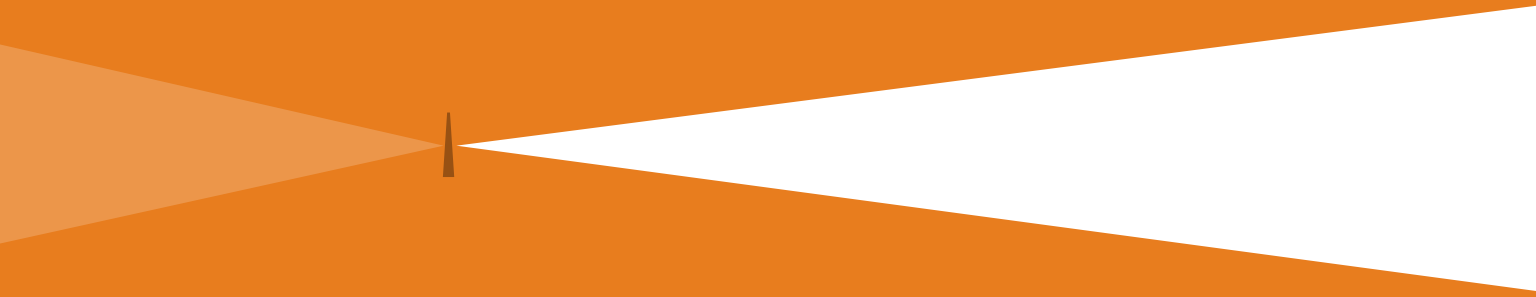
LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2009

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



Québec



apprécier

recommander

consulter

informer

MOT DU COMMISSAIRE_4

AVANT-PROPOS _6

INTRODUCTION _9

MÉTHODE D'ANALYSE _13

Le cadre d'appréciation de la performance 15

Les indicateurs d'appréciation de la performance 19

L'analyse des indicateurs 21

Les limites de l'analyse 24

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX _27

La performance à l'échelle provinciale 30

La performance à l'échelle des régions du Québec 50

CONSTATATIONS ET QUESTIONNEMENTS _101

Une performance globale se situant dans la moyenne canadienne 103

Une performance variable entre les régions du Québec 104

Une vue d'ensemble mixte en ce qui concerne l'adaptation 104

La production moyenne est-elle le reflet de l'adaptation du système ? 107

Une culture organisationnelle à soigner 108

Atteindre les buts fixés dans une perspective à long terme 109

CONCLUSION _111

LISTE DES FIGURES _114

LISTE DES TABLEAUX _115

ANNEXE / ANALYSE RÉGIONALE DÉTAILLÉE _116

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _214

RÉALISATION _215

REMERCIEMENTS _216

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

Apprécier la performance d'un système de santé et de services sociaux n'est pas une mince affaire. Pour remplir notre mandat, nous avons opté pour une approche unique, fondée sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs, ainsi que sur la consultation citoyenne, que nous avons placée au cœur de notre démarche. C'est pourquoi notre appréciation emprunte deux voies : d'une part, l'étude quantitative d'indicateurs de monitorage et, d'autre part, une série de consultations, dont celle du Forum de consultation du Commissaire, qui permettent de donner un sens aux chiffres.

La première ligne de soins fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation. En tant que porte d'entrée du système, la première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut construire une amélioration de l'ensemble du système. De plus, du fait qu'elle répond aux besoins courants des personnes en matière de santé, cette première ligne de soins est une façon de rejoindre une majorité de personnes, près de leur milieu de vie. Finalement, nombre de commissions, de groupes de réflexion et d'études se sont penchés sur la première ligne de soins. Il existe, par conséquent, un vaste ensemble de constats et de propositions de changement à son égard.

Partant de ces constats, nous avons consulté un ensemble d'experts, de décideurs et de citoyens, ainsi que divers groupes professionnels et divers milieux cliniques. Un ensemble de propositions en a émergé. Certaines font consensus, tandis que d'autres suscitent encore des débats. Nous avons retenu celles pour lesquelles l'ensemble des acteurs consultés s'entendait, tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur faisabilité, de leur acceptabilité dans notre contexte et de la démonstration de leurs effets.

Le rapport d'appréciation que je soumets est conçu en quatre documents, chacun ayant sa vocation propre, qui s'adressent à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Avant tout cependant, notre démarche est empreinte du désir d'informer et d'apporter des pistes d'amélioration. Il faut l'admettre, ce système est complexe au point qu'il n'est pas toujours bien compris. Nous avons ainsi privilégié une approche où un ensemble de renseignements sont présentés, de manière structurée, pour alimenter la réflexion de plusieurs acteurs pouvant faire une différence pour notre système.

L'envergure du sujet nous pousse à adopter une attitude humble devant la difficulté de la tâche qui consiste à apprécier la performance d'un système tel le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela nous incite aussi à la prudence de manière à ne pas faire de jugements trop hâtifs sur des questions que nous commençons seulement à appréhender. C'est pourquoi, dans certains cas, nous avons réservé notre opinion, faute de preuves. Dans de tels moments, nous avons plutôt exposé la problématique et convié l'ensemble de nos concitoyens à l'examiner. Dans plusieurs domaines, cependant, nous disposons d'une information suffisante pour formuler des recommandations.

Notre appréciation ne consiste pas en une réponse toute faite, ni en un palmarès, mais bien en une invitation à prendre en main, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Notre objectif n'était pas de chercher des responsables aux problèmes constatés, ni de pointer quiconque du doigt, mais plutôt de mettre en évidence les problèmes systémiques en cause et les façons prometteuses d'organiser les services. Chacun à notre façon, nous sommes responsables de la performance de notre système : il nous appartient donc à tous de contribuer à son appréciation et à son amélioration.

L'ampleur de la collaboration dont j'ai été témoin à chacune des étapes de consultation et lors de la collecte de données quantitatives, de même que la richesse de ces sources d'information, m'inspire confiance. Le désir et la volonté, qui existent dans notre réseau, de travailler en synergie pour maintenir et améliorer la performance de celui-ci sont bien vivants. Ce contexte me semble donc propice au renouveau. Donnons-nous alors les moyens de relever les défis qui se présentent et faisons nôtre ce projet d'amélioration continue.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois





> AVANT-PROPOS

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONSISTE À APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PUBLIE UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. POUR CE FAIRE, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS CONSULTATIFS ET DÉLIBÉRATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. LA DÉMARCHE REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE, COMME L'INDIQUE LE DOCUMENT D'ORIENTATION DU COMMISSAIRE (CSBE, 2008).

L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle de la première ligne de soins. Pour bâtir son opinion, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données, notamment des indicateurs de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de points de vue résultant de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations du Forum de consultation du Commissaire, composé de citoyens dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et du bien-être.

Notre examen fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer des résultats le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens ; et, enfin, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, intitulé *État de situation sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins*, dresse un portrait sommaire de notre système, mais, surtout, de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figure aussi.

Le deuxième volume, **l'objet du présent document**, intitulé ***L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage***, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats et observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, nous détaillons certaines conditions liées à leur implantation, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec certaines propositions.

À la lumière des analyses de la performance et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations qu'il y a tout lieu de considérer comme étant attendues.

INTRODUCTION

> INTRODUCTION

ÊTRE PERFORMANT, C'EST ATTEINDRE SES BUTS ET OBJECTIFS DE MANIÈRE EFFICACE ET DANS LE RESPECT DES RÈGLES ET DES VALEURS QUI ANIMENT NOS ACTIONS.

Avec d'autres institutions sociales et d'autres acteurs du domaine, le système de santé et de services sociaux est appelé à répondre le mieux possible aux besoins portant sur la santé et le bien-être des personnes. Dans son sens le plus commun, la performance se décrit comme l'excellence dans cette réponse aux besoins rattachés aux soins à donner aux sociétés, compte tenu des ressources disponibles. Être performant, c'est atteindre ses buts et objectifs de manière efficace et dans le respect des règles et des valeurs qui animent nos actions.

NOUS PRÉSENTONS LES INDICATEURS DE MONITORAGE DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EN SITUANT, DANS UN PREMIER TEMPS, LE QUÉBEC COMPARATIVEMENT À L'ENSEMBLE DU CANADA, PUIS, DANS UN SECOND TEMPS, EN ILLUSTRANT LES RÉSULTATS DES ANALYSES RELATIVES AUX RÉGIONS DU QUÉBEC.

Dans le présent document, les analyses des indicateurs de monitorage de la performance sont exposées pour le Québec ainsi que pour chacune des régions de la province. Ces indicateurs sont discutés selon les grandes fonctions que nous avons retenues à partir du cadre d'appréciation de la performance (CSBE, 2008). Ce document présente les résultats du cadre d'analyse globale des indicateurs de performance en ce qui concerne les fonctions d'adaptation, de production, de développement et de maintien de la culture organisationnelle et, finalement, d'atteinte des buts. Nous présentons les indicateurs de monitorage de la performance du système de santé et de services sociaux en situant, dans un premier temps, le Québec comparativement à l'ensemble du Canada, puis, dans un second temps, en illustrant les résultats des analyses relatives aux régions du Québec. Les trois territoires du nord du Québec font aussi l'objet d'une analyse spécifique. Finalement, un ensemble d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins situent le Québec comparativement aux autres provinces canadiennes et en comparent les différentes régions. Le document se termine par une présentation des grandes constatations et des questionnements qui émergent de l'analyse de l'ensemble de ces indicateurs.



Afin de mener à bien l'appréciation du système, nous avons analysé les indicateurs par sous-dimension, dans un premier temps, puis nous les avons comparés avec une balise illustrant un degré favorable à atteindre à l'égard des indicateurs. Ils ont aussi été analysés de façon plus spécifique, ce qui a permis ensuite d'illustrer certaines tendances ou observations révélées par des indicateurs particuliers qui s'appliquent à la province ou à des régions particulières. Ils sont discutés en les mettant en relation avec des balises de performance qui reflètent les niveaux que notre système devrait atteindre ainsi qu'en portant une attention sur leur évolution dans le temps.

À l'intérieur de nos travaux d'analyse, nous avons tenté de situer la performance dans le contexte particulier de chaque territoire. Néanmoins, une telle analyse détaillée demande une compréhension fine des enjeux locaux et ces indicateurs sont offerts avant tout comme un outil de compréhension de la performance et comme un moyen d'améliorer la qualité des services pour l'usage des acteurs à l'échelle de la province et des régions du Québec. Ce document, et l'annexe présentant le profil de chacune des régions du Québec qui l'accompagne, tend à être avant tout un outil offert à l'ensemble des acteurs du réseau intéressés à mieux comprendre la performance du système de santé et de services sociaux.

CE DOCUMENT, ET L'ANNEXE PRÉSENTANT LE PROFIL DE CHACUNE DES RÉGIONS DU QUÉBEC QUI L'ACCOMPAGNE, TEND À ÊTRE AVANT TOUT UN OUTIL OFFERT À L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU INTÉRESSÉS À MIEUX COMPRENDRE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

MÉTHODE D'ANALYSE



MÉTHODE D'ANALYSE

> LE CADRE D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Dans le contexte des systèmes de santé, la notion de performance a fait l'objet de plusieurs définitions. De par le monde, les expériences d'évaluation de la performance ayant trait aux systèmes de santé mesurent principalement 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'appréciation globale demeure variable.

Comme tous les systèmes complexes, les services de santé sont dynamiques, en constante évolution, et ils 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. Ultimement, un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint les objectifs et mandats qui lui sont donnés, en conformité avec les valeurs qui l'animent, et qui optimise sa production compte tenu des ressources qu'il obtient. Pour être performant, il doit ainsi assumer quatre grandes fonctions :

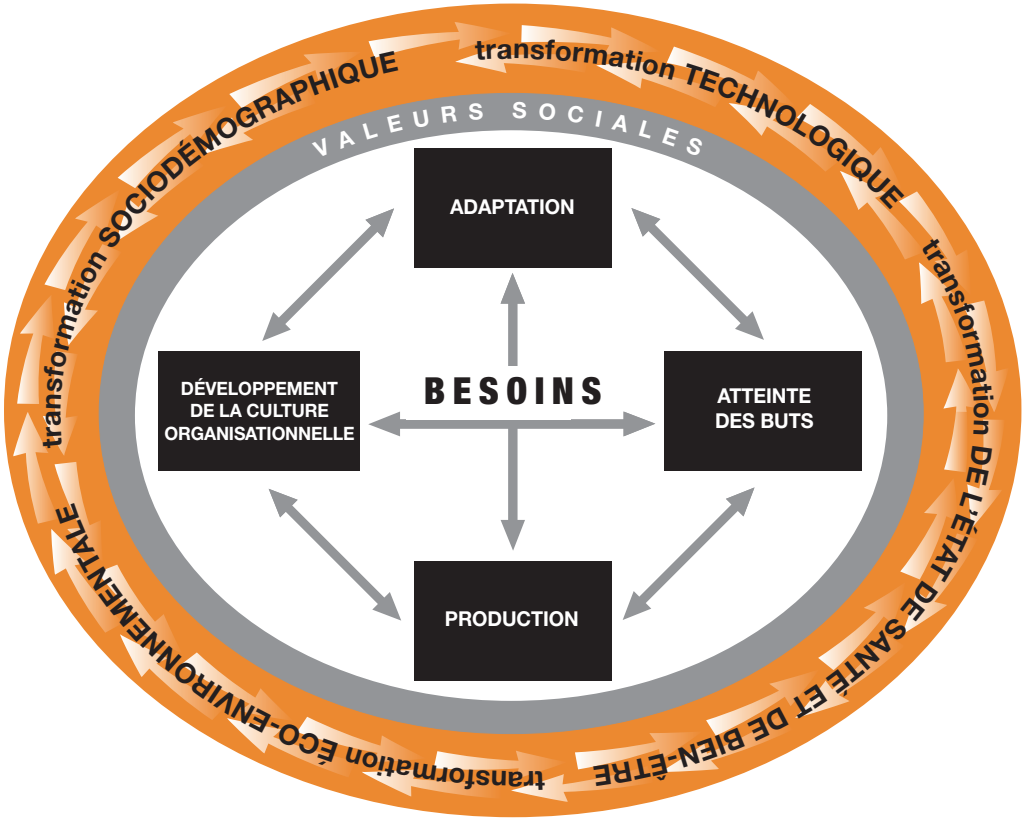
UN SYSTÈME PERFORMANT EST UN SYSTÈME QUI ATTEINT LES OBJECTIFS ET MANDATS QUI LUI SONT DONNÉS, EN CONFORMITÉ AVEC LES VALEURS QUI L'ANIMENT, ET QUI OPTIMISE SA PRODUCTION COMPTE TENU DES RESSOURCES QU'IL OBTIENT.

- s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;
- être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ;
- développer et maintenir une saine 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.

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE REQUIERT AINSI UN ENSEMBLE D'INFORMATION PROVENANT DE DIVERSES SOURCES, INDICATEURS DE MONITORAGE OU RENSEIGNEMENTS DE NATURE QUALITATIVE, ET ELLE SUPPOSE UN EFFORT D'INTÉGRATION PLUS QU'UN SIMPLE EXERCICE D'ORDONNANCEMENT OU D'ANALYSE DE QUELQUES INDICATEURS.

La performance consiste aussi en l'harmonisation de ces différentes fonctions. Cela signifie, par exemple, qu'atteindre ses objectifs n'exige pas un investissement démesuré de ressources, des services inutiles ou la mise en péril de valeurs fondamentales. Cette performance ne se réalise pas en vase clos, mais s'inscrit plutôt dans un environnement où des transformations sociales, démographiques, technologiques, de l'état de santé et de bien-être et éco-environnementales s'effectuent. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société pouvant inclure, entres autres, des valeurs relatives à la liberté, à la solidarité et à l'équité. L'appréciation de la performance requiert ainsi un ensemble d'information provenant de diverses sources, indicateurs de monitorage ou renseignements de nature qualitative, et elle suppose un effort d'intégration plus qu'un simple exercice d'ordonnancement ou d'analyse de quelques indicateurs. La Figure 1 illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

Figure 1
Cadre d'analyse de la performance



Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer ou de configurer le système et en celle d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit aussi la capacité de s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système et, notamment, aux transformations en cours. La capacité à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle en constitue une autre dimension. 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 cette perspective, le système de santé et de services sociaux est perçu comme en constante évolution ; par conséquent, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper sur les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, et à tirer profit de celles-ci.

La production

La production concerne le domaine de la gestion clinique et administrative. Elle se caractérise, d'abord, non seulement en fonction du volume de soins et de services, mais aussi en ce qui a 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. La qualité — comprise ici comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible — en constitue une autre dimension clé. Enfin, la production inclut l'offre de services collectifs qui s'adressent aux déterminants de la santé des populations au moyen des programmes de promotion de la santé, de dépistage, d'immunisation, de modification des milieux de vie et de surveillance de l'état de santé.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions 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 qui y sont véhiculées. 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. En général, cette fonction est moins prise en considération dans les évaluations de la performance. Elle requiert ainsi une attention particulière dans le développement d'indicateurs et de bases informationnelles.

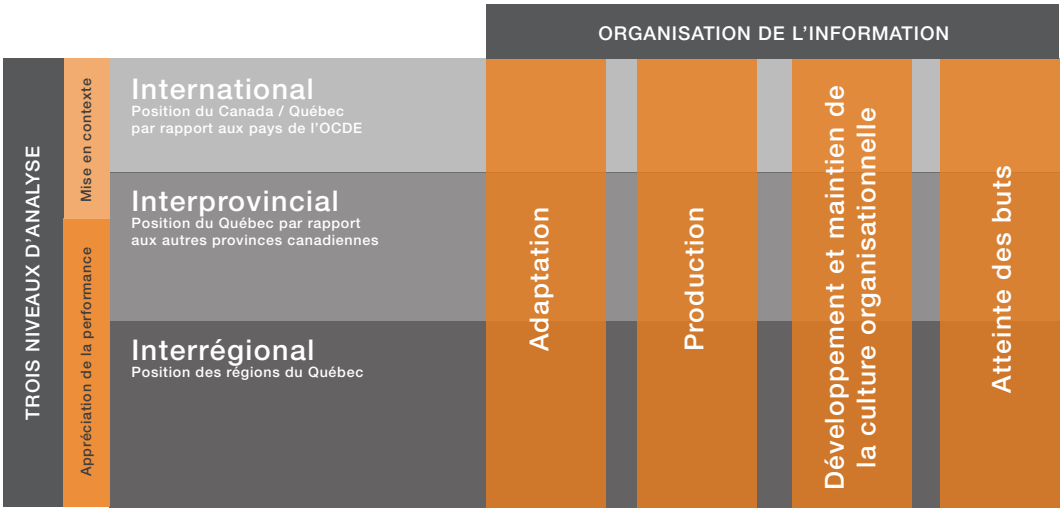
L'atteinte des buts

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

Nous présentons les graphiques qui illustrent la situation de chaque territoire en ce qui a trait à la proportion d'atteinte des balises définies par sous-dimensions rattachées aux quatre fonctions de notre cadre d'analyse. Nous présentons aussi certains graphiques illustrant l'évolution dans le temps d'indicateurs là où ces derniers révèlent une situation particulière pour le territoire analysé. Nous amenons également des observations provenant de tableaux de balisage. La Figure 2 présente les trois niveaux d'analyse étudiés ainsi que les différentes fonctions du cadre d'analyse de la performance. Dans le document, nous présentons les données et les analyses à l'échelle provinciale et régionale et nous limitons l'analyse à l'échelle internationale à certaines constatations pertinentes pour situer la performance du Québec dans un ensemble plus vaste. Cependant, des données à l'échelle internationale sont disponibles dans notre site Internet (www.csbe.gouv.qc.ca).

Figure 2

Appréciation selon trois niveaux d'analyse



> LES INDICATEURS D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Pour dresser le tableau de la performance de notre système de santé et de services sociaux, nous avons recueilli un ensemble important d'indicateurs disponibles. Nous avons exploré diverses sources d'information (voir l'encadré de la page 20), telles les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), celles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et celles des diverses banques de données administratives des institutions du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. De plus, nous avons recueilli de l'information provenant du sondage national des médecins et des enquêtes du Commonwealth Fund qui ont été menées au cours des cinq dernières années. De multiples renseignements provenant de sondages ou d'autres sources de données ont permis de compléter le tableau. Nous avons sélectionné les indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de dupliquer inutilement l'information.

Les indicateurs relatifs à la fonction d'adaptation consistent en indicateurs de dépenses de santé, de densité de ressources humaines, de taux de lits de soins par population, de disponibilité d'appareils d'imagerie et de radio-oncologie, de taux d'hospitalisations et de consultations médicales, de proportion de couverture populationnelle et d'indicateurs de rétention et d'attraction de la clientèle. Les indicateurs relatifs à la fonction de 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. Pour la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle, les indicateurs disponibles, essentiellement à l'échelle régionale, ont trait au statut d'emploi des professionnels du réseau, aux heures consacrées à la formation, aux heures travaillées en temps supplémentaire, à l'absentéisme ainsi qu'au taux de départ du personnel. Pour la fonction d'atteinte des buts, les indicateurs disponibles ont trait à diverses mesures d'efficacité dans l'atteinte de résultats en santé globale, en facteurs de risque, en santé maternelle et infantile, en santé mentale, en traumatismes, en morbidité de diverses natures et en mortalité évitable, et certains autres indicateurs sont liés à la satisfaction envers les soins et l'équité.

Nous avons retenu les indicateurs selon divers critères, telles la validité de l'indicateur, sa stabilité de mesure et sa sensibilité au changement, et le fait qu'il puisse être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux. Dans la majorité des cas, si des indicateurs répondant à l'ensemble de ces critères étaient disponibles, parfois les indicateurs n'y répondaient que partiellement. De plus, si beaucoup d'indicateurs sont disponibles pour les fonctions d'adaptation, de production et d'atteinte des buts, la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle est moins bien pourvue, principalement en ce qui concerne les données pour d'autres provinces ou pays. Aussi, certaines dimensions de notre cadre conceptuel sont peu captées par les indicateurs valides et par les comparables disponibles. Notons, par exemple, les aspects liés aux innovations technologiques et l'adaptation aux besoins de la population, ainsi que l'accessibilité des services sociaux et de l'hébergement et celle des services diagnostiques. Nous travaillons à accroître la qualité des indicateurs disponibles avec divers partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

D'où proviennent les indicateurs utilisés ?

En ce qui a trait aux données interprovinciales, les indicateurs retenus proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Encore ici, ces indicateurs bénéficient de définitions opérationnelles précises qui balisent le transfert d'information à partir des provinces vers l'ICIS. En ce qui concerne les données de l'ESCC, une méthode uniforme est utilisée à travers le Canada. Ces deux sources d'information sont les plus complètes en ce qui concerne la disponibilité de données comparables entre provinces. Cependant, dans certains rapports, l'absence de données pour le Québec ne permet pas de se situer par rapport à d'autres provinces.

À l'échelle régionale, les indicateurs ont été alimentés à partir des bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Beaucoup de données sont tirées des bulletins d'information publiés par le Service du développement de l'information (SDI) du MSSS. Ces bulletins sont Info-Sérhum, Info-Bassins, Info-Contour, Info-Org.com, Info-Med Echo, Info-Sifo et Info-Stats. Pour certains indicateurs plus spécifiques, les données ont été extraites des systèmes de renseignements du MSSS par le bureau du Commissaire. D'autres indicateurs ont aussi été documentés à partir des données transmises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Enfin, pour quelques indicateurs précis, les données reposent sur de grandes enquêtes, telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada et l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec. Même si les indicateurs présentés offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, ils peuvent comporter des écarts temporels variables d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes ou de la fréquence des mises à jour des données publiées. En ce sens, les années de données utilisées pour chaque indicateur sont inscrites dans les tableaux de données, certains taux reposant sur une moyenne de plusieurs années.

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, NOUS PORTONS ÉGALEMENT UN REGARD COMPLÉMENTAIRE SUR DES INDICATEURS PLUS SPÉCIFIQUES DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

Finalement, dans le présent document, nous portons également un regard complémentaire sur des indicateurs plus spécifiques de la première ligne de soins. Si certains de ces indicateurs font aussi partie des indicateurs étudiés dans la section précédente, nous les avons complémentés par d'autres indicateurs qui prennent sens dans une analyse spécifique, mais qui n'auraient pas contribué autant à une appréciation globale du système de santé et de services sociaux. Les indicateurs exclusifs à la première ligne de soins proviennent, en grande majorité, du Sondage national des médecins de 2007 (voir l'encadré de la page 21).

Le sondage national des médecins

Le sondage national des médecins est une enquête menée tous les trois ans par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ce sondage s'adresse à tous les médecins détenant un permis d'exercice de la médecine au Canada. Le dernier sondage a été fait en 2007. Les médecins répondent, sur papier ou par voie électronique, à ce sondage. Le questionnaire comporte des questions relatives à la pratique médicale, tels la spécialité, les lieux de formation et de pratique, la formation continue, la collaboration interprofessionnelle, l'accessibilité des soins pour les patients, l'étendue de l'offre de services et de techniques médicales, les heures de pratique, la rémunération, l'évolution attendue de leur pratique, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication et la satisfaction professionnelle. Au Québec, environ un tiers des médecins de famille admissibles ont répondu au sondage. Dans l'ensemble, les répondants sont représentatifs de l'ensemble des médecins de famille de la province à l'exception d'une plus grande proportion de femmes parmi les répondants (51 %) comparativement à la proportion de médecins de sexe féminin au Québec (44 %).

> L'ANALYSE DES INDICATEURS

À l'intérieur de notre étude, nous avons analysé globalement les indicateurs, en basant notre examen sur le degré d'atteinte des différentes balises de comparaison. Cette analyse systématique et globale permet de porter notre attention sur le degré de performance à l'égard des différentes dimensions de notre cadre d'appréciation plutôt que de procéder à une analyse indicateur par indicateur. Une telle analyse basée sur chaque indicateur serait à la fois fastidieuse et difficile à communiquer et présenterait des risques de dérives. Chaque indicateur pris isolément n'est qu'un reflet partiel de réalités plus complexes et il est souvent empreint de problèmes de mesure. La prise en considération d'un ensemble plus grand d'indicateurs permet de mieux comprendre la portée des variations relevées et d'avoir une plus grande fiabilité dans la mesure.

CHAQUE INDICATEUR PRIS ISOLÉMENT N'EST QU'UN REFLET PARTIEL DE RÉALITÉS PLUS COMPLEXES ET IL EST SOUVENT EMPREINT DE PROBLÈMES DE MESURE.

Pour chaque indicateur, nous avons calculé le pourcentage d'atteinte de la balise et avons ensuite calculé la moyenne d'atteinte des balises de chaque dimension et sous-dimension, en donnant un poids égal à chaque indicateur. Par exemple, la proportion d'atteinte de la balise pour une dimension comprenant trois indicateurs sera la moyenne d'atteinte de ces trois indicateurs. Cette méthode est simple et elle peut être reproduite pour un ensemble important d'indicateurs et de dimensions. Elle permet un aperçu global rapide et donne l'occasion de mettre en lumière les dimensions pour lesquelles une position favorable ou défavorable est présente.

Comment a-t-on déterminé les balises de comparaison ?

Une balise est une donnée « repère » qui permet de comparer un ensemble de données. Ainsi, pour chaque indicateur, on fixe un niveau représentant un résultat désirable auquel on compare les autres résultats. Dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la performance, nous avons opté pour l'établissement de balises de comparaison représentant un degré élevé d'excellence. En général, les balises que nous avons choisies consistent en le meilleur résultat observé — le plus élevé pour un indicateur ayant rapport à un événement désirable et le plus bas pour un indicateur ayant rapport à un événement indésirable — parmi les territoires comparés. Pour fixer la balise à l'échelle interrégionale, il s'agira de la région ayant obtenu le meilleur résultat, alors qu'à l'échelle des comparaisons provinciales ou internationales, il s'agira de la province ou du pays présentant les meilleurs résultats à l'égard de l'indicateur. Par exemple, la balise pour l'indicateur « taux de tabagisme » à l'échelle interprovinciale sera la province avec le plus petit pourcentage de fumeurs.

Si la méthode du balisage a pour avantage de démontrer l'écart au regard de la meilleure performance de son groupe, il est important de garder à l'esprit que d'autres éléments permettant de juger de la performance peuvent nuancer cette méthode. C'est pourquoi les analyses régionales ou provinciales se rapporteront souvent au comparatif québécois ou canadien. Celui-ci est constitué d'une donnée tenant compte de l'ensemble des cas par rapport à l'ensemble des habitants. Par exemple, le taux de tabagisme pour l'ensemble du Québec comprend tous les fumeurs québécois par rapport à l'ensemble de la population du Québec. Cette donnée de référence sera souvent utilisée pour comparer les performances en tenant compte des caractéristiques spécifiques de chaque ensemble étudié. Plus précisément, il importe de noter qu'un résultat pour une fonction ou une dimension peut être loin de la balise, tout en étant meilleur en comparaison de l'ensemble québécois[1]. Il convient aussi de noter que, pour les résultats agrégés, il est normal qu'aucune région ou province n'atteigne 100 % au total, car cela nécessiterait l'atteinte du meilleur résultat pour chacun des indicateurs composant la dimension ou la fonction étudiée.

1. Par exemple, un résultat de 70 % d'atteinte de la balise en ce qui concerne la fonction d'adaptation se situe avantageusement en comparaison avec l'ensemble québécois (63,7 %), alors qu'un résultat de 70 % en atteinte des buts est situé en dessous du comparatif québécois (77,2 %).

Aussi, les mesures de rang demeurent un outil incontournable pour dresser le tableau de la performance. Pour chacune des analyses, une utilisation fréquente du classement par rang viendra donc agrémenter les résultats afin de les situer dans un univers de comparaison plus large. À cette fin, notons que ces classements se basent sur un ordre décroissant de performance (de la meilleure performance à la moins bonne) et non pas sur l'ordonnancement standard des données, ce qui fait que l'attribution du premier rang est la meilleure performance peu importe le sens de variation de l'indicateur[2].

Finalement, une brève analyse de l'évolution temporelle vient parfois caractériser les résultats de performance en apportant un éclairage particulier sur un ou quelques indicateurs dont le rendement s'améliore ou se détériore dans le temps comparativement à celui de l'ensemble du Québec.

Comment a-t-on calculé les évolutions temporelles ?

Afin de permettre l'analyse des tendances temporelles quant à la performance du système de santé et de services sociaux québécois, nous avons regroupé les indicateurs du cadre d'appréciation de la performance du Commissaire selon la même structure logique que lors du balisage. Cependant, les indicateurs ont été analysés non pas en fonction d'une balise, mais en rapport avec leur variation dans le temps en calculant une variation annualisée pour chacun d'eux sur une période regroupant de quatre à six années de données, pour la plupart des indicateurs. Les périodes retenues pour le calcul ont varié en fonction de critères liés à la disponibilité des données et à leur cycle de publication. Certains indicateurs n'ont pu être retenus dans le cadre pour des raisons d'ordre méthodologique comme lorsque l'on y retrouve une importante rupture de série. De plus, les variations annualisées pour chaque indicateur ont été calculées pour tenir compte du résultat optimal en matière de performance. Cette méthode permet de comparer l'évolution des données dans les dernières années pour les provinces et les régions, tout en offrant l'avantage de fournir des résultats agrégés par dimension ou fonction. Toutefois, afin d'éviter les risques inhérents à une mauvaise interprétation des variations, une étude de la variation année après année a aussi été faite pour certains indicateurs afin d'étayer les observations liées aux tendances temporelles et de saisir les changements importants dans ces mêmes tendances.

2. À titre d'exemple, le premier rang québécois est attribué à la région ayant le plus haut pourcentage de dépistage du cancer du sein (indicateur dont le résultat optimal est celui le plus élevé). Par ailleurs, le premier rang est attribué à la région ayant le plus faible pourcentage de tabagisme (indicateur dont le résultat optimal est celui qui est le plus faible).

> LES LIMITES DE L'ANALYSE

L'analyse d'indicateurs de monitorage comporte toujours des limites méthodologiques. Notre démarche n'en est pas exempte non plus. Parmi ces limites, qui appellent à une grande prudence dans une interprétation trop hâtive des indicateurs et des scores moyens calculés, certaines méritent une attention particulière. Si nous avons recensé les indicateurs disponibles les plus valides, ceux-ci étant le reflet de divers aspects de l'action des systèmes de santé et de services sociaux, et si nous les avons mis en relation en adoptant un cadre systématique et global d'analyse, ils demeurent limités dans leur capacité de refléter la complexité du système de santé et de services sociaux. De plus, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou dans le temps, ils ne permettent pas de comprendre les raisons expliquant ces écarts. Aussi, bien que nous ayons recensé un nombre important d'indicateurs, certaines fonctions et dimensions de la performance demeurent mieux documentées que d'autres, principalement à cause de la disponibilité des données.

Les analyses sont-elles robustes ?

Une analyse de la sensibilité du modèle d'appréciation du Commissaire a également été faite afin de déterminer l'impact des regroupements d'indicateurs obtenus par rapport aux observations de performance qui auraient pu découler des indicateurs si chacun d'eux avait été comptabilisé sans tenir compte des séparations théoriques du modèle. Ainsi, la différence entre les résultats globaux d'atteinte des balises par région décrits dans le présent rapport et ceux que l'on aurait obtenus en considérant l'ensemble d'indicateurs sans les regroupements du modèle varie faiblement de 0,3 point à 1,6 point, avec une moyenne de 0,8 point de moins dans les résultats obtenus avec le modèle d'appréciation, ce qui affecte de façon assez marginale le placement que l'on aurait ainsi obtenu pour les régions.

Finalement, nous avons adopté une méthode simple de calcul des scores moyens par fonction et dimension, où les indicateurs ont tous le même poids. Bien que nos analyses de sensibilité suggèrent que les scores moyens varient peu en présence d'un ensemble si vaste d'indicateurs, l'introduction de pondérations, pour mettre l'accent sur certains indicateurs particuliers ou certaines dimensions, donnerait des résultats pouvant être différents. Malgré ces limites, inhérentes à l'exercice de monitorage de systèmes complexes à l'aide d'indicateurs essentiellement quantitatifs, les analyses présentées dans ce rapport ont pour objectif de stimuler la discussion d'un ensemble d'intervenants du réseau pour mieux en comprendre la signification et les améliorations à y apporter dans le futur.

Pour en savoir davantage

Pour profiter de l'ensemble des tableaux de données et de balisage mis à jour de manière cyclique ainsi que d'un ensemble plus complet de produits d'évaluation de la performance, visitez périodiquement le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca). Vous y trouverez également de plus amples détails au sujet des indicateurs, tels que leurs sources exactes, leurs définitions et les périodes de données utilisées dans les calculs.

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX



LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'analyse de la performance d'un système de santé et de services sociaux requiert un ensemble diversifié d'indicateurs valides et fiables, mis en relation, selon un cadre explicite et systématique, et analysés rigoureusement. La section précédente a fait état de la méthode que nous avons utilisée. Dans cette section, nous présentons, à l'aide de tableaux décrivant les données relatives à la province ou aux régions du Québec, le fruit de notre analyse basée sur les indicateurs disponibles. Nous présentons également des graphiques radars, où nous analysons la proportion d'atteinte des balises de comparaison, par dimension de la performance.

L'ANALYSE DE LA PERFORMANCE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX REQUIERT UN ENSEMBLE DIVERSIFIÉ D'INDICATEURS VALIDES ET FIABLES, MIS EN RELATION, SELON UN CADRE EXPLICITE ET SYSTÉMATIQUE, ET ANALYSÉS RIGOUREUSEMENT.

De plus, nous présentons quelques graphiques illustrant l'évolution temporelle de certains indicateurs que nous jugeons particulièrement révélateurs, puisqu'ils présentent soit des tendances qui se confirment dans le temps, soit un changement dans la tendance observée depuis quelques années, ou encore en raison de l'amplitude de la variation de l'indicateur pendant la période étudiée. Toutefois, pour cette analyse, nous nous sommes davantage concentrés sur les résultats agrégés par fonction ou par sous-dimension, ce qui fait en sorte que nous limiterons l'analyse spécifique des indicateurs à ceux qui présentent des résultats se démarquant nettement des autres.

La présente section dresse tout d'abord un tableau de la performance du système de santé et de services sociaux québécois dans son ensemble selon le cadre d'analyse que nous avons adopté. Nous y présentons la performance de la province dans son ensemble, puis nous y analysons la performance à l'échelle des régions du Québec. Les résultats sont regroupés, autant à l'échelle provinciale qu'à l'échelle régionale, par fonction du cadre d'analyse de la performance que nous avons adopté. Finalement, des indicateurs plus spécifiques de la première ligne de soins sont présentés et discutés brièvement pour chacune des fonctions du cadre d'analyse.

Quelques données contextuelles sur le Québec

En 2007, la population du Québec est estimée à environ 7 700 800 habitants, ce qui en fait la deuxième plus populeuse au Canada entre l'Ontario et la Colombie-Britannique.

Les individus âgés de 65 ans ou plus constituaient, en 2007, 14,4 % de la population québécoise. Ce groupe d'âge rejoint donc lentement celui des personnes âgées de 0 à 14 ans, qui, pour sa part, constituait, toujours en 2007, 16 % de la population. Comparativement à la moyenne canadienne, qui est de 13,7 % en 2006, le Québec présente une proportion légèrement plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus et il occupe le sixième rang des provinces.

La croissance démographique du Québec est positive, mais elle se situe en dessous de celle des provinces de l'Ouest, ce qui fait en sorte qu'au cours des dernières années, le poids démographique du Québec au sein du Canada a diminué.

La natalité au Québec a connu une hausse dans les dernières années. Toutefois, c'est d'abord l'ouverture à l'immigration des dernières années qui a le plus contribué à la croissance de la population, rendant le Québec davantage multiethnique. Ainsi, en 2006, 11,5 % de la population québécoise venait de l'extérieur du Canada, ce qui est tout de même moindre que dans l'ensemble du Canada, où le pourcentage de la population issue de l'immigration s'élève à près de 20 %.

La composante linguistique au Québec demeure l'un des éléments les plus caractéristiques du Québec avec plus de 80 % de la population utilisant le français à la maison, 10 % faisant usage de l'anglais et environ 7 % parlant une autre langue.

De plus, 80 % de la population du Québec habite en milieu urbain, ce qui représente le quatrième plus haut taux au Canada, derrière la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Alberta, et la cinquième plus forte densité de population au Canada.

Le Québec est également la province du Canada où l'on retrouve la plus grande proportion de personnes, âgées de 25 à 54 ans, titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires. Cette proportion est de 65 %.

> LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Pour l'analyse de la performance, à l'échelle provinciale, du système de santé et de services sociaux du Québec, nous bénéficions d'un ensemble important d'indicateurs relatifs aux fonctions d'adaptation, de production et d'atteinte des buts, décrites dans la section Méthode d'analyse du présent document. Dans cette sous-section, nous donnons les résultats de notre analyse des indicateurs pour chacune des fonctions ainsi que la performance d'ensemble. Ainsi, nous portons un regard sur les différents indicateurs provenant des tableaux de monitorage, sur les résultats spécifiques des dimensions de chaque fonction et de leur évolution dans le temps. Nous trouvons un nombre beaucoup moins important d'indicateurs relatifs à la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle qui étaient disponibles et comparables. Cette fonction n'a pas pu être l'objet ici d'un traitement statistique aussi développé.

L'adaptation : acquérir et organiser les ressources

L'analyse des indicateurs de la fonction d'adaptation

Les indicateurs rattachés à l'adaptation, disponibles pour comparer le Québec aux autres provinces canadiennes, consistent principalement en indicateurs relatifs aux dépenses de santé, à la densité de ressources médicales et infirmières et aux taux d'appareils d'imagerie. Dans notre analyse, huit indicateurs ont été considérés pour cette fonction (voir le Tableau P1 à la fin de la présente section).

Pour plusieurs indicateurs de dépenses en santé, le Québec présente un niveau plus bas que celui des autres provinces canadiennes, se retrouvant ainsi au dixième rang pour le total des dépenses de santé par habitant et les dépenses publiques de santé par habitant, et au cinquième rang pour le total des dépenses de santé en proportion du produit intérieur brut (PIB). Le Québec affiche également la cinquième plus grande proportion de financement public des dépenses de santé, alors que 72 % des dépenses sont publiques et 28 % sont privées. Il se classe également au sixième rang pour les taux d'appareils d'imagerie avec 5,2 appareils par 1 000 000 d'habitants et au septième rang pour les ressources infirmières, alors que l'on trouve au Québec 8,3 infirmières pour 1 000 habitants. En contrepartie, le Québec est la province où se trouvent le plus de médecins spécialistes, soit 1,06 pour 1 000 habitants, et la deuxième en ce qui concerne les omnipraticiens avec 1,09 pour 1 000 habitants. Le Québec présente ainsi une position relativement favorable à cet égard au Canada, un pays situé dans la moyenne des pays de l'OCDE en ce qui concerne les ratios de médecins par personne.

POUR PLUSIEURS INDICATEURS DE DÉPENSES EN SANTÉ, LE QUÉBEC PRÉSENTE UN NIVEAU PLUS BAS QUE CELUI DES AUTRES PROVINCES CANADIENNES.

LE QUÉBEC EST LA PROVINCE OÙ SE TROUVENT LE PLUS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, SOIT 1,06 POUR 1 000 HABITANTS, ET LA DEUXIÈME EN CE QUI CONCERNE LES OMNIPRATICIENS AVEC 1,09 POUR 1 000 HABITANTS.

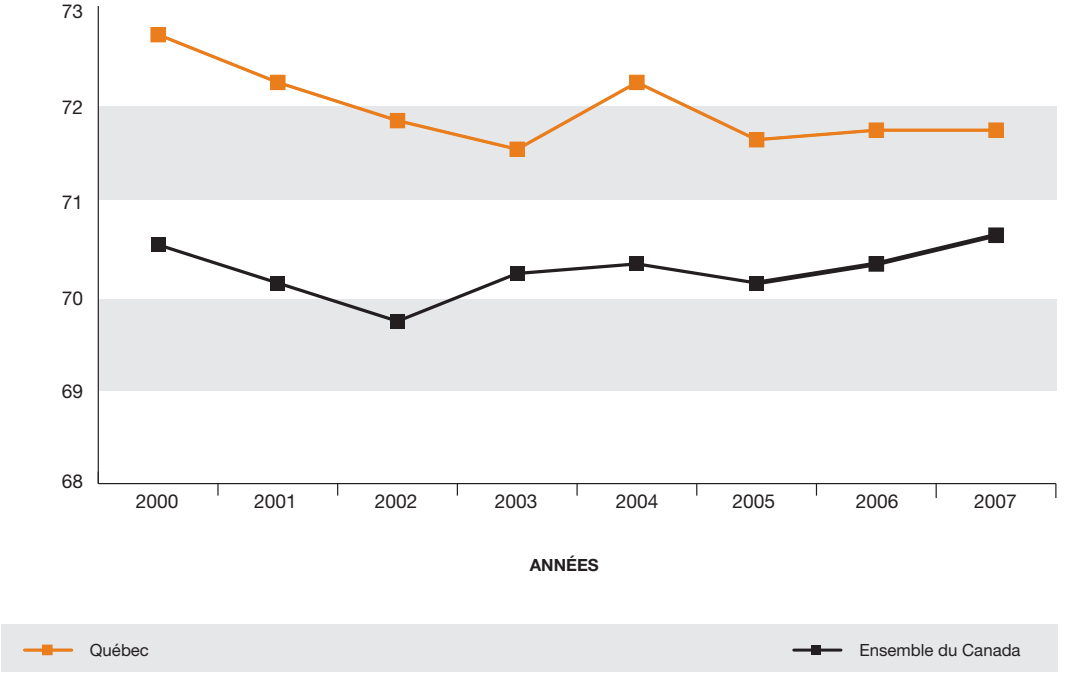
Évolution temporelle de la fonction d'adaptation

Une analyse des indicateurs de l'adaptation au cours des cinq dernières années suggère une tendance à l'accroissement des dépenses de santé au Québec, à l'instar de l'ensemble canadien, et une légère croissance des dépenses en proportion du PIB. Par contre, le Québec se distingue par le maintien de son niveau de dépenses publiques depuis 2003 après une période de diminution de celles-ci (voir la Figure 3), alors que le Canada a augmenté ce niveau depuis 2002. Néanmoins, le Québec demeure au-dessus de la moyenne canadienne pour les dépenses publiques bien que l'écart se rétrécisse.

À l'égard des ressources humaines, les données des dernières années suggèrent une stabilité en ce qui concerne les taux de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes et, en ce qui a trait au taux des infirmières, une augmentation plus considérable si ce taux est comparé à celui du Canada. Finalement, malgré un taux inférieur d'appareils d'imagerie par résonance magnétique, le Québec suit la même tendance d'accroissement que celle des autres provinces.

Figure 3

Dépenses publiques générales de santé au Québec et au Canada par rapport au total des dépenses de santé, en %, 2000 à 2007

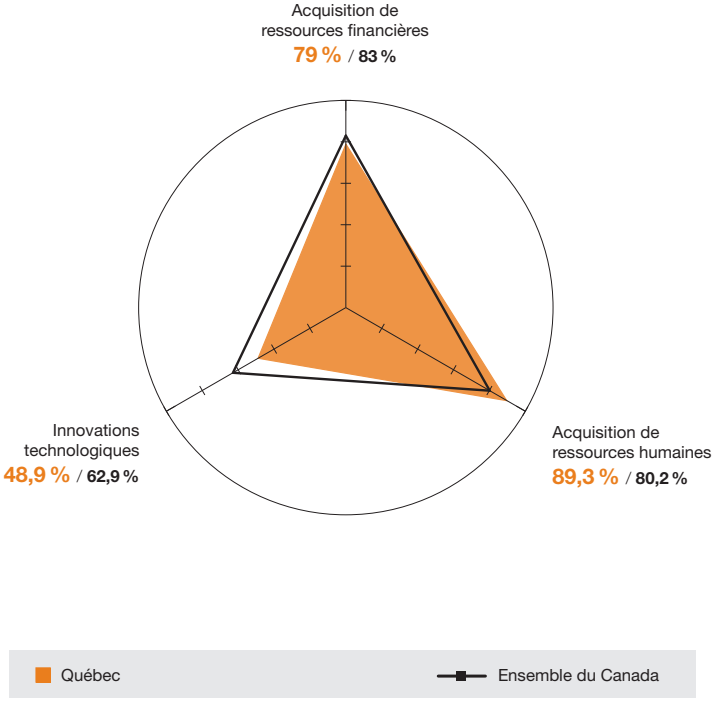


Le score synthétique d'adaptation

En regardant les indicateurs dans leur ensemble, tel que l'illustre le score synthétique intégrant l'ensemble des sous-dimensions de la fonction, nous observons que le Québec occupe, pour l'adaptation, le sixième rang canadien avec un résultat de 72,4 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui donne 3 points sous le résultat obtenu par l'ensemble du Canada (voir la Figure 10 à la page 48). En examinant la capacité d'adaptation du système de santé et de services sociaux selon les dimensions (voir la Figure 4), nous observons que le Québec se distingue parmi les autres provinces canadiennes par sa forte proportion d'atteinte de la balise en ce qui a trait aux ressources humaines, atteignant 89,3 % de la balise (troisième rang), soit 9,1 points de plus que dans l'ensemble du Canada. Par ailleurs, son adaptation est plutôt limitée en ce qui a trait aux ressources financières, alors que le Québec se situe à 79 % de la balise, comparativement à 83 % pour le Canada, ce qui le place en dernière position parmi les dix provinces analysées. Finalement, le Québec semble avoir des gains importants à réaliser en ce qui a trait à la sous-dimension des innovations technologiques avec un résultat de seulement 48,9 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise et un sixième rang à l'échelle canadienne.

Figure 4

Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction d'adaptation



LE QUÉBEC PRÉSENTE, DANS L'ENSEMBLE, DES DÉPENSES DE SANTÉ MOINDRES QUE CELLES DES AUTRES PROVINCES, UN NIVEAU DE RESSOURCES HUMAINES ÉLEVÉ, POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET LES OMNIPRATICIENS, ET UN NIVEAU MOINS FAVORABLE POUR LE PERSONNEL INFIRMIER.

En bref, il ressort que le Québec présente, dans l'ensemble, des dépenses de santé moindres que celles des autres provinces, un niveau de ressources humaines élevé, pour les médecins spécialistes et les omnipraticiens, et un niveau moins favorable pour le personnel infirmier. Ces observations ne sont pas nouvelles et elles traduisent probablement des différences dans les ressources financières disponibles à l'échelle des provinces et manifestent par ailleurs la capacité du système québécois à contrôler les dépenses en santé. De plus, avant de conclure à un moindre niveau d'investissement en santé au Québec comparativement aux autres provinces canadiennes, des différences à l'égard des coûts réels d'exploitation et de rémunération des professionnels entre les provinces doivent être considérées. Nous reviendrons sur ces aspects.

Les indicateurs d'adaptation spécifiques de la première ligne de soins

Une analyse des indicateurs relatifs à la première ligne de soins suggère que, pour la fonction d'adaptation, notre première ligne de soins bénéficie d'un niveau adéquat de ressources humaines, mais de niveaux plus bas en matière de ressources financières comparativement aux autres provinces canadiennes (voir le Tableau P4 à la fin de la présente section). Pour cette fonction, ce sont plutôt les modalités organisationnelles telles que les innovations technologiques, la pratique de groupe et la pratique en cabinet qui occasionnent des problèmes. Ainsi, le Québec présente des indicateurs très défavorables en ce qui concerne la proportion de médecins généralistes qui utilisent des dossiers médicaux informatisés (moins de 2 %) et le courriel (moins de 7 %) comme mode de communication avec les patients. Inversement, les indicateurs spécifiques de la première ligne de soins sont plus favorables pour le Québec en ce qui concerne le taux d'omnipraticiens par habitant (deuxième rang).

La production : assurer une quantité et une qualité adéquates de services

L'analyse des indicateurs de la fonction de production

La fonction de production a été subdivisée en six sous-dimensions, soit l'accessibilité des services médicaux, des services préventifs, des services diagnostiques et des services chirurgicaux, la qualité et la productivité. Les treize indicateurs disponibles pour la fonction de production ont trait, entre autres, à la proportion de personnes qui ont un médecin de famille, à la réception de services préventifs, aux taux de certaines interventions médicales, chirurgicales et d'hospitalisations, à des interventions adéquates et à des indicateurs de productivité (voir le Tableau P2 à la fin de la présente section).

En ce qui concerne la fonction de production, le Québec ayant généralement des indicateurs de production peu favorables, il se situe au dixième rang des provinces canadiennes pour cinq des treize indicateurs analysés. Ainsi, si le Québec se distingue favorablement à l'égard des conditions propices aux soins ambulatoires, de l'attente pour voir un médecin spécialiste ou de l'obtention de test diagnostique ou d'une mammographie de dépistage, les indicateurs sont par contre moins favorables à l'égard de l'inscription auprès d'un médecin de famille, de la réception de test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) ainsi que de certains aspects des services chirurgicaux. Ces résultats nous interpellent d'autant plus que le Québec occupe une position moyenne ou inférieure dans le contexte canadien qui, lui-même, affiche une production moyenne comparativement à d'autres pays de l'OCDE.

De manière plus détaillée, le Québec se place au premier rang au Canada à l'égard de l'accessibilité des services diagnostiques, avec 64 % des personnes ayant attendu moins d'un mois pour obtenir des tests diagnostiques. Par contre, l'accessibilité des services médicaux y est mitigée, orientée surtout vers les services spécialisés, où le Québec se classe deuxième en ce qui a trait à l'accès avec 49,5 % des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste. Inversement, l'accessibilité des services en médecine générale, où seulement 71 % de la population a déclaré avoir un médecin de famille, classe la province au dixième et dernier rang, alors qu'à peine un peu plus de 75 % de la population a consulté un médecin durant les douze derniers mois au Québec, comparativement à 78,6 % dans l'ensemble du Canada.

L'accessibilité des services chirurgicaux semble également problématique alors que seulement 37,9 % des personnes ont attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, ce qui représente le deuxième plus faible résultat au Canada[3]. Aussi, le Québec se trouve en dixième place lorsqu'on compare les taux d'arthroplasties (hanche et genou), malgré une tendance à la hausse similaire dans les autres provinces au Canada. De plus, avec 7,4 jours, la durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus est légèrement plus élevée au Québec que dans l'ensemble du Canada (7,3 jours), classant le Québec en cinquième position. Notons, enfin, que la qualité, telle que nos indicateurs la représentent, y est bonne.

En réponse aux facteurs de risque repérés, la réalité des services cliniques préventifs comporte des défis importants pour le Québec. Ainsi, notons que moins de 70 % des femmes âgées de 18 à 69 ans sont dépistées pour le cancer du col de l'utérus (test de Pap), ce qui situe la province au dixième rang au Canada. Pour le taux vaccinal contre l'influenza, nous comptons seulement 60,1 % de la population âgée de 65 ans ou plus qui est protégée contre cette maladie, situant la province en septième position. Dans le même sens, nous trouvons seulement 50,5 % de la population des femmes âgées de 50 à 69 ans qui a subi un test de dépistage, par mammographie, du cancer du sein, ce qui place le Québec au quatrième rang au Canada.

3. Il est à noter ici, par ailleurs, que les indicateurs disponibles pour documenter l'accessibilité des services chirurgicaux comprennent peu d'indicateurs et deux des trois disponibles sont relatifs à la production d'arthroplasties de la hanche et du genou. Ces interventions font l'objet, dans la majorité des provinces canadiennes, d'une priorisation. Il est par ailleurs difficile de statuer sur la sous-production ou la surproduction de ces interventions chirurgicales. Une certaine prudence est requise dans l'interprétation de ces indicateurs et nos travaux viseront à mieux documenter l'accessibilité des services chirurgicaux dans les prochaines analyses.

Évolution temporelle de la fonction de production

LE QUÉBEC DEMEURE EN DESSOUS DE LA MOYENNE CANADIENNE POUR LE TAUX DE VACCINATION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS CONTRE L'INFLUENZA.

Les éléments liés aux tendances temporelles pour la fonction de production concernent les indicateurs de l'accessibilité, de la qualité et de la productivité. Ainsi, en ce qui concerne la proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille, le Québec se situe au dixième rang des provinces canadiennes et la tendance est à la baisse. En ce qui concerne les services spécialisés, la proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour la visite chez un spécialiste au Québec se situe au-dessus de la moyenne canadienne, mais celle-ci a diminué dans les dernières années. En ce qui a trait à l'accès aux services préventifs, le Québec demeure en dessous de la moyenne canadienne pour le taux de vaccination des personnes âgées de 65 ans ou plus contre l'influenza mais, au cours des dernières années, l'augmentation de la proportion de personnes vaccinées a été plus rapide au Québec que dans l'ensemble du Canada. Toujours en ce qui a trait aux services préventifs, la proportion des femmes âgées de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap au Québec demeure inférieure à celle des autres provinces canadiennes. Toutefois, le Québec est aussi la province ayant le plus augmenté son résultat dans les dernières années, ce qui indique un rétrécissement de l'écart avec le Canada. Dans le même sens, la population des femmes âgées de 50 à 69 ans ayant subi un test de dépistage, par mammographie, du cancer du sein connaît une progression au Québec.

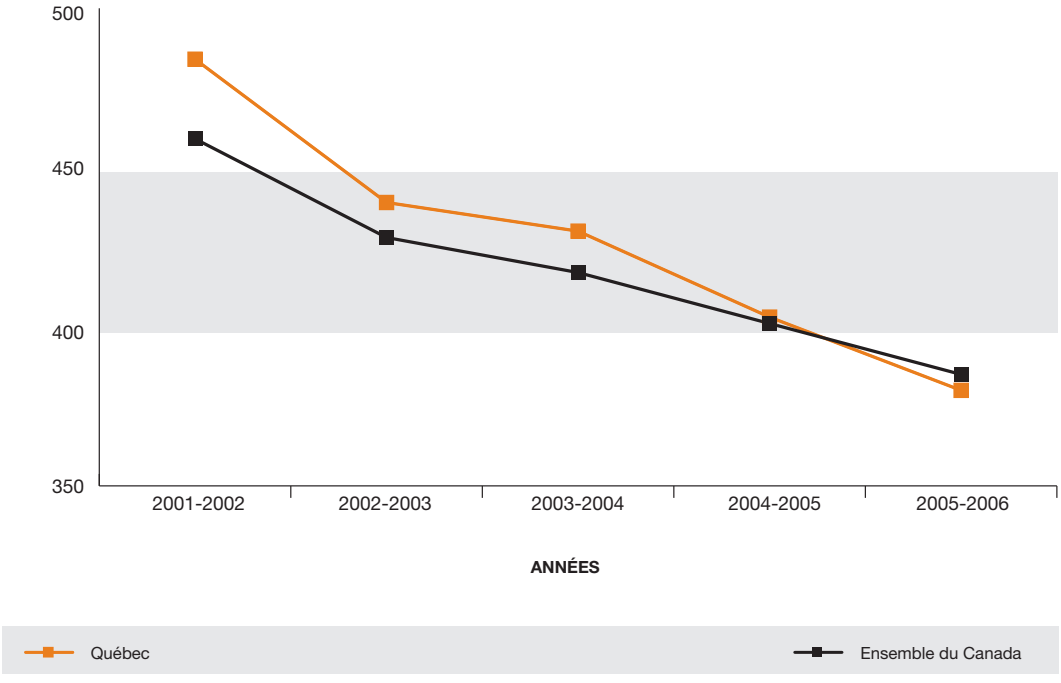
LE QUÉBEC CONNAÎT LA PLUS GRANDE AUGMENTATION ANNUELLE MOYENNE POUR LA PROPORTION DES PERSONNES AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR UNE CHIRURGIE NON URGENTE.

De plus, le Québec connaît la plus grande augmentation annuelle moyenne pour la proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, ce qui signifie que le Québec tend à rattraper le résultat canadien même s'il se situe toujours au neuvième rang. Nous constatons également une augmentation constante des taux d'arthroplasties de la hanche et du genou au Québec (variation annuelle moyenne respective de 10 % et de 16,5 %), mais la province demeure néanmoins en bas de la moyenne canadienne avec un dixième rang.

Finalement, le Québec, à l'instar du Canada, connaît une diminution des hospitalisations liées aux conditions propices aux soins ambulatoires et la tendance à l'amélioration a été plus forte au Québec qu'ailleurs au Canada. Il y a quelques années, le Québec était défavorablement placé, et il a réussi à dépasser la performance moyenne du Canada en 2005-2006 (voir la Figure 5), se classant maintenant troisième parmi les provinces canadiennes.

Figure 5

Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires au Québec et au Canada, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2001-2002 à 2005-2006

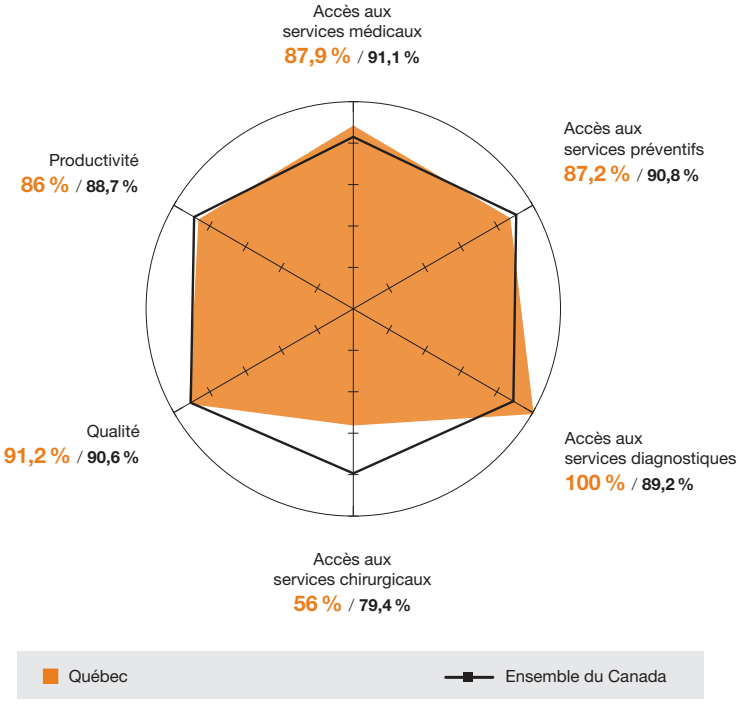


Le score synthétique pour la fonction de production

En production, le Québec se classe également au sixième rang, alors que cette fonction atteint 84,7 % de la balise, ce qui représente un écart négatif de 3,6 points par rapport au résultat canadien, soit l'écart le plus prononcé parmi les trois fonctions du cadre (voir la Figure 10 à la page 48). Plus spécifiquement, le Québec obtient des résultats en dessous de ceux de l'ensemble canadien pour l'ensemble des sous-dimensions à l'exception de l'accessibilité des services diagnostiques et de la qualité (voir la Figure 6). L'écart défavorable le plus grand se situe, quant à lui, sur le plan de l'accessibilité des services chirurgicaux. Pour les autres sous-dimensions rattachées à l'accessibilité et pour la productivité, le Québec se compare à la moyenne canadienne.

Figure 6

Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction de production



D'emblée, notons que l'ensemble des sous-dimensions de production précise que le Québec démontre une force en liaison avec ses ressources humaines, notamment pour les services en médecine générale et ceux en spécialité, malgré des ressources financières parfois limitées. Il est premier pour l'accès aux services diagnostiques, même si nous y trouvons une utilisation modérée des innovations technologiques. L'efficacité de ses services y est moyenne. Ses services médicaux, tout comme ses services préventifs, démontrent des niveaux d'accessibilité variables, alors que ses services chirurgicaux se classent défavorablement relativement au reste du Canada. Cependant, la satisfaction globale des patients y est bonne.

De manière plus détaillée, notons d'abord que, pour la sous-dimension de l'accessibilité des services médicaux, le Québec se situe à près de 88 % de la balise, alors que le Canada se situe à 91,1 %, ce qui représente un huitième rang parmi les provinces. Pour l'accessibilité des services préventifs, le Québec obtient un résultat de 87,2 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui est en dessous de la performance canadienne pour ces indicateurs (90,8 %) ; cela donne, cette fois, une sixième place. La situation est encore moins favorable en ce qui concerne l'accessibilité des services chirurgicaux et la productivité, alors que le Québec se place respectivement au dixième et au neuvième rang avec des résultats de 56 % et de 86 % pour l'atteinte des balises. Par contre, le Québec excelle en ce qui concerne l'accessibilité des services diagnostiques (premier rang) et pour la qualité (troisième rang). L'écart positif pour le Québec face à son comparatif canadien est de seulement 0,5 point de pourcentage en ce qui concerne l'atteinte de la balise rattachée à la qualité, mais de 10,8 points pour celle rattachée à l'accessibilité des services diagnostiques.

Les indicateurs de production spécifiques de la première ligne de soins

En ce qui concerne la production, les indicateurs relatifs à la première ligne de soins suggèrent, à l'instar des indicateurs analysés précédemment à l'échelle provinciale, que notre première ligne pourrait faire des gains importants (voir le Tableau P5 à la fin de la présente section). Les résultats sont également défavorables, comparativement à ceux des autres provinces canadiennes, en ce qui concerne la proportion de la population ayant un médecin de famille (71 %), la réception de services préventifs et de dépistage et la productivité des médecins généralistes (dixième rang pour les deux indicateurs disponibles). Dans quelle mesure cette performance moyenne à l'égard de la production est le reflet d'un déficit dans la gestion des ressources ou le reflet d'un plus faible niveau d'investissement dans les soins fournis au Québec, cela reste à explorer. Pourtant, en matière de ressources humaines, nous l'avons souligné dans la présente section, la première ligne de soins au Québec semble se situer favorablement et ce pourrait être la façon dont les organisations de première ligne de soins sont structurées qui semble faire défaut. Inversement, les indicateurs spécifiques de la première ligne de soins sont plus favorables pour le Québec en ce qui a trait à l'accessibilité des services spécialisés.

LE QUÉBEC SE SITUE DÉFAVORABLEMENT COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PROVINCES CANADIENNES POUR PLUSIEURS ASPECTS DE L'ACCESSIBILITÉ.

En bref, le Québec se situe défavorablement comparativement aux autres provinces canadiennes pour plusieurs aspects de l'accessibilité, en ce qui concerne les services médicaux, préventifs, chirurgicaux, avec une tendance générale à la baisse. Premier au Canada pour l'accessibilité des services diagnostiques, cette réalité du Québec contraste avec l'usage des innovations technologiques, tel que cela est illustré dans le volet adaptation, où la province se situe sommairement dans la moyenne. Ce paradoxe apparent peut, par contre, être expliqué par le fait qu'un ensemble plus vaste de tests diagnostiques est capté par les indicateurs de l'accessibilité des services diagnostiques comparativement au nombre plus limité de technologies entrant dans la catégorie dimension des innovations technologiques. La productivité semble également en dessous de la moyenne canadienne, avec le pourcentage de consultation le plus bas au Canada et une durée moyenne de séjour relativement élevée, qui continue d'augmenter.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle : prendre soin du système de santé et de services sociaux

L'analyse des indicateurs de la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle

À l'échelle internationale et provinciale, peu d'information a été recueillie pour documenter les indicateurs relatifs au développement et au maintien de la culture organisationnelle. Au palier provincial, la disponibilité actuelle d'indicateurs n'a pas permis de porter un regard fiable et de mettre au point une approche comparative. Néanmoins, les études du Commonwealth Fund suggèrent que le Canada se situe au milieu du peloton des pays comparés pour obtenir le degré d'insatisfaction des professionnels envers leur vie professionnelle, mais qu'il est bon dernier en ce qui concerne le maintien de la compétence (The Commonwealth Fund, 2006 ; David et *al.*, 2007).

Au Canada, 23 % des médecins déclarent que le système de santé ne requiert que des changements mineurs, 71 % estiment qu'il exige des changements fondamentaux et 3 % jugent qu'il nécessite d'être reconstruit complètement. Par ailleurs, 12 % des médecins sont très ou assez insatisfaits de la liberté qu'ils ont de prendre des décisions sur le plan clinique, 36 % sont très ou assez insatisfaits du temps passé avec chaque patient, 40 % sont très ou assez insatisfaits du revenu provenant de leur pratique et 16 % sont très ou assez insatisfaits de leur expérience globale de pratique médicale. Environ 36 % des médecins déclarent que leur capacité à donner des soins de qualité s'est détériorée dans les cinq dernières années contre seulement 22 % qui déclarent que celle-ci s'est améliorée (The Commonwealth Fund, 2006 ; David et *al.*, 2007).

Toujours selon les données du Commonwealth Fund, la proportion de la population canadienne qui déclare que notre système de santé nécessite des changements fondamentaux est passée de 38 %, au début des années 1990, à 60 %, en 2007 (The Commonwealth Fund, 2006 ; David et *al.*, 2007). La proportion des personnes qui se sont soumises à l'enquête et qui sont très confiantes qu'elles vont recevoir des soins de haute qualité y est seulement de 28 %, alors qu'une personne sur cinq se dit peu ou pas confiante à ce sujet (Schoen et *al.*, 2006). Aucune information relative à la satisfaction des professionnels ou aux autres indicateurs n'a pu être apportée pour les besoins du présent rapport. Force est de conclure que nous ne possédons pas assez d'information à cet égard pour pouvoir situer la performance du Québec quant à cette fonction.

Les indicateurs de développement et de maintien de la culture organisationnelle spécifiques de la première ligne de soins

Les indicateurs de la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle relatifs à la première ligne de soins disponibles suggèrent que les résultats mitigés discutés précédemment pour la fonction de production sont, par contre, associés à une plus grande satisfaction des médecins généralistes envers leur vie professionnelle et envers une réduction de leurs heures de travail (voir le Tableau P6 à la fin de la présente section). Les indicateurs spécifiques de la première ligne de soins sont aussi plus favorables pour le Québec en ce qui concerne la satisfaction des médecins envers l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Inversement, la proportion de médecins qui désirent réduire leurs heures de travail est plus élevée au Québec (au dixième rang des provinces).

L'atteinte des buts : améliorer la santé et répondre aux attentes des personnes

L'analyse des indicateurs de la fonction d'atteinte des buts

L'atteinte des buts est la fonction la plus documentée quant à la quantité d'indicateurs analysés, soit 22, en liaison avec l'efficacité à l'égard de divers aspects de la santé (la santé globale, les facteurs de risque, la santé maternelle et infantile, la santé mentale, la morbidité et la mortalité évitable) ainsi que la satisfaction globale (voir le Tableau P3 à la fin de la présente section).

Dans l'ensemble, pour cette fonction, le Québec présente des résultats variables qui se situent, en ce qui concerne sept indicateurs, dans les trois premiers rangs des provinces comparées, entre le septième et le quatrième rang en ce qui a trait à dix autres indicateurs et, pour cinq indicateurs, dans les trois derniers rangs. Le Québec se place ainsi entre le septième et le quatrième rang des provinces pour les dix autres indicateurs. Le Québec se distingue favorablement en ce qui a trait à l'espérance de vie à la naissance, au taux d'obésité et de consommation d'alcool, à la proportion des naissances de faible poids, à la perception de l'état de santé mentale, au taux de besoins de santé non comblés et au taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire. Par contre, le Québec obtient des résultats moins enviables en ce qui concerne le tabagisme, les grossesses chez les adolescentes, le taux ajusté de mortalité par suicide et par cancer, ainsi que les années potentielles de vie perdues qui en résultent.

Plus précisément, la productivité variable décrite dans la section précédente se reflète dans l'efficacité découlant de la santé de la population du Québec. Pour ce qui est de l'efficacité en santé globale, nous remarquons d'abord que l'espérance de vie à la naissance y est la troisième en importance au Canada avec 80,4 ans. Quant à la perception de l'état de santé, soit la proportion des personnes qui considèrent leur santé comme très bonne ou excellente, elle atteint 59,2 % ; cette situation classe la province au cinquième rang. Par contre, un nombre plus élevé de personnes considèrent éprouver des problèmes modérés ou graves, d'après l'indice fonctionnel global de l'état de santé, ce qui place le Québec au septième rang dans l'ensemble du Canada avec une proportion de 19,9 %, comparativement à 17,5 % pour le Canada.

En général, les Québécoises et les Québécois ont une bonne perception à l'égard de leur état de santé mentale. La proportion de ceux-ci qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente est de 75,3 % ; cela permet au Québec d'occuper la première position dans l'ensemble des provinces. Par contre, la mortalité par suicide y est la plus élevée du pays avec 14,4 suicides pour 100 000 habitants, alors que la moyenne canadienne se situe en dessous de 11.

En ce qui concerne les facteurs de risque, notons que la consommation d'alcool par la population du Québec est plus faible que celle des autres provinces. À ce sujet, le Québec se classe donc deuxième au pays. Dans la dernière année, 20,8 % des habitants affirment avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion, et ce, au moins une fois par mois, comparativement à 21,8 % pour la population du Canada entier. De plus, après une période de diminution, le Québec connaît une hausse du tabagisme. Le taux de tabagisme est de 25,1 % au Québec comparativement à 21,9 % au Canada, ce qui situe le Québec dans les trois dernières positions. Quant aux autres facteurs de risque, l'obésité est moins présente au Québec qu'elle l'est au Canada. Sa proportion de gens souffrant d'obésité se situe à 15,3 % ; le Québec occupe ainsi la deuxième position au Canada. Toutefois, le diabète y a davantage cours comparativement aux autres provinces. En effet, avec un résultat de 5,9 %, le Québec se classe au sixième rang ; ce résultat est tout de même très près de celui de l'ensemble du Canada, lequel résultat se situe à 5,8 %.

Pour ce qui est des indicateurs de la santé maternelle et infantile, le Québec se classe avantageusement en troisième position pour la proportion des naissances de faible poids avec seulement 5,7 % des naissances qui sont de faible poids, comparativement à 6 % pour le Canada. Par contre, la mortalité infantile (4,6 pour 1 000 naissances vivantes) et néonatale (3,6 pour 1 000 naissances vivantes) situe le Québec en cinquième position au Canada. De plus, nous observons qu'au Québec, le nombre de grossesses chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans (21,7 pour 1 000 adolescentes) est plus élevé que dans l'ensemble du Canada (18,9 pour 1 000 adolescentes). Pour l'efficacité en morbidité, le Québec se classe au septième et au huitième rang pour ses taux d'incidence et de mortalité par cancer avec des taux supérieurs à ceux du Canada ; l'observation est semblable en ce qui concerne la mortalité par maladies du système respiratoire : le Québec occupe le cinquième rang à ce sujet. Toutefois, il se démarque par son faible taux de mortalité par maladies du système circulatoire ; en effet, il occupe la première place au pays en ce qui a trait à cet indicateur. Pour ce qui est des années potentielles de vie perdues, celles qui sont en rapport avec les différents cancers se situent sous le résultat canadien ; le Québec se classe ainsi au neuvième rang à ce sujet. Toutefois, celles qui portent sur les maladies du système circulatoire ou respiratoire placent le Québec au quatrième et au cinquième rang, respectivement, malgré des résultats inférieurs à ceux de la moyenne canadienne.

Globalement, la satisfaction des besoins en matière de santé y est très élevée. Le Québec se classe premier pour cet indicateur avec seulement 9,9 % de la population qui déclare des besoins qui ne sont pas satisfaits en matière de santé[4]. Par contre, lorsqu'on examine le degré de satisfaction de la population envers les services de santé qui sont donnés, la population du Québec s'est déclarée très ou assez satisfaite dans une proportion de 87,2 %. Cette proportion est supérieure au résultat de 85 % obtenu par l'ensemble du Canada et classe le Québec en sixième place. Autrement, l'enquête du Commonwealth Fund de 2007 suggère aussi que la perception au sujet de la qualité des soins reçus est bonne, avec près de 74 % des Québécoises et des Québécois interrogés qui déclarent que la qualité des soins reçus à leur source habituelle de soins était excellente ou très bonne, une proportion comparable à celle qui ressort au Canada et près de celle relevée dans les pays qui, à cet égard, présentent la meilleure performance.

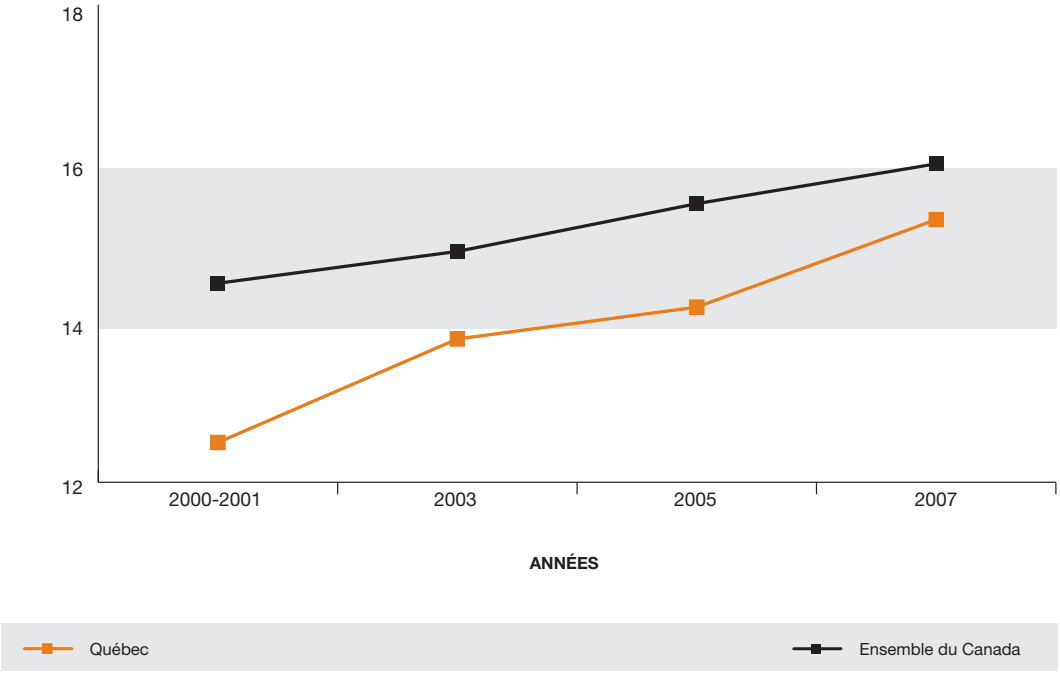
4. Certaines données d'enquêtes récentes suggèrent, par contre, que la proportion de besoins qui ne sont pas satisfaits en matière de santé, ou besoins non comblés, s'accroît au Québec (Levesque et *al.* 2007).

Évolution temporelle de la fonction d'atteinte des buts

En ce qui concerne la fonction d'atteinte des buts, certains indicateurs affichent également des tendances temporelles intéressantes qu'il convient de mentionner. Cependant, certains indicateurs, tels que l'espérance de vie à la naissance, sont plutôt constants, alors que l'amélioration du Québec correspond à celle du Canada. Dans le domaine des indicateurs portant sur les facteurs de risque connus pour la santé, le taux d'obésité au Québec augmente, mais celui-ci, qui était beaucoup plus faible en 2000-2001, est aujourd'hui en train de rattraper celui du Canada, puisqu'il augmente plus rapidement (voir la Figure 7). En ce qui concerne le tabagisme, après une période de diminution au cours des années allant de 2000 à 2005, le Québec connaît maintenant une hausse. Quant à la consommation d'alcool, on note une augmentation depuis quelques années plus forte pour le Québec, ce qui diminue lentement son écart favorable par rapport à la situation qui a cours au Canada à ce sujet.

Figure 7

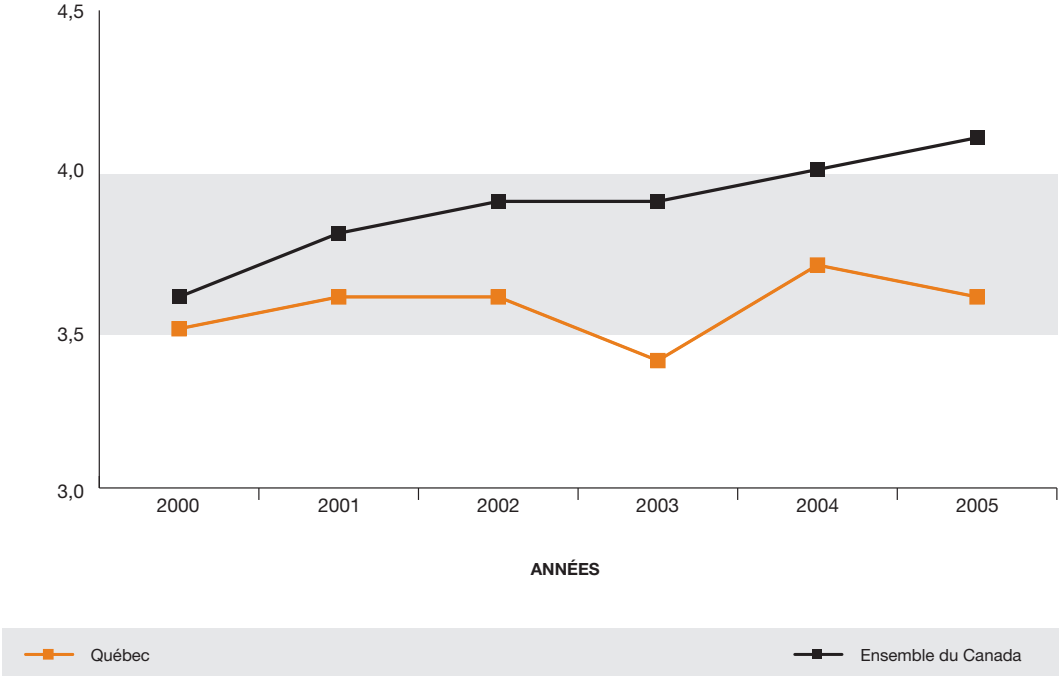
Proportion de la population présentant de l'obésité au Québec et au Canada, en %, 2000-2001 à 2007



Un autre aspect important des indicateurs de l'efficacité réside dans la santé maternelle et infantile. Ainsi, en ce qui concerne le taux de grossesses chez les adolescentes, le Québec présentait un taux plus faible que celui du Canada en 2000 ; toutefois, malgré une diminution annuelle moyenne de l'ordre de 2,1 % au cours des années allant de 2000 à 2004, la diminution dans l'ensemble du Canada a été plus rapide (6 % annuellement), résultant en un taux plus élevé maintenant au Québec. Enfin, pour ce qui est de la mortalité infantile, le taux québécois, déjà meilleur que celui de l'ensemble du Canada, a tendance à diminuer légèrement dans les années allant de 2000 à 2005, pendant que celui du Canada augmente, ce dernier se situant déjà défavorablement par rapport à plusieurs pays. Aussi, pour le taux de mortalité néonatale, la situation s'est détériorée au cours des dernières années au Québec et au Canada, de façon beaucoup plus nette au Canada cependant, où le taux de mortalité néonatale a augmenté en moyenne de 2,6 % annuellement, comparativement à une moyenne de 0,6 % au Québec (voir la Figure 8). En ce qui concerne la santé mentale, le Québec, avec le taux de suicides le plus élevé au Canada, a tout de même rétréci l'écart qui le sépare du Canada, en raison d'une diminution annuelle moyenne de 3,8 % dans les années allant de 2000 à 2004, alors qu'au Canada, ce taux diminuait simultanément de 1,3 % annuellement.

Figure 8

Taux de mortalité néonatale au Québec et au Canada, pour 1 000 naissances vivantes, 2000 à 2005



Évidemment, un autre volet important de l'atteinte des buts est l'efficacité contre la morbidité, alors que les gains notés au Québec, au cours de la période analysée, sont plus importants que ceux du Canada pour l'incidence du cancer, pour la mortalité par cancer et pour la mortalité par maladies du système circulatoire où, d'année en année, le Québec maintient sa bonne avance par rapport à l'ensemble du Canada. En contrepartie, en ce qui concerne les maladies respiratoires, le Québec a eu du mal à suivre la progression du Canada. En effet, le taux de mortalité par maladies du système respiratoire s'est plutôt détérioré, surtout dans les années allant de 2003 à 2004, pour malheureusement se retrouver en 2004 plus élevé qu'il l'était en 2000.

Les indicateurs d'atteinte des buts spécifiques de la première ligne de soins

Pour ce qui est de l'atteinte des buts, l'analyse des indicateurs relatifs à la première ligne de soins suggère une grande variabilité du placement de la province dans l'ensemble du Canada (voir le Tableau P7 à la fin de la présente section). Le Québec se distingue favorablement en ce qui concerne la proportion de la population qui présente de l'obésité, le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, la perception de la santé mentale, le taux de consommation d'alcool et l'espérance de vie à la naissance. Par contre, les résultats sont moins favorables en ce qui a trait au taux de tabagisme, au taux de grossesses chez les adolescentes, au taux de mortalité par suicide et par cancer, tels que nous en avons discuté dans la section portant sur l'atteinte des buts en général. Notons, par contre, que ces indicateurs, bien qu'ils s'adressent tous, à divers niveaux, à la première ligne de soins, ne sont pas exclusivement le résultat de son action. En effet, un ensemble de déterminants de la santé et plusieurs secteurs du système de santé et de services sociaux ont des répercussions sur ces divers indicateurs.

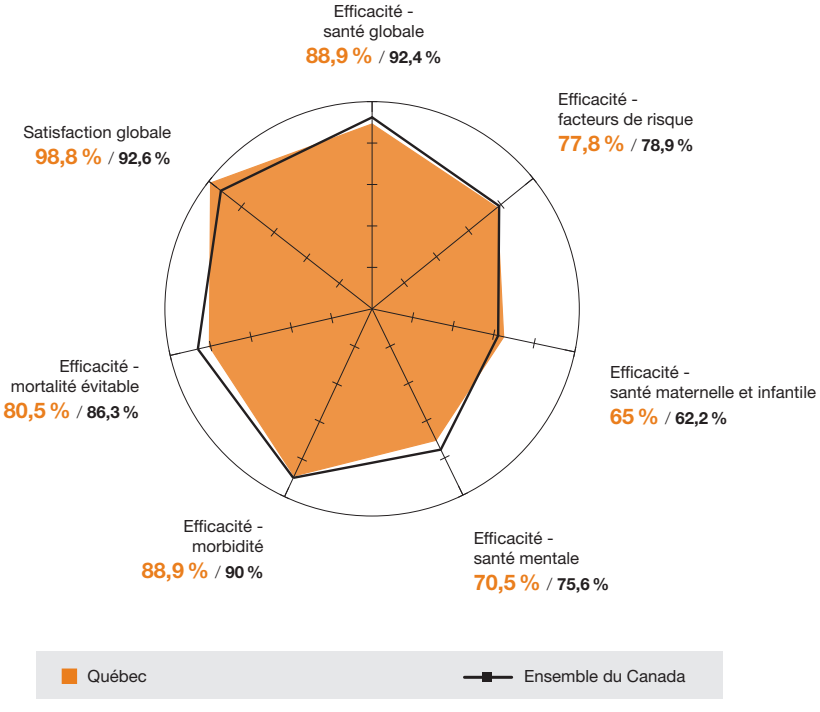
Le score synthétique de l'atteinte des buts

LE QUÉBEC PRÉSENTE DES RÉSULTATS FAVORABLES EN CE QUI CONCERNE LA SATISFACTION GLOBALE DE LA POPULATION.

Avec un résultat de 81,5 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise dans la fonction d'atteinte des buts, le Québec se classe au cinquième rang, avec 1,1 point sous le résultat de l'ensemble canadien (voir la Figure 10 à la page 48). En examinant l'atteinte des buts selon les sous-dimensions de notre cadre d'analyse, nous observons que le Québec affiche des performances qui oscillent entre le quatrième et le sixième rang pour toutes les sous-dimensions portant sur l'efficacité, sauf pour celle qui a rapport à la santé mentale, occupant le dixième rang à ce sujet (voir la Figure 9). Plus précisément, il obtient des résultats inférieurs à ceux de l'ensemble du Canada par des écarts qui varient de 1,1 à 5,8 points, sauf pour la santé maternelle et infantile, où le résultat du Québec est supérieur de 2,7 points à celui du Canada. Aussi, le Québec présente des résultats favorables en ce qui concerne la satisfaction globale de la population envers les services de santé avec un deuxième rang à l'échelle canadienne obtenu par le résultat de 98,8 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, un résultat supérieur de 6,2 points à celui du Canada.

Figure 9

Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction d'atteinte des buts



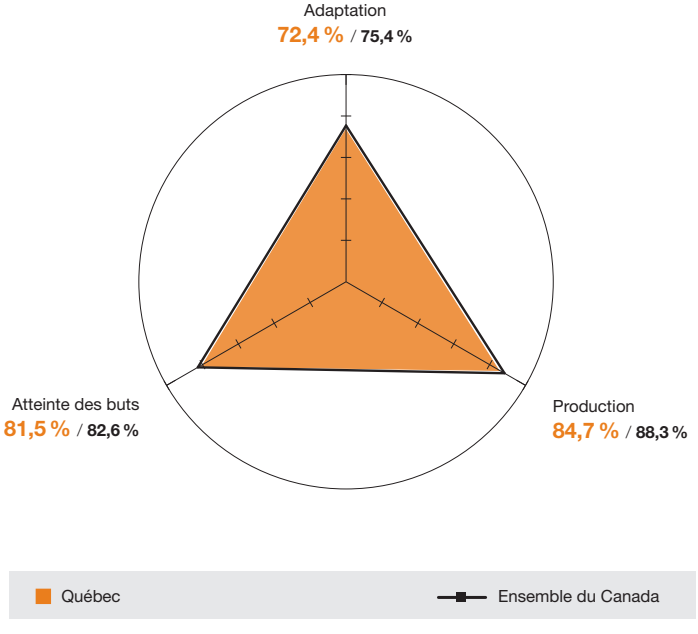
Dans l'ensemble, il convient aussi de noter que les indicateurs de l'atteinte des buts sont ceux qui présentent le moins de variation dans le temps et pour lesquels les écarts entre les provinces sont, en général, moins marqués. Cela peut s'expliquer par le fait que les états de santé d'une population se construisent à long terme et qu'ils sont le résultat de multiples déterminants de la santé, plusieurs étant peu liés à l'intervention des systèmes de santé ou même à celle des gouvernements. Il s'agit donc d'un défi pour l'analyse de la performance et nous travaillerons au développement d'indicateurs plus spécifiques de l'action du système de santé et de services sociaux et plus sensibles aux interventions, à court terme, pour complémenter les indicateurs traditionnels de santé mentionnés dans le contexte de la présente analyse.

Aperçu global de la performance

Globalement, lorsque nous calculons la moyenne d'atteinte des balises selon notre cadre d'appréciation du système de santé et de services sociaux, le Québec obtient, pour chacune des trois fonctions retenues à partir du cadre[5], des résultats dans la moyenne des provinces canadiennes. En effet, le Québec a obtenu des résultats inférieurs à ceux de la moyenne du Canada avec des écarts de 1,1 point de pourcentage pour l'atteinte des buts, de 3 points pour l'adaptation et de 3,6 points pour la production (voir la Figure 10). Les écarts négatifs pour le Québec signifient des résultats généralement dans la moyenne, mais également de bons résultats dans certaines dimensions et de moins bons dans d'autres. Par ailleurs, sur l'ensemble des fonctions analysées, d'autres provinces se distinguaient favorablement.

Figure 10

Degrés d'atteinte de la balise au Québec : synthèse des fonctions



5. La fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle ne fait pas partie de l'analyse en raison de la difficulté d'obtenir, à ce moment-ci, un ensemble suffisamment complet d'indicateurs fiables pour en faire la mesure.

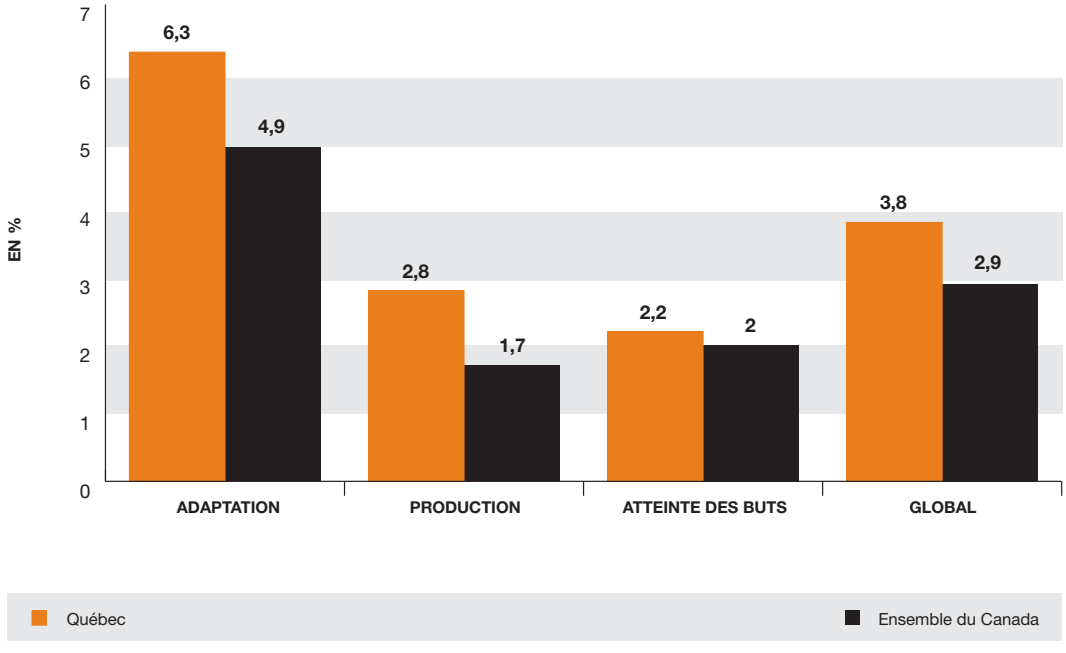
Évolution temporelle de la performance globale

LE QUÉBEC, SUR UNE PÉRIODE QUI INCLUT APPROXIMATIVEMENT CINQ ANNÉES DE DONNÉES, A AMÉLIORÉ SES RÉSULTATS POUR CHACUNE DES FONCTIONS DU CADRE DE PERFORMANCE ÉTUDIÉES.

Bien que la réalité du système de santé et de services sociaux du Québec soit fort complexe, certaines tendances peuvent être notées pour caractériser l'évolution de ce dernier sur une période de quelques années. Le calcul effectué sur la base des taux de variation annuels pour les indicateurs où ce calcul était possible a permis de comparer l'évolution de la performance du Québec face à l'ensemble du Canada sur un groupe d'indicateurs communs, tout en respectant le cadre d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux établi par le Commissaire. En ce sens, les résultats de la présente analyse démontrent que le Québec, sur une période qui inclut approximativement cinq années de données, a amélioré ses résultats pour chacune des fonctions du cadre de performance étudiées (voir la Figure 11). Le Québec est la seule province du Canada qui, au cours des dernières années, a connu une amélioration de la performance de ses indicateurs supérieure à la moyenne canadienne pour chacune des trois fonctions prises séparément. Plus précisément, la plus grande variation annuelle moyenne se situe sur le plan des indicateurs de l'adaptation (6,3 %) ; elle est suivie de la variation observée en production (2,8 %) et de celle portant sur l'atteinte des buts (2,2 %). En outre, si nous analysons les variations du Québec dans le temps par rapport à celles des autres provinces, c'est la variation observée pour la production qui revêt l'amélioration la plus importante, alors que, pour cette fonction, le Québec est la province ayant le plus amélioré son résultat au cours des dernières années.

Figure 11

Taux moyen de variation annuelle par fonction et taux global au Québec et au Canada, 2000 à 2007



> LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

Les différents indicateurs mis au point pour analyser la performance du système de santé et de services sociaux à l'échelle des provinces canadiennes fournissent également, lorsqu'ils sont combinés à divers indicateurs complémentaires disponibles à l'échelle de la province, une très bonne compréhension de la performance des différentes régions du Québec. Dans la présente section, nous analysons les indicateurs selon les différentes fonctions de notre cadre d'analyse à l'échelle régionale. Finalement, nous analysons les profils de performance régionaux et en tirons certaines observations. En annexe, nous présentons une analyse détaillée des indicateurs pour chacune des régions du Québec. Pour des fins de présentation et d'analyse, nous avons regroupé les régions du Québec (voir l'encadré).

Le regroupement des régions du Québec

L'analyse des indicateurs interrégionaux québécois illustre certains profils liés à leurs caractéristiques géographiques et démographiques. Dans certains cas, pour rendre plus ordonnée la présentation des résultats, les régions sont regroupées en fonction de leurs caractéristiques communes.

LES RÉGIONS UNIVERSITAIRES. Ces régions se distinguent par des services spécialisés dont elles assument la responsabilité pour l'ensemble du Québec (centres de greffes d'organes, services aux grands brûlés, etc.) et par une attraction forte de la clientèle des régions limitrophes. Les régions de la Capitale-Nationale (03), de l'Estrie (05) et de Montréal (06), où l'on trouve des facultés de médecine, produisent des services au-delà de la consommation de services par leur population résidente.

LES RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES. Ce groupe de régions comprend la région de la Chaudière-Appalaches (12), située en périphérie de Québec, et les quatre régions en périphérie de Montréal, soit Laval (13), Lanaudière (14), les Laurentides (15) et la Montérégie (16). En ce qui concerne leur consommation de services de santé, ces régions présentent une forte mobilité interrégionale, et ce, autant pour des services spécialisés que pour des services généraux (de base).

LES RÉGIONS INTERMÉDIAIRES. Les centres régionaux de ces régions sont situés à moins de quatre heures de route des centres universitaires de Québec et de Montréal, et leur population respective compte environ 200 000 personnes ou plus. Ce sont les régions du Bas-Saint-Laurent (01), du Saguenay—Lac-Saint-Jean (02), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04) et de l'Outaouais (07).

LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES. Les centres régionaux de ces régions sont situés à plus de six heures de route de Québec ou de Montréal. Leur population respective compte de 90 000 à 160 000 personnes. Ce sont l'Abitibi-Témiscamingue (08), la Côte-Nord (09) et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (11).

LES RÉGIONS ISOLÉES. Ces régions comptent de 7 000 à 20 000 personnes. Ce sont les régions du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Évidemment, elles se caractérisent par leur situation géographique isolée des grands centres et par une faible densité de population. Elles représentent ainsi un contexte particulier qui les rend difficilement comparables aux autres régions.

L'adaptation

Le Tableau R1, à la fin de cette section, présente, pour l'ensemble des régions du Québec, les indicateurs de monitorage portant sur la fonction d'adaptation, en illustrant ceux qui se trouvent en position favorable (gris) ou défavorable (noir) à plus d'un écart-type de la moyenne des régions. Ainsi, le tableau des données portant sur l'adaptation illustre, avec éloquence, la variation dans l'allocation des ressources par habitant que nous remarquons entre les régions universitaires, celles qui sont situées en périphérie des régions universitaires et les régions éloignées du Québec. Cependant, il importe de noter que les indicateurs utilisés ici ne tiennent pas compte de la mobilité interrégionale (et de la lourdeur de cette clientèle) et de l'influence que cela peut avoir sur les coûts liés aux soins de santé prodigués, ce qui fait en sorte que l'ampleur du déséquilibre remarqué est difficile à définir avec précision. L'encadré concernant la prise en compte de la mobilité illustre par ailleurs les résultats des analyses de sensibilité réalisées pour en apprécier l'effet sur les résultats (voir l'encadré de la page 68). Néanmoins, si les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord présentent un nombre important d'indicateurs favorables, celles de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie présentent davantage d'indicateurs défavorables. Cet état de situation est particulièrement marqué pour les ressources financières et pour les ressources humaines et d'infrastructures, comparativement aux autres sous-dimensions portant sur l'adaptation, où les écarts sont moins marqués. La région de l'Outaouais se classe parmi les régions qui présentent les scores moyens d'adaptation les plus faibles en proportion d'atteinte des balises de performance. Dans l'ensemble, les scores moyens portant sur l'atteinte des balises à l'échelle régionale varient de 48,2 % à 78,2 % au Québec.

Les indicateurs de la fonction d'adaptation spécifiques de la première ligne de soins à l'échelle régionale

À l'échelle régionale, les indicateurs spécifiques de la première ligne révèlent aussi des variations importantes. Pour la fonction d'adaptation, le Tableau R5 à la fin de la présente section illustre les indicateurs favorables, qui se démarquent par plus d'un écart-type de la moyenne (en gris), et défavorables, qui se démarquent par plus d'un écart-type de la moyenne (en noir), pour l'ensemble des régions du Québec. Certaines régions présentent une concentration plus importante d'indicateurs défavorables, alors que d'autres présentent un profil contrasté. À cet égard, avec des indicateurs favorables en ce qui a trait à l'acquisition de ressources infirmières et de lits d'hôpitaux, la situation de Montréal est intéressante, bien qu'elle présente des indicateurs défavorables en ce qui concerne les modalités organisationnelles de première ligne. Encore ici, soulignons les indicateurs défavorables dans les régions en périphérie des régions universitaires en ce qui concerne l'acquisition de ressources.

Tenir compte de la mobilité dans la consommation de soins des personnes

Dans l'univers québécois, l'analyse de l'acquisition des ressources dans le modèle d'appréciation du Commissaire se base sur les données portant sur les ressources financières, humaines et d'infrastructures, comme elles ont été allouées aux régions. Toutefois, il est important de considérer que le lieu où les soins sont donnés ne correspond pas toujours à la région d'origine du bénéficiaire et vice versa, ce que l'on qualifie comme étant la mobilité interrégionale des usagers du système de santé et de services sociaux québécois. Cela est d'autant plus vrai pour les régions ayant une mission supranationale, telles celles du groupe des régions universitaires. Celles-ci accueillent beaucoup de patients venant d'autres régions du Québec et ceux-ci nécessitent, en moyenne, des soins plus spécialisés, donc plus coûteux. En ce sens, l'interprétation des données d'acquisition des ressources doit toujours être faite avec prudence. Cependant, il importe de noter que cette remarque est moins à propos lorsqu'on procède à des comparaisons pour des systèmes plus fermés (une province canadienne, un pays), puisque la mobilité devient très marginale.

À l'échelle des régions du Québec, il nous a été possible d'entreprendre une simulation permettant de pondérer les données pour les dépenses nettes en santé physique au Québec afin de tenir compte des critères nommés ci-dessus. Nous avons obtenu ces données en multipliant les données brutes par un indice synthétique constitué pour chaque région du ratio entre l'Indice de dépendance de la ressource (IDR) et l'Indice de dépendance de la population (IDP) ajusté selon le Niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU). Plus précisément, l'IDP est présenté parmi les indicateurs comme étant le taux pondéré de rétention des hospitalisations, car il fait état de la part des hospitalisations des résidents d'une région ayant été faite dans cette même région. L'IDR correspond, quant à lui, à l'inverse de l'indicateur nommé « taux de desserte extrarégionale pondéré », car il décrit plutôt la part des hospitalisations qui a été produite par la région pour ses résidents par rapport à l'ensemble des hospitalisations faites dans la région. Le NIRRU est, quant à lui, un indice mesurant le degré de lourdeur des ressources déployées pour le traitement d'un

patient. Aussi, nous avons tenu compte des hospitalisations hors du Québec afin de les inclure dans le calcul en supposant un NIRRU égal à celui de la région à laquelle appartient l'usager traité à l'étranger. Au terme de l'exercice, ce calcul a finalement permis d'ajuster les données afin de réallouer la portion des ressources utilisée pour une hospitalisation à la région qui a réellement fourni les soins de santé. Cet exercice a d'abord été fait au niveau des dépenses nettes en santé physique, car cet indicateur est particulièrement sensible à la mobilité interrégionale (voir le tableau ci-contre).

Dépenses nettes en santé physique par habitant, en $CAN, 2006-2007

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES		
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE
Données non ajustées	1004	773	1062	447	380	381	411	388	708	687	535	496	686	852	854
Données ajustées pour tenir compte de la mobilité interrégionale	728	660	764	609	580	536	526	547	852	712	651	560	780	1285	1405

Une analyse particulière a également permis de constater que la question de la mobilité interrégionale peut influer sur les résultats rattachés à certains indicateurs en acquisition des ressources ; par conséquent, elle peut aussi avoir une répercussion sur les résultats en pourcentage d'atteinte des balises. Selon notre simulation basée sur un calcul prenant en considération la mobilité, les résultats moyens pour les trois sous-dimensions liées à l'acquisition des ressources (financières, humaines et d'infrastructures) seraient augmentés d'un peu plus de 20 points de pourcentage d'atteinte de la balise dans le groupe des régions universitaires, de près de 8 points pour les régions intermédiaires, alors qu'ils resteraient relativement inchangés pour les régions en périphérie des régions universitaires. Dans les régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue augmenterait son score de plus de 9 points, mais la Côte-Nord en perdrait 1, alors que la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine en perdrait plus de 7. Cependant, l'influence de la mobilité interrégionale devient moins grande lorsqu'on l'évalue au sein de la fonction d'adaptation dans son ensemble.

La production

Le Tableau R2 présente les indicateurs de monitorage pour la fonction de production pour l'ensemble des régions du Québec selon la même méthode décrite précédemment. Pour cette fonction, la situation est moins contrastée qu'en adaptation. Néanmoins, certaines régions se distinguent par une concentration plus importante d'indicateurs défavorables, par exemple Montréal et l'Outaouais, ou favorables, par exemple le Saguenay—Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

La situation de Montréal mérite une attention particulière, alors que cette région obtient des scores d'atteinte des balises de performance particulièrement bas comparativement à ceux des autres régions en ce qui concerne l'accessibilité des services préventifs et la productivité. Dans l'ensemble, Montréal se situe dans les trois régions qui ont obtenu les scores de production les plus faibles. Certes, cet état de situation peut être associé à la mission suprarégionale de la région métropolitaine, qui doit desservir un bassin de population plus vaste que celui de son territoire. Néanmoins, les résultats obtenus portent au questionnement, les résidents de l'île de Montréal semblant bénéficier d'une production moindre que celle des autres régions. Comment les missions complémentaires de la métropole interagissent-elles pour déterminer la prestation locale de services ? Cela demeure une question à laquelle une attention devrait être apportée. À l'échelle provinciale, les scores moyens d'atteinte des balises varient de 64,2 % à 78,6 % (voir le Tableau R2 à la fin de la présente section).

Les indicateurs de la fonction de production spécifiques de la première ligne de soins à l'échelle régionale

Le Tableau R6, à la fin de cette section, présente les indicateurs de la fonction de production. Encore ici, l'importance de la variabilité est manifeste, aucune région ne présentant une vue d'ensemble entièrement favorable ou défavorable, à l'exception de la Capitale-Nationale, qui se distingue favorablement dans le cas de quatre indicateurs, et de Lanaudière, qui présente cinq indicateurs défavorables. Néanmoins, les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Outaouais et de Laval sont les autres régions qui affichent une production moins élevée. Les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont les autres régions qui présentent une production enviable, comparativement à la moyenne provinciale.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

Peu d'indicateurs sont disponibles pour analyser la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle à l'échelle des régions du Québec. Le Tableau R3, à la fin de cette section, présente les résultats pour les huit indicateurs disponibles. Peu d'observations peuvent être tirées d'un ensemble aussi limité d'indicateurs, sinon que les performances des régions varient à cet égard et que les scores globaux varient grandement, soit de 47,6 % à 100 %.

Par conséquent, une grande prudence s'impose dans l'interprétation des résultats. Dans cette perspective, nos travaux auront pour but de complémenter l'analyse de cette fonction dans nos évaluations futures. Néanmoins, une certaine tendance est présente et suggère que les régions éloignées et celles qui sont situées en périphérie des régions universitaires présentent généralement des défis particuliers à l'égard de l'utilisation des ressources humaines. À ce sujet, les régions intermédiaires et universitaires présentent, pour la plupart, des scores plus enviables. Encore ici, Montréal fait exception avec un faible score d'atteinte des balises, qui se situe à 48,8 %, avec la plus haute proportion des heures supplémentaires utilisées par le personnel infirmier et le recours aux agences privées.

Les indicateurs du développement et du maintien de la culture organisationnelle spécifiques de la première ligne de soins à l'échelle régionale

Peu d'indicateurs spécifiques sont disponibles pour évaluer la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle de la première ligne de soins. Néanmoins, certaines variations émergent et suggèrent des profils particuliers, les régions éloignées et intermédiaires, à l'exception de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, ayant une concentration d'indicateurs défavorables (voir le Tableau R7 à la fin de cette section).

L’atteinte des buts

Riche d’un ensemble vaste et équilibré d’indicateurs, la fonction d’atteinte des buts est la fonction qui présente les variations les moins importantes entre les régions du Québec. Cela peut résulter de la grande diversité des indicateurs recensés, du fait que ces indicateurs sont sensibles, à des degrés divers, aux facteurs de changement et à leurs effets dans le temps ou, encore, à l’influence d’un ensemble de facteurs extérieurs au système de santé et de services sociaux.

Les indicateurs analysés pour cette fonction (voir le Tableau R4 à la fin de la présente section) suggèrent une performance variable entre les régions, alors qu’aucune n’obtient seulement des indicateurs favorables ou défavorables. Néanmoins, les régions de l’Outaouais, de l’Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord concentrent un ensemble important d’indicateurs défavorables et obtiennent des scores moyens d’atteinte des balises de performance de 70,2 %, de 73,0 % et de 77,6 %, respectivement. Inversement, les régions de la Chaudière-Appalaches et de Laval concentrent un nombre important d’indicateurs favorables et atteignent les meilleurs degrés d’atteinte des balises de performance au Québec avec 83,9 % et 87,3 %, respectivement. Les régions universitaires obtiennent des résultats moyens pour la fonction d’atteinte des buts.

Les indicateurs de l’atteinte des buts spécifiques de la première ligne de soins à l’échelle régionale

Finalement, les indicateurs spécifiques de la première ligne en ce qui concerne l’adaptation démontrent une grande variabilité entre les régions du Québec. Les régions de l’Outaouais, de l’Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord sont celles qui concentrent le plus d’indicateurs défavorables, les régions de la Chaudière-Appalaches et de Laval présentant le plus d’indicateurs favorables (voir le Tableau R8 à la fin de la présente section).

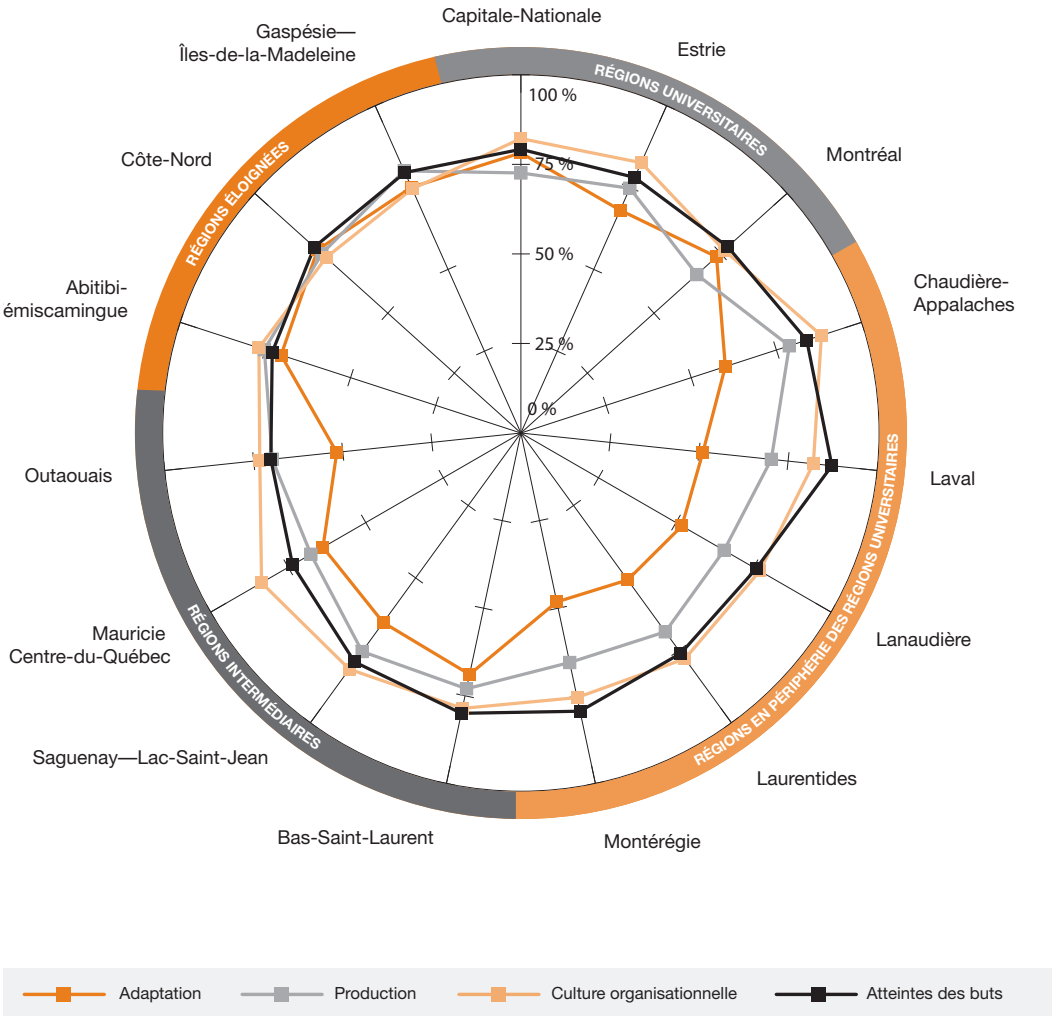
Aperçu global de la performance à l'échelle des régions

L'analyse des différents indicateurs relatifs aux fonctions d'adaptation, de production, de développement et de maintien de la culture organisationnelle et d'atteinte des buts suggère une grande variabilité sur le plan de la performance des différentes régions du Québec. La Figure 12 illustre le score moyen relatif à l'atteinte des balises pour les quatre fonctions analysées. Cette figure illustre comment la fonction d'adaptation est celle qui présente la plus grande variabilité entre les régions du Québec, allant d'un peu moins de 50 % (Montérégie) à un peu plus de 75 % (Capitale-Nationale) en matière d'atteinte moyenne des balises. De façon notable, l'ensemble des régions en périphérie des régions universitaires ainsi que la région de l'Outaouais présentent une capacité en adaptation qui est inférieure à celle des autres régions du Québec. En contrepartie, les régions universitaires et les régions éloignées présentent les meilleurs niveaux moyens pour ce qui est de l'atteinte des balises en adaptation. Ces observations sont importantes et elles illustrent bien la dynamique qui existe entre les régions du Québec en ce qui concerne l'allocation des ressources humaines, financières et technologiques. Ces résultats décrivent aussi les missions différentes des régions universitaires et la situation géographique défavorable des régions éloignées, deux aspects ayant des conséquences importantes sur le niveau des ressources nécessaires.

L'ANALYSE DES DIFFÉRENTS INDICATEURS RELATIFS AUX FONCTIONS D'ADAPTATION, DE PRODUCTION, DE DÉVELOPPEMENT ET DE MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE ET D'ATTEINTE DES BUTS SUGGÈRE UNE GRANDE VARIABILITÉ SUR LE PLAN DE LA PERFORMANCE DES DIFFÉRENTES RÉGIONS DU QUÉBEC.

Figure 12

Degrés d'atteinte des balises pour les quatre fonctions dans les régions du Québec, en %



La deuxième fonction qui présente une variabilité importante entre les régions du Québec est celle de la production (voir la Figure 12 ci-dessus). Encore ici, les régions éloignées et intermédiaires présentent des moyennes d'atteinte de la balise qui, dans l'ensemble, sont favorables. En ce qui concerne la fonction de production, les régions universitaires ne présentent pas des scores moyens en atteinte des balises qui sont aussi favorables que pour celles qui sont présentées dans la fonction d'adaptation. Cet état de situation est marqué dans la région de Montréal particulièrement, laquelle présente le plus bas degré en ce qui concerne l'atteinte moyenne des balises. Finalement, les régions en périphérie des régions universitaires sont, en général, celles qui présentent les degrés les plus bas pour ce qui est de l'atteinte de la balise en production.

La fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle présente des scores moyens en ce qui concerne l'atteinte de la balise qui, dans l'ensemble, sont plus uniformes entre les différentes régions du Québec. Cette fonction obtient les meilleurs degrés moyens. À cet égard, les régions les plus performantes sont les régions intermédiaires et les régions en périphérie des régions universitaires ainsi que les régions universitaires de la Capitale-Nationale et de l'Estrie. Dans l'ensemble, la région de Montréal et les régions éloignées ont des indicateurs moins favorables en ce qui a trait à la culture organisationnelle.

Finalement, le placement des régions en ce qui concerne la fonction d'atteinte des buts suggère des variations moindres d'une région à l'autre. Néanmoins, certaines régions se distinguent favorablement et d'autres, en ce qui concerne l'atteinte des balises, présentent des scores légèrement en dessous du niveau d'ensemble. Une telle absence de profil particulier et de faibles variations entre régions peut être le reflet de la grande diversité d'indicateurs recensés dans cette fonction, certains pouvant être le reflet d'actions récentes du système de santé et de services sociaux, alors que d'autres sont le reflet d'actions réparties sur de plus longues périodes ou sont tributaires d'autres déterminants de la santé extérieurs au système de santé et de services sociaux. Néanmoins, ces résultats sont, dans l'ensemble, très positifs, car aucune région ne présente, comparativement aux autres régions du Québec, des degrés très défavorables en ce qui a trait à l'atteinte des balises.

La relation entre les différentes fonctions

La Figure 13 ci-après présente, pour chacune des régions du Québec, la mise en relation des degrés d'atteinte des balises de performance pour les fonctions d'adaptation et de production. Les régions qui présentent la meilleure performance en ce qui concerne l'adaptation sont-elles celles qui produisent le plus de services et les services de plus grande qualité ? Le graphique illustre clairement le placement différent des régions en périphérie des régions universitaires et de l'Outaouais. Pour la fonction de production, ces régions présentent des degrés d'atteinte de la balise qui se révèlent supérieurs à ceux obtenus pour la fonction d'adaptation. De façon inverse, les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal présentent des niveaux de production inférieurs à ce qui serait attendu compte tenu de leur performance eu égard à l'adaptation. La situation est particulièrement défavorable pour Montréal qui, avec un résultat se situant à près de 75 % pour ce qui est de l'atteinte des balises en adaptation, présente une production semblable à celle de Lanaudière et de la Montérégie, deux régions ayant un niveau d'adaptation de plus de 20 points de pourcentage inférieur à celui de Montréal. Encore ici, la mobilité des usagers, faisant en sorte que des personnes d'autres régions obtiennent des services dans ces régions universitaires, suggère une prudence dans les conclusions à tirer de tels résultats. Néanmoins, ces résultats laissent comprendre que les populations de Montréal, malgré la production élevée dans l'ensemble de la région, n'en bénéficient pas à la hauteur de l'adaptation dans leur région.

Figure 13

Répartition des performances régionales : mise en relation des fonctions d'adaptation et de production, en %



De plus, la région de la Chaudière-Appalaches présente la meilleure performance à l'égard de la production pour un niveau d'adaptation qui, à 60 %, est pourtant moyen. À cet égard, la région de la Chaudière-Appalaches se distingue ainsi des autres régions en périphérie des régions universitaires. Les autres régions du Québec présentent un niveau de production qui se révèle en équilibre avec le niveau d'adaptation, bien qu'elles présentent une performance légèrement supérieure dans le domaine de la production.

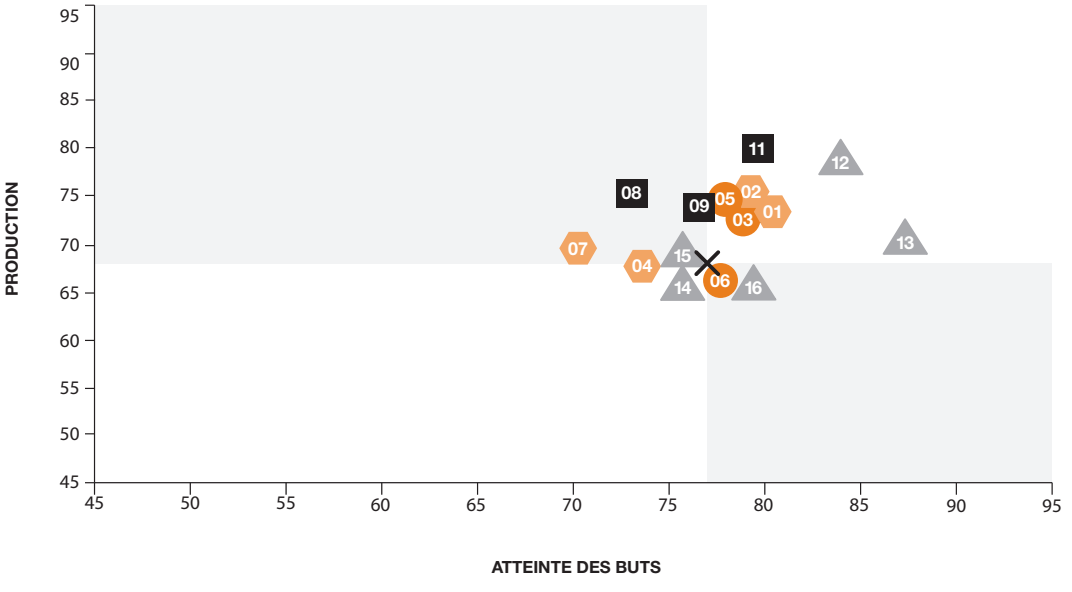
Par contre, une certaine prudence demeure nécessaire dans l'interprétation de tels résultats. Premièrement, si les régions universitaires présentent un niveau d'adaptation nettement supérieur à celui des autres régions du Québec, cette performance résulte, principalement, comme nous l'avons déjà souligné, du nombre important de ressources humaines et financières qui y sont générées, particulièrement en ce qui concerne Montréal et la Capitale-Nationale, dont la mission est supranationale. La variation importante que l'on retrouve entre les régions quant à leur capacité à s'adapter — obtenir des ressources, mettre en place et organiser leur système d'offre de soins — est ainsi fortement tributaire de l'allocation de ressources financières et de la distribution des ressources humaines au Québec. En effet, les autres sous-dimensions portant sur l'adaptation, telles que l'acquisition de ressources d'infrastructures, les innovations technologiques, la réponse aux besoins de la population et la mobilisation des communautés, présentent une variation moindre. Deuxièmement, la mobilité des usagers peut également influer quelque peu sur les résultats en production pour certains indicateurs dont ceux provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Par exemple, l'indicateur portant sur les mammographies recense les répondants sur une base territoriale sans égard au lieu où le service a été reçu. Autrement dit, une mammographie faite à Montréal sur une résidente de Laval sera attribuée à la région de Laval, même si la mammographie a été faite à Montréal.

En bref, cela suggère d'abord que la production n'est pas un reflet direct des niveaux d'adaptation atteints à l'échelle régionale. Cela souligne également la nécessité de raffiner notre mesure de l'adaptation compte tenu des modes actuels d'allocation des ressources et des missions diversifiées à l'échelle des régions.

Un autre contraste intéressant consiste en la mise en relation des fonctions de production et d'atteinte des buts. Les régions réussissant à produire de plus grands volumes de services et une plus grande qualité des services sont-elles celles où l'on trouve la meilleure atteinte des buts ? La Figure 14 illustre cette mise en relation.

Figure 14

Répartition des performances régionales : mise en relation des fonctions de production et d'atteinte des buts, en %



RÉGIONS UNIVERSITAIRES

- 03 Capitale-Nationale
- 05 Estrie
- 06 Montréal

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie

RÉGIONS INTERMÉDIAIRES

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay—Lac-Saint-Jean
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 07 Outaouais

RÉGIONS ÉLOIGNÉES

- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

× Ensemble du Québec

En général, une certaine tendance se retrouve : une plus grande production s'accompagnerait d'une meilleure atteinte des buts. Encore une fois, les régions de la Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se distinguent par le fort degré d'atteinte des balises, autant pour la production que pour l'atteinte des buts. Une analyse plus raffinée des différentes sous-dimensions portant sur la production et l'atteinte des buts suggère que cette excellente performance pourrait résulter du fait que les indicateurs leur sont favorables en ce qui concerne l'efficacité globale, les traumatismes et les indicateurs de la sous-dimension portant sur l'efficacité-morbidité. Inversement, l'Outaouais obtient une faible performance en ce qui concerne l'atteinte des buts, ce qui peut être mis en rapport avec ses résultats en production qui, eux aussi, sont plus faibles. Ici également, la prudence est de mise, puisque les régions présentent aussi des profils démographiques et socioéconomiques variés, qui peuvent influer sur divers indicateurs de l'atteinte des buts, au-delà de l'impact du système de santé et de services sociaux.

Finalement, un groupe de régions se distinguent de cette tendance avec un degré d'atteinte des buts qui se révèle plus favorable que le niveau de production. Ces régions sont, principalement, des régions universitaires et des régions en périphérie des régions universitaires ayant une atteinte des buts supérieure au niveau de production, particulièrement dans les régions de Laval, de la Montérégie et de Montréal, qui se placent favorablement au Québec en ce qui concerne l'atteinte des buts, mais qui, en comparaison, présentent un rang beaucoup moins favorable pour la production.

TABLEAU P1
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : ADAPTATION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Total des dépenses de santé par habitant, en $CAN, 2007	Acquisition de ressources financières	4371
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2007		3135
Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB), 2007		11
Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé, 2007		72
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2006	Acquisition de ressources humaines	1,09
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2006		1,06
Taux d'infirmières, pour 1 000 habitants, 2006		8,3
Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants, 2007	Innovations technologiques	5,2

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	10 sur 10	4371	5390	5390	81,1 %
	10 sur 10	3135	4031	4031	77,8 %
	5 sur 10	7,3	14,4	14,4	78,2 %
	-	67,2	77,8	-	-
	2 sur 10	0,84	1,2	1,2	90,8 %
	1 sur 10	0,58	1,06	1,06	100 %
	7 sur 10	6,7	10,8	10,8	76,9 %
	6 sur 10	0,3	194,8	10,7	48,9 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province sauf pour le taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), où il s'agit du troisième meilleur résultat.

TABLEAU P2
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : PRODUCTION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2007	Accessibilité des services médicaux	71
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %, 2007		49,5
Proportion ajustée des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2007	Accessibilité des services préventifs	60,1
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005		50,5
Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,8
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour des tests diagnostiques, en %, 2005	Accessibilité des services diagnostiques	64
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une chirurgie non urgente, en %, 2005	Accessibilité des services chirurgicaux	37,9
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006		63,7
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006		85,5
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2005-2006	Qualité	380
Taux de césariennes, en %, 2005-2006		22,9
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2007	Productivité	75,2
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours, 2005		7,4

* 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).

RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
	MIN	MAX		
10 sur 10	71	92,2	92,2	77 %
2 sur 10	38,6	50,1	50,1	98,8 %
7 sur 10	48,3	71	71	84,6 %
4 sur 10	41,9	54,8	54,8	92,2 %
10 sur 10	69,8	82,2	82,2	84,9 %
1 sur 10	47,8	64	64	100 %
9 sur 10	36,3	51	51	74,3 %
10 sur 10	63,7	130,5	130,5	48,8 %
10 sur 10	85,5	190,8	190,8	44,8 %
3 sur 10	313	683	313	82,4 %
-	21,1	30,4	-	-
10 sur 10	75,2	82,6	82,6	91 %
5 sur 10	6	9,9	6	81 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P3
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Espérance de vie à la naissance, en années, 2005	Efficacité — santé globale	80,4
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2007		59,2
Indice fonctionnel global de l'état de santé : proportion de la population ayant des problèmes modérés ou graves, en %, 2005		19,9
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2007	Efficacité — facteurs de risque	15,3
Taux de tabagisme, en %, 2007		25,1
Taux de consommation d'alcool, en %, 2007		20,8
Prévalence du diabète, en %, 2007		5,9
Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1 000 adolescentes du même âge, 2004	Efficacité — santé maternelle et infantile	21,7
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2005		5,7
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2005		4,6
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2005		3,6

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	3 sur 10	78,2	81,2	81,2	99 %
	5 sur 10	54,7	62,5	62,5	94,7 %
	7 sur 10	14,5	22,5	14,5	72,9 %
	2 sur 10	11,5	22	11,5	75,2 %
	8 sur 10	17,8	25,9	17,8	70,9 %
	2 sur 10	18,5	32,3	18,5	88,9 %
	6 sur 10	4,5	8,8	4,5	76,3 %
	8 sur 10	12,2	32,4	12,2	56,2 %
	3 sur 10	5,4	6,6	5,4	94,7 %
	5 sur 10	2,2	8,3	2,2	47,8 %
	5 sur 10	2,2	5,2	2,2	61,1 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P3
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : ATTEINTE DES BUTS (SUITE)

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2007	Efficacité — santé mentale	75,3
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2004		14,4
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2005	Efficacité — morbidité	463,8
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2004		187,7
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2004		156,7
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2004		47,9
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002	Efficacité — mortalité évitable	1844,3
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		875,7
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002		167,6
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2001	Satisfaction globale	9,9
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2005		87,2

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	1 sur 10	67,1	75,3	75,3	100 %
	10 sur 10	5,9	14,4	5,9	41 %
	7 sur 10	403,9	503,4	403,9	87,1 %
	8 sur 10	158,1	198,2	158,1	84,2 %
	1 sur 10	156,7	256,3	156,7	100 %
	5 sur 10	40,3	64	40,3	84,1 %
	9 sur 10	1303,4	1871,5	1303,4	70,7 %
	4 sur 10	734,7	1265,2	734,7	83,9 %
	5 sur 10	145,8	225,6	145,8	87 %
	1 sur 10	9,9	13,5	9,9	100 %
	6 sur 10	83,3	89,3	89,3	97,6 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P4
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : ADAPTATION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion des médecins omnipraticiens rémunérés à plus de 90 % à l'acte, en %, 2007	Acquisition de ressources financières	40,8
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2006	Acquisition de ressources humaines	1,09
Taux de médecins d'urgence, pour 100 000 habitants, 2006		1,5
Taux d'infirmières, pour 1 000 habitants, 2006		8,3
Proportion des médecins généralistes pratiquant en groupe, en %, 2007	Acquisition de ressources d'infrastructures	48
Proportion des médecins généralistes utilisant des systèmes électroniques, en %, 2007	Innovations technologiques	18,5
Proportion des médecins généralistes utilisant le courriel pour communiquer avec leurs patients, en %, 2007		6,8
Proportion des médecins généralistes utilisant des dossiers médicaux informatisés, en %, 2007		1,8
Proportion des actes attribués aux médecins généralistes réalisés dans leur pratique, en %, 2007	Adaptation aux besoins de la population	40,3

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	4 sur 10	28	63,6	28	68,6 %
	2 sur 10	0,8	1,2	1,2	90,8 %
	4 sur 9	0,2	2,4	2,4	62,5 %
	7 sur 10	6,7	10,8	10,8	76,9 %
	8 sur 10	33,6	62,3	62,3	77 %
	10 sur 10	18,5	31,8	31,8	58,2 %
	10 sur 10	6,8	13,5	13,5	50 %
	9 sur 10	0	32,5	32,5	5,5 %
	10 sur 10	40,3	54,2	54,2	74 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P5
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : PRODUCTION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2005	Accessibilité des services médicaux	71
Proportion des personnes ayant obtenu un rendez-vous chez le médecin le jour même ou le jour suivant la demande, en %, 2007		30,8
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %, 2007		49,5
Proportion ajustée des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2007	Accessibilité des services préventifs	60,1
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005		50,5
Proportion ajustée des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,8
Proportion de la population ayant attendu plus de 2 heures pour obtenir des soins d'urgence, en %, 2007	Accessibilité des services d'urgence	59,9
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2005-2006	Qualité	380
Taux de césariennes, en %, 2005-2006		22,9
Paiement à l'acte brut moyen par équivalent à temps complet (ETC), en milliers de $CAN, 2005-2006	Productivité	171,2
Nombre moyen d'heures de travail hebdomadaire par médecin généraliste, 2007		46,1

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	10 sur 10	71	92,2	92,2	77 %
	2 sur 2	30,8	39	39	79 %
	2 sur 10	38,6	50,1	50,1	98,8 %
	7 sur 10	48,3	71	71	84,6 %
	4 sur 10	41,9	54,8	54,8	92,2 %
	10 sur 10	69,8	82,2	82,2	85 %
	2 sur 2	47	59,9	47	78,5 %
	3 sur 10	313	683	313	82,4 %
	-	21,1	30,4	-	-
	10 sur 10	171,2	267,1	267,1	64,1 %
	10 sur 10	46,1	53	53	87 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P6
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Proportion des médecins généralistes très ou assez satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, en %, 2007	Climat organisationnel — santé des professionnels	62,1
Âge moyen des généralistes, en années, 2006	Climat organisationnel — stabilité du personnel	48
Proportion des médecins généralistes ayant réduit leur nombre d'heures de travail au cours des deux dernières années, en %, 2007		26,5
Proportion des médecins généralistes voulant réduire leur nombre d'heures de travail au cours des deux prochaines années, en %, 2007		37

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	3 sur 10	49,9	67,4	67,4	92,1 %
	4 sur 10	46,5	49,5	46,5	96,9 %
	4 sur 10	20,5	30,7	20,5	77,4 %
	10 sur 10	27,9	37	27,9	75,4 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU P7
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	QUÉBEC
Espérance de vie à la naissance, en années, 2005	Efficacité — santé globale	80,4
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé bonne, très bonne ou excellente, en %, 2007		59,2
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2007	Efficacité — facteurs de risque	15,3
Taux de tabagisme, en %, 2007		25,1
Taux de consommation d'alcool, en %, 2007		20,8
Prévalence du diabète, en %, 2007		5,9
Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1 000 adolescentes du même âge, 2004	Efficacité — santé maternelle et infantile	21,7
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2005		4,6
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2005		3,6
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2007	Efficacité — santé mentale	75,3
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2004		14,4
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2004	Efficacité — morbidité	187,7
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2004		156,7
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2004		47,9
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2005	Satisfaction globale	87,2

* 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).

	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
	3 sur 10	78,2	81,2	81,2	99 %
	5 sur 10	54,7	62,5	62,5	94,7 %
	2 sur 10	11,5	22	11,5	75,2 %
	8 sur 10	17,8	25,9	17,8	70,9 %
	2 sur 10	18,5	32,3	18,5	88,9 %
	6 sur 10	4,5	8,8	4,5	76,3 %
	8 sur 10	12,2	32,4	12,2	56,2 %
	5 sur 10	2,2	8,3	2,2	47,8 %
	5 sur 10	2,2	5,2	2,2	61,1 %
	1 sur 10	67,1	75,3	75,3	100 %
	10 sur 10	5,9	14,4	5,9	41 %
	8 sur 10	158,1	198,2	158,1	84 %
	1 sur 10	156,7	256,3	156,7	100 %
	5 sur 10	40,3	64	40,3	84,1 %
	6 sur 10	83,3	89,3	89,3	97,6 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.
*** Le taux choisi pour la balise correspond au résultat obtenu par la meilleure province.

TABLEAU R1
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES: ADAPTATION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Dépenses nettes en santé par habitant, en $CAN, 2006-2007	Acquisition de ressources financières	2563	2082	2736
Dépenses publiques de santé par habitant, en $CAN, 2006-2007		4243	3483	4482
Dépenses nettes en santé physique par habitant, en $CAN, 2006-2007		1004	773	1062
Dépenses nettes pour le programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans ou plus, en $CAN, 2006-2007		2034	2073	2371
Dépenses nettes en services sociaux et réadaptation par habitant, en $CAN, 2006-2007		506	363	471
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		93 %	76,4 %	97,8 %
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2007	Acquisition de ressources humaines	1,27	1,18	1,03
Taux de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants, 2007		1,61	1,29	1,95
Taux des effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants, 2006-2007		35,1	29,7	35,6
Taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC), pour 1 000 habitants, 2006-2007		9	6,8	7,5
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		87,5 %	72,2 %	84,7 %
Taux de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants, 2006-2007	Acquisition de ressources d'infrastructures	2,6	2,1	2,6
Taux de lits de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans ou plus, 2006-2007		40,1	34,8	49,9
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		90,2 %	74,8 %	99,4 %
Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2006	Innovations technologiques	107,1	91	88,5
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2006		23,9	20,6	21,8
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		62,9 %	53,8 %	54,6 %
Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants, 2006-2007	Adaptation aux besoins de la population	70	82	61
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		58,3 %	68,3 %	50,8 %
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $CAN, 2007-2008	Mobilisation de la communauté	54,9	49,1	47,5
Proportion de la population inscrite en groupe de médecine familiale (GMF), en %, 2008		26,7	28,8	5,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		59,1 %	59,3 %	27,6 %
Taux de rétention des hospitalisations pondérées, en %, 2006-2007	Attraction des clientèles	97,4	91,5	96,1
Taux de desserte extrarégionale pondérée, en %, 2006-2007		32,9	17,6	35,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		96,5 %	71,9 %	99,3 %
TOTAL ADAPTATION, en % atteinte de la balise		**78,2 %**	**68,1 %**	**73,5 %**

* 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).

(—) 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

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
1592	1260	1335	1297	1275	2213	1959	1826	1512	2174	2516	2639	1975	2806	9434	7084
2614	2104	2242	2130	2145	3667	3265	2914	2334	3650	3888	4411	3470	4301	12031	10741
447	380	381	411	388	708	687	535	496	686	852	854	690	1040	3111	2800
2039	1531	1832	1771	1814	2476	1746	2042	1918	2320	2299	2327	2061	3144	19321	4336
370	300	318	300	267	430	415	398	333	451	481	504	388	252	1613	1196
62,8 %	50 %	54,3 %	52,9 %	51,4 %	82,9 %	72,3 %	68,7 %	59,5 %	81,7 %	89,4 %	93,8 %	74,9 %	88,7 %	100 %	100 %
0,97	0,84	0,83	0,88	0,87	1,26	1,04	0,91	0,88	1,28	1,65	1,85	1,02	-	-	-
0,65	0,6	0,56	0,49	0,61	0,99	0,8	0,72	0,61	0,96	0,75	1,02	1,09	-	-	-
22,6	17,5	17,8	17,2	16,8	30,1	27,9	24,7	20,2	30	30,1	33,9	26,2	32,3	66,7	56,7
4,9	3,6	3,8	3,5	3,6	6,8	6,6	5,5	4,1	6,5	6,9	7,7	5,8	9	12,6	8
50,9 %	41,3 %	41,3 %	39,9 %	41,3 %	69,6 %	62,2 %	54,1 %	45,4 %	68,6 %	72,2 %	83,1 %	62,1 %	95,1 %	100 %	94,3 %
1,3	1,1	1,2	1,4	1,3	2,3	2,6	2	1,5	2,1	2,2	2,6	1,9	2,5	1,4	-
39,7	27,4	34,1	30,9	30,9	39,8	32,4	34,7	34,5	39,2	38,1	36,2	38,5	28	32,1	-
65,1 %	48,7 %	56,1 %	57,8 %	55,8 %	83 %	82,2 %	73,2 %	63,8 %	79 %	79,7 %	84,8 %	75,4 %	76,2 %	59,3 %	-
119	78,6	82,5	95,3	85,9	116,5	122,6	108,5	98,2	111,3	119,4	167	97	120,2	79,8	60,9
26,9	24,2	22,4	20,8	16,3	18,4	14,9	22,6	10	18,3	38,8	14,8	20,6	18,7	19,7	11,8
70,3 %	54,7 %	53,6 %	55,3 %	46,7 %	58,6 %	55,9 %	61,6 %	42,3 %	56,9 %	85,7 %	69,1 %	55,6 %	60,1 %	49,3 %	33,4 %
80	70	80	82	74	87	97	81	71	100	113	120	75	130	316	157
66,7 %	58,3 %	66,7 %	68,3 %	61,7 %	72,5 %	80,8 %	67,5 %	59,2 %	83,3 %	94,2 %	100 %	62,5 %	100 %	100 %	100 %
45	39,1	44,4	36,7	40,5	67,7	64	59,4	63,2	79,1	97,3	116,9	51,1	223	546,6	-
31,6	18,8	22,8	11,7	17,7	27,7	17,8	37,5	15,8	29,4	27,8	8,6	18,1	-	-	-
61,3 %	41,7 %	49,4 %	31,3 %	40,9 %	65,9 %	51,1 %	75,4 %	48 %	73 %	78,7 %	61,5 %	46 %	100 %	100 %	-
65,9	47,7	61,7	65,7	68,1	77,6	91,3	77,8	78,4	79,8	64,1	60,7	78,2	46,7	46,4	16,9
6,1	27,4	7,2	11,3	3,2	7	4,5	4,1	2,5	6,6	1,4	1,7	20,6	29,8	0,6	0,8
42,5 %	63,3 %	41,9 %	49,7 %	39,5 %	49,8 %	53,2 %	45,8 %	43,9 %	50,3 %	34,8 %	33,6 %	69,2 %	66,1 %	24,6 %	9,7 %
60 %	**51,1 %**	**51,9 %**	**50,7 %**	**48,2 %**	**68,9 %**	**65,4 %**	**63,8 %**	**51,7 %**	**70,4 %**	**76,4 %**	**75,1 %**	**63,7 %**	**83,7 %**	**76,2 %**	**67,5 %**

TABLEAU R2
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES : PRODUCTION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2007	Accessibilité des services médicaux	79,5	76,1	64,3
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2006		1,04	1,01	0,94
Indice de consommation des services médicaux spécialisés, 2006		1,11	1,04	1,15
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		85,8 %	81,7 %	78,7 %
Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2007	Accessibilité des services préventifs	64,9	63	53,2
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005		80,3	80,4	70,2
Proportion ajustée des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		69,1	69,2	70,5
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		91,1 %	90,4 %	82,4 %
Proportion des appels répondus par Info-Santé en moins de 4 minutes, en %, 2005-2006	Accessibilité des services d'orientation	72,6	83,3	74,2
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		73,2 %	84,0 %	74,8 %
Taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux, pour 1 000 habitants, 2007-2008	Accessibilité des services sociaux	6,8	8	6,9
Intensité des services sociaux : nombre d'interventions par usager, 2007-2008		1,9	3,8	4,3
Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours, 2007-2008		8,1	23,9	10,4
Délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, en jours, 2007-2008		7,6	25,5	14,5
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		56,1 %	40,4 %	54,7 %
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, 2007-2008	Accessibilité des services d'urgence	13,3	11	20,3
Proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, en %, 2007-2008		3,3	1,7	10,3
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		45,3 %	58,4 %	27,9 %
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Accessibilité des services chirurgicaux	48	50	51
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de 6 mois, en %, 2008		3,3	9	2,5
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants, 2001-2005		58	50	48
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de 6 mois, en %, 2008		5,4	17,7	7,1
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de 6 mois, en %, 2008		0,3	0,2	0,4
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de 6 mois, en %, 2008		4,1	10,6	12,9
Proportion des personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 6 mois, en %, 2008		4,1	4,6	5,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		89,4 %	85,1 %	87 %

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	82,3	69,7	76,1	72,7	75,3	84,9	87,1	73,6	75	66,9	80,2	78,6	73,5	70,9	-	-
	1,01	0,99	1,01	1,03	0,97	1,03	1	0,88	0,96	1,1	1,5	1,37	1	2,69	3,65	3,47
	0,95	0,99	0,94	0,88	0,96	0,92	0,88	0,91	0,7	0,87	0,93	1,05	1	0,8	1,17	0,86
	81,5 %	77,4 %	79 %	76,2 %	78,3 %	82 %	81,2 %	74 %	70,4 %	75,5 %	91,1 %	91,1 %	79,4 %	83,6 %	100 %	87,5 %
	60,4	60,9	64	60,5	62,1	61,8	76,1	59,7	60,9	58,1	68,6	55,9	60,1	71,8	-	-
	76,9	69	67,9	73,4	75,8	77,3	79,6	70,9	76	75,9	70,5	73,3	74	-	-	-
	68,6	71	71,5	78,3	68,4	62,8	45,4	56,8	72,3	69,9	65,5	70,6	68,5	70,2	-	-
	87,5 %	85,5 %	86,6 %	90,3 %	87,7 %	85,9 %	85,7 %	79,7 %	89 %	86,7 %	87,2 %	84,9 %	86,2 %	92 %	-	-
	72,5	81,8	68,9	77,1	56,7	82,9	-	59,4	79,9	86	92,6	99,2	72,6	-	-	-
	73,1 %	82,5 %	69,5 %	77,7 %	57,2 %	83,6 %	-	59,9 %	80,5 %	86,7 %	93,3 %	100 %	73,2 %	-	-	-
	11	4,1	7,6	7,2	5,2	16,9	11,4	10,2	6,8	13,7	22,5	30,9	8	29,7	-	-
	2,9	3,9	3,1	3,3	4,4	4	4,1	3,6	3,4	3,9	4	3,5	3,7	2,9	-	-
	15,7	10,6	26,7	22,6	21,8	21,7	16,8	7,5	7,4	20,2	25,1	5,4	15,4	-	-	-
	18,3	14,2	28,9	21,6	22,1	16	35,5	16,5	7	16,2	42,7	8	19,8	-	-	-
	43,2 %	50,2 %	34,8 %	38,7 %	43,4 %	53,3 %	45,5 %	56,8 %	67,6 %	50,8 %	50 %	91,8 %	44,8 %	80,7 %	-	-
	11,9	17,4	22,3	16,3	18,9	12,6	10,7	14,2	20,7	11	11,5	13,4	16,5	-	-	-
	0,3	2,8	10,8	4,4	6,9	3,9	0,9	3,8	11,1	2,8	3,7	4,3	6,1	-	-	-
	95 %	36,5 %	25,4 %	36,5 %	30,7 %	46,4 %	69,2 %	41,9 %	27,2 %	54,5 %	50,7 %	43,7 %	35 %	-	-	-
	59	50	47	51	52	58	49	51	45	54	45	46	51	43	-	35
	0,6	8,3	3,9	0	2,3	0	0	2,1	0	0	5,5	3,7	2,8	-	-	-
	71	53	52	52	59	67	94	62	67	55	63	70	58	92	126	144
	2,1	9,6	16,4	0	3	0,6	0	5,8	0	0	7	1,6	6,1	-	-	-
	2,1	0,9	0,1	25,5	1	2	0,1	0,2	0,5	0,2	1,3	9,1	1,6	-	-	-
	5,4	23,4	15,3	7,8	14,1	3,8	5,7	11,1	23,3	6,6	24,8	10,7	11,7	5,4	-	-
	0,9	4,4	3	2,3	6,2	1,5	4,3	1,5	7,4	3	6,6	1,7	5	2,3	-	-
	94,9 %	84,9 %	85,2 %	86,6 %	89,2 %	94,5 %	96,1 %	90,3 %	88,1 %	91,4 %	85,4 %	89,4 %	88,7 %	90,8 %	100 %	79,7 %

TABLEAU R2
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES : PRODUCTION (SUITE)

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2001-2005	Qualité	337	484	359
Taux d'incidence de *C. difficile*, pour 10 000 jours-patients, 2006-2007		13,9	4,1	8,5
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants, 2006-2007		67,2	44,7	99,8
Taux de césariennes, en %, 2002-2006		22,6	16,4	23,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		72,3 %	86,7 %	69 %
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2007	Productivité	78,1	78,1	71,4
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus (ajustée), en jours, 2006-2007		6,5	6	7,3
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours, 2005-2006		10	8	14
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour hystérectomie, en jours, 2005-2006		4	4	7
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour fracture de la hanche, en jours, 2005-2006		11	12	15
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		67,8 %	71,5 %	53,9 %
TOTAL PRODUCTION, en % atteinte de la balise		**72,6 %**	**74,8 %**	**66,1 %**

* 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).

(—) 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

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	395	370	512	547	462	478	653	479	443	754	795	865	452	839	2463	1468
	7,8	4,8	14,5	15,8	5,5	8,5	3,4	11,7	12	3,5	3,2	7,8	9	-	-	-
	51,3	106,8	51,3	73,9	70,1	67,3	73,3	62,1	58,5	58,5	81,1	59,6	76,1	112,6	157,8	172,2
	23,1	19,2	20,9	20,2	20,9	23,7	20,8	20,2	21,8	20,9	23,4	21,7	21,8	23,4	-	-
	78,3 %	74,5 %	68,7 %	60,5 %	73,4 %	68,5 %	76,5 %	67,3 %	69,7 %	78,1 %	74,4 %	63,7 %	67,1 %	60 %	21 %	24,5 %
	77,3	75,2	82,2	74,7	77,3	74,1	78,4	71,3	74,6	70,8	78,6	73,6	75,2	61,5	-	-
	5,7	6,5	6,4	6,3	6,8	6	6,8	6,1	7,2	6,1	6,3	5,9	6,6	6,5	5,2	6,2
	9	11	8	8	10	8	8	10	10	13	8,5	6	11	11	2	26
	3	4	3	2	5	6	3	3	4	3	5	5	4	1	1	-
	9	7	11	9	12	9	11	10	10	5	14	9	12	-	-	7
	76,6 %	71 %	75,2 %	82,4 %	63,9 %	69,9 %	73,4 %	71,4 %	66 %	78,6 %	66,4 %	76,5 %	64,9 %	79,4 %	100 %	62,4 %
	78,8 %	**70,3 %**	**65,5 %**	**68,6 %**	**65,5 %**	**73 %**	**75,4 %**	**67,7 %**	**69,8 %**	**75,3 %**	**74,8 %**	**80,1 %**	**67,4 %**	**81,1 %**	**80,3 %**	**63,5 %**

TABLEAU R3
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES : DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion des employés occupant des postes, en %, 2005-2006	Climat organisationnel — statut d'emploi	72,6	69	74,9
Proportion des employés occupant des postes à temps complet régulier, par rapport au total des employés occupant des postes réguliers, en %, 2005-2006		67,3	66,9	65,9
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		95,4 %	92,8 %	95,9 %
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %, 2005-2006	Climat organisationnel — formation	1,2	1,1	1,2
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		62,4 %	56,8 %	61,4 %
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau, en %, 2005-2006	Climat organisationnel — utilisation des ressources humaines	2	2,2	2,7
Proportion des heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, en %, 2005-2006		3,9	3,3	9,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		78,4 %	80,8 %	48,8 %
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance-salaire, en %, 2005-2006	Climat organisationnel — santé des professionnels	5,4	5,8	5,1
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		93,5 %	88,3 %	100 %
Taux de départ des effectifs en emploi en début d'année, en % du total des effectifs, 2005-2006	Climat organisationnel — stabilité du personnel	8,6	8	9,4
Taux de départ des effectifs embauchés en cours d'année, en % du total des effectifs embauchés dans la même période, 2005-2006		24,7	19,7	26,2
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		81,1 %	94,2 %	75,5 %
TOTAL DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN CULTURE ORGANISATIONNELLE, en % atteinte de la balise		**82,2 %**	**82,6 %**	**76,3 %**

* 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).

(—) 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

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	70	73,3	71,2	67,5	72,1	70,4	69,2	69,7	76,6	70,4	74,7	69,8	72	68,6	32,5	29,2
	60,3	65	59	59	61,2	62,5	67,1	63	69,5	64,2	70	60,2	64,7	80,1	84,9	87,6
	88,7 %	94,3 %	88,6 %	86,1 %	90,8 %	90,5 %	93 %	90,5 %	99,7 %	91,8 %	98,7 %	88,6 %	93,2 %	94,8 %	71,2 %	69 %
	1,1	1,6	1,2	1,9	1,1	1	0,9	1,3	1,2	1,5	1,2	1,3	1,2	1,8	0,9	1,5
	59,4 %	86,2 %	65 %	100 %	58 %	53,1 %	45,7 %	68,7 %	64,9 %	78,1 %	62,6 %	67,1 %	64,9 %	96 %	48 %	80 %
	1,9	2,2	2,8	2,7	2,5	2,2	2,1	2,3	3,2	2,8	3,6	2,6	2,5	4,8	10,6	4,6
	2,4	8,1	5,1	5,4	5,3	2,7	2,5	3,4	6,9	4,5	5,2	3,8	6,2	9,3	13,7	6,7
	100 %	58,5 %	58,6 %	58,1 %	61,3 %	88,5 %	92,7 %	77,5 %	47,6 %	60,9 %	49,9 %	68,8 %	58 %	33,1 %	17,9 %	39 %
	5,1	5,3	6,1	6,8	5,6	6,1	6,3	5,4	6,4	6,6	6,5	7,8	5,6	5,8	4,5	3,8
	99,2 %	96,1 %	83,4 %	74,4 %	90,4 %	83 %	81,4 %	93,7 %	79,9 %	77 %	78,2 %	65,5 %	91 %	87,8 %	100 %	100 %
	8	8,1	7,1	9,8	8,4	9,3	7,3	7,6	10,4	8	9,6	8,7	8,8	10,3	20,5	2,1
	20	31,2	25,1	28,4	28,5	24,9	21,7	24	24,6	30,2	25,1	23,5	25,3	15,9	16,5	2,5
	93,8 %	75,6 %	89,2 %	70,9 %	77 %	77,6 %	94,3 %	87,8 %	74,2 %	76,8 %	76,3 %	83 %	79,4 %	84,5 %	67,3 %	100 %
	88,2 %	**82,1 %**	**77 %**	**77,9 %**	**75,5 %**	**78,6 %**	**81,5 %**	**83,6 %**	**73,3 %**	**76,9 %**	**73,2 %**	**74,6 %**	**77,3 %**	**79,2 %**	**60,9 %**	**77,6 %**

TABLEAU R4
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Espérance de vie à la naissance, en années, 2001-2005	Efficacité — santé globale	80,2	80	80,1
Espérance de vie à 65 ans, en années, 2001-2005		19,4	19,5	19,3
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2007		60,3	57,5	57,1
Indice fonctionnel global de l'état de santé : proportion ajustée de la population ayant des problèmes modérés ou graves, en %, 2003		11,5	12,1	16,2
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		93 %	91 %	85,7 %
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2007	Efficacité — facteurs de risque	15,2	10,7	12,4
Taux de tabagisme, en %, 2007		23,6	24,1	25,5
Taux de consommation d'alcool, en %, 2007		22,4	22,6	20,9
Prévalence du diabète, en %, 2007		5,6	5,1	6,4
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		75,8 %	84,7 %	76,4 %
Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins, pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans, 1999-2003	Efficacité — santé maternelle et infantile	13,8	18,8	24,9
Proportion des naissances de faible poids, en %, 2001-2005		5,4	6,1	5,9
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2001-2005		5,7	4,6	4,5
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2001-2005		4,4	3,6	3,6
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		69,3 %	70 %	68,4 %
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2007	Efficacité — santé mentale	76,7	75,8	71,9
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2005		4,4	4,2	5,5
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2003-2005		17,4	21,1	12
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		81,4 %	78,5 %	83,7 %
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Efficacité — traumatismes	22,7	29,5	20,9
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations et ayant fait l'objet d'un suivi médical, en %, 2005		7,2	8,2	6,3
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		76,6 %	63,3 %	85,5 %

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	80,4	81	78,9	79	79,8	79,9	78,7	79,3	78,7	78,1	78,7	79,4	79,7	78,6	63,5	77,3
	19,6	19,6	18,3	18,2	18,8	19,5	18,5	19	18,3	18	18,5	19,1	19	17,8	10,7	17
	55,1	61,1	64,8	61,9	61,9	56,8	63	55,4	57,9	55,4	55,1	57,4	59,2	58,8	-	-
	15,1	9,3	14,7	12,3	15,1	12,5	15,2	13,6	16,2	16,2	14,7	15,8	14,4	-	-	-
	86,5 %	98,6 %	88,5 %	90,4 %	87,9 %	90 %	87,5 %	87,2 %	84,3 %	82,8 %	85 %	85,7 %	87,8 %	92,9 %	66,5 %	91,1 %
	13,4	15,6	16	17,3	17,8	18,7	14,1	15,8	20,5	16,6	14,8	18,5	15,3	22	-	-
	21,3	23,8	28,9	23,8	24,1	22,1	21,3	28,6	29,8	27,5	29,8	26,9	25,1	25,1	-	-
	22,9	12,7	23,8	21,8	17,5	20	26,3	21,4	21,7	24,6	24,7	22,7	20,8	30,1	-	-
	5	7,4	6,1	6,3	5,3	6,1	4,9	6,3	4,8	5,3	8,4	5,8	5,9	4,1	-	-
	82,8 %	80,7 %	68,2 %	71,4 %	77,9 %	73,9 %	80,5 %	69,4 %	70,5 %	71 %	63,1 %	68,9 %	74,3 %	68,9 %	-	-
	8,4	18,6	17,8	19,6	16,9	8,5	13,9	15,5	20,7	15,6	25,7	11,8	18,2	17	85,7	57,5
	4,9	5,5	6,1	5,5	5,5	5,3	5,4	5,7	5,8	6,6	5,5	6,1	5,7	5,9	5,9	2,8
	4,2	4,1	4,8	4,2	3,9	4,7	4,9	5	6,2	4,2	4,2	3,8	4,6	-	17,3	6,2
	3,3	3,3	3,6	3,5	3,2	4	3,8	3,8	4,8	3	2,6	-	3,6	-	8,3	-
	92,3 %	76,4 %	69,7 %	74,2 %	79,4 %	84,3 %	74,3 %	71,1 %	60,1 %	76,3 %	78,1 %	83,8 %	71,7 %	66,2 %	36,5 %	58,6 %
	70,8	75	77,8	78,4	78	71,7	76,6	76,5	78,7	72,2	77,7	71,5	75,3	80,3	-	-
	3,8	4,3	5,1	5	3,6	3,6	3,8	4,9	6,8	5,7	7,2	4,6	4,7	-	-	-
	22	11,3	15,2	16,1	14,3	25,7	19,1	22,6	15,6	23,9	19,4	21	16,3	-	-	-
	78,6 %	93 %	81,1 %	80,5 %	92,6 %	78,3 %	83,7 %	73,5 %	75 %	67,4 %	69 %	74,3 %	80,4 %	100 %	-	-
	32,8	16,5	29,4	25,2	26,3	31,9	37,6	32,9	25,5	42,9	38,3	36,2	26,5	34,4	165,8	51,6
	7	5,8	7,7	7,5	7,5	6,6	5,8	9,1	7,7	6,9	6,8	6,7	7,1	114	185,5	86
	66,6 %	100 %	65,7 %	71,4 %	70 %	69,8 %	71,9 %	56,9 %	70 %	61,3 %	64,2 %	66,1 %	72 %	26,5 %	6,5 %	19,4 %

TABLEAU R4
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES : ATTEINTE DES BUTS (SUITE)

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2005	Efficacité — morbidité	522,1	574,7	465,9
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2001-2005		222,5	219,9	218,2
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2001-2005		187,8	192,4	206,2
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2001-2005		60,6	54,7	55,9
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		88 %	87,8 %	90,4 %
Taux ajusté de mortalité évitable, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Efficacité — mortalité évitable	72,9	68,6	84,3
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2001-2005		1347	1390	1381
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2001-2005		598	655	724
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2001-2005		136	106	148
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		87,9 %	92,1 %	78,9 %
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2005	Satisfaction globale	9,8	10,3	13,4
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2006-2007		96,1	94,6	90,7
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		91,3 %	88,5 %	77,3 %
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio, 2000-2004	Équité	1,27	1,41	1,37
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour la mortalité infantile, ratio, 2000-2004		1,05	1,43	1,58
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio, 2000-2004		1,72	1,52	1,59
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio, 2000-2004		1,60	1,46	1,51
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, 2000-2004		1,85	2,47	0,97
Total sous-dimension, en % atteinte de la balise		49,4 %	47,2 %	52,9 %
TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % atteinte de la balise		**79,2 %**	**78,1 %**	**77,7 %**

* 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).

(—) 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 moyenn

	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES				RÉGIONS ISOLÉES		
	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC	NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
	491,4	477	536,5	556,8	489,2	488,8	505,2	518,3	473,2	442,1	541,4	585,8	499,3	576,6	612,5	255,3
	212,7	218,3	250,9	244,9	226,7	219,3	252,1	224,4	239	242,2	263,6	248,5	226,7	293,9	430,1	168,3
	183,6	179,6	206,8	219,8	215,6	194,5	189,2	205	223,3	222,3	189,1	202,3	203	129	347,6	198,8
	61,3	46	70	65,9	58,1	69,1	66,6	68	63,5	71,4	68,7	55,8	60	71,5	312,4	161,7
	90,7 %	97,5 %	79,9 %	79,4 %	86,7 %	86,6 %	84 %	83,8 %	83,8 %	83,3 %	81,1 %	83,1 %	86,9 %	78,3 %	47 %	79,7 %
	64,3	71,5	81,7	80,2	79	68,4	78,8	80,4	91,2	83,4	77	72,8	78,5	67,4	111,6	72,2
	1296	1305	1546	1543	1406	1419	1562	1429	1543	1613	1568	1708	1423	1640	2684	399
	539	555	705	659	676	586	679	704	833	670	701	547	670	600	1073	740
	134	105	131	108	120	154	135	145	159	187	118	171	135	118	795	513
	94,6 %	96,6 %	79,8 %	85,8 %	85,2 %	86,4 %	80,4 %	79,9 %	71,3 %	73,5 %	83 %	81 %	82,8 %	88,3 %	42,3 %	70,6 %
	8,2	12,9	14,3	12	12,4	9,8	13	12,8	16,9	14,2	9,3	8,3	12,3	-	-	-
	95,7	93,2	92,9	91,2	93,6	95,5	95,4	93,8	89	94,1	93,5	97,2	92,9	95,6	-	-
	99,2 %	79,7 %	76,5 %	81,1 %	81,2 %	91 %	80,6 %	80,3 %	70 %	77,3 %	92,2 %	99,4 %	81,1 %	98,4 %	-	-
	1,22	1,25	1,26	1,17	1,4	1,14	1,28	1,15	1,42	1	0,78	0,66	1,28	-	-	-
	0,94	0,57	0,8	1,17	1,51	3,07	1,04	1,8	0,87	1,6	0,47	0,72	1,25	-	-	-
	1,41	1,38	1,41	1,64	1,64	1,38	1,28	1,47	1,69	1,27	1,53	1,11	1,54	-	-	-
	1,26	1,18	1,19	1,47	1,36	0,95	1,38	1,22	1,77	1,3	0,89	1,16	1,39	-	-	-
	0,85	2,22	0,58	2,12	0,99	1,12	0,62	0,8	2,98	0,8	1,03	1,93	0,93	-	-	-
	64 %	63 %	72,6 %	50,2 %	53,7 %	59,6 %	68 %	60,5 %	46,9 %	64,3 %	82,6 %	74,2 %	57,3 %	-	-	-
	83,9 %	**87,3 %**	**75,8 %**	**76 %**	**79,4 %**	**80 %**	**79 %**	**73,6 %**	**70,2 %**	**73 %**	**77,6 %**	**79,6 %**	**77,2 %**	**77,4 %**	**39,8 %**	**63,9 %**

TABLEAU R5
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : ADAPTATION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	
Proportion des médecins omnipraticiens rémunérés à plus de 90 % à l'acte, en %, 2007	Acquisition de ressources financières	
Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2007	Acquisition de ressources humaines	
Taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC), pour 1 000 habitants, 2006-2007		
Taux de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants, 2006-2007	Acquisition de ressources d'infrastructures	
Proportion des médecins généralistes pratiquant en groupe, en %, 2007		
Proportion des médecins généralistes utilisant des systèmes électroniques, en %, 2007	Innovations technologiques	
Proportion des médecins généralistes utilisant le courriel pour communiquer avec leurs patients, en %, 2007		
Proportion des médecins généralistes utilisant des dossiers médicaux informatisés, en %, 2007		
Proportion des actes attribués aux médecins généralistes réalisés dans leur pratique, en %, 2007	Adaptation aux besoins de la population	
Proportion de la population inscrite en groupe de médecine de famille (GMF), en %, 2008	Mobilisation de la communauté	

* 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).

(—) 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

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	
	33	38	33,4	44,5	52,1	57,9	59,1	50,7	44,2	52,2	41,6	34,2	36,3	26,8	12,3	40,8
	1,3	1,2	1	1	0,8	0,8	0,9	0,9	1,3	1	0,9	0,9	1,3	1,7	1,9	1,02
	9	6,8	7,5	4,9	3,6	3,8	3,5	3,6	6,8	6,6	5,5	4,1	6,5	6,9	7,7	5,8
	2,6	2,1	2,6	1,3	1,1	1,2	1,4	1,3	2,3	2,6	2	1,5	2,1	2,2	2,6	1,9
	50,7	51,5	42	56	50,7	59,5	43,5	54,2	48,7	57,1	53,6	40,4	49,5	42,4	34,3	83
	14,1	20,1	16,2	18,8	-	25,5	17,1	19,1	-	-	19	-	-	-	-	18,5
	9,8	5,2	9	1,9	-	8,1	2,3	4,5	-	-	2,6	-	-	-	-	6,8
	1,6	6,2	0	2,3	-	3,4	7,7	0,8	-	-	0	-	-	-	-	1,8
	40	44,2	34,1	40,7	-	43,3	40,3	42	-	-	40,8	-	-	-	-	40,3
	26,7	28,8	5,4	31,6	18,8	22,8	11,7	17,7	27,7	17,8	37,5	15,8	29,4	27,8	8,6	18,1

TABLEAU R6
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : PRODUCTION

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	
Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2007	Accessibilité des services médicaux	
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2006		
Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2007	Accessibilité des services préventifs	
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005		
Proportion des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005		
Proportion des appels répondus par Info-Santé en moins de 4 minutes, en %, 2005-2006	Accessibilité des services d'orientation	
Taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux, pour 1 000 habitants, 2007-2008	Accessibilité des services sociaux	
Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours, 2007-2008		
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, 2007-2008	Accessibilité des services d'urgence	
Proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, en %, 2007-2008		
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2001-2005	Qualité	
Taux de césariennes, en %, 2002-2006		
Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin de famille, un pédiatre ou un omnipraticien dans les 12 derniers mois, en %, 2005	Productivité	
Nombre d'heures moyen de travail hebdomadaire par médecin généraliste, 2007		

* 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).

(—) 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

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC
	79,5	76,1	64,3	82,3	69,7	76,1	72,7	75,3	84,9	87,1	73,6	75	66,9	80,2	78,6	73,5
	1,04	1,01	0,94	1,01	0,99	1,01	1,03	0,97	1,03	1	0,88	0,96	1,1	1,5	1,37	1
	64,9	63	53,2	60,4	60,9	64	60,5	62,1	61,8	76,1	59,7	60,9	58,1	68,6	55,9	60,1
	80,3	80,4	70,2	76,9	69	67,9	73,4	75,8	77,3	79,6	70,9	76	75,9	70,5	73,3	74
	69,1	69,2	70,5	68,6	71	71,5	78,3	68,4	62,8	45,4	56,8	72,3	69,9	65,5	70,6	68,5
	72,6	83,3	74,2	72,5	81,8	68,9	77,1	56,7	82,9	-	59,4	79,9	86	92,6	99,2	72,6
	6,8	8	6,9	11	4,1	7,6	7,2	5,2	16,9	11,4	10,2	6,8	13,7	22,5	30,9	8
	8,1	23,9	10,4	15,7	10,6	26,7	22,6	21,8	21,7	16,8	7,5	7,4	20,2	25,1	5,4	15,4
	13,3	11	20,3	11,9	17,4	22,3	16,3	18,9	12,6	10,7	14,2	20,7	11	11,5	13,4	16,5
	3,3	1,7	10,3	0,3	2,8	10,8	4,4	6,9	3,9	0,9	3,8	11,1	2,8	3,7	4,3	6,1
	337	484	359	395	370	512	547	462	478	653	479	443	754	795	865	452
	22,6	16,4	23,4	23,1	19,2	20,9	20,2	20,9	23,7	20,8	20,2	21,8	20,9	23,4	21,7	21,8
	74,7	68,6	66,6	71,8	69,8	68,4	66	71,3	67,9	73,1	66,7	70	65	71,5	65,9	69,2
	44,8	46,3	45,5	47,1	48,1	42,8	47,2	45,5	43,9	49,9	47,4	44,4	48,8	47,7	47	46,1

TABLEAU R7
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	
Proportion des médecins généralistes très ou assez satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, en %, 2007	Santé des professionnels	
Proportion des médecins généralistes ayant réduit leur nombre d'heures de travail au cours des deux dernières années, en %, 2007	Stabilité du personnel	
Proportion des médecins généralistes voulant réduire leur nombre d'heures de travail au cours des deux prochaines années, en %, 2007		

* 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).

(—) 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

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC
	61,5	62	64,8	64,7	67,5	59,4	60	60,9	51,4	49,3	60,4	61,6	60,9	60,6	73,3	62,1
	23,6	26,4	21,8	27,5	24,9	38,5	32,4	26,8	24,4	27,2	25,3	36,8	27,2	24,4	28,3	26,5
	35,2	35,9	34,7	39,8	45,3	35	35,9	38,9	44,4	47,1	38,6	36,2	35,9	46,9	29,6	37

TABLEAU R8
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES – INDICATEURS DE PREMIÈRE LIGNE : ATTEINTE DES BUTS

INDICATEURS	SOUS-DIMENSIONS	
Espérance de vie à la naissance, en années, 2001-2005	Efficacité — santé globale	
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2007		
Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2007	Efficacité — facteurs de risque	
Taux de tabagisme, en %, 2007		
Taux de consommation d'alcool, en %, 2007		
Prévalence du diabète, en %, 2007		
Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins, pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans, 1999-2003	Efficacité — santé maternelle et infantile	
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 2001-2005		
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes, 2001-2005		
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2007	Efficacité — santé mentale	
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2003-2005		
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2001-2005	Efficacité — morbidité	
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2001-2005		
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2001-2005		
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2006-2007	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).

(—) 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

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE	ENSEMBLE DU QUÉBEC
	80,2	80,0	80,1	80,4	81,0	78,9	79,0	79,8	79,9	78,7	79,3	78,7	78,1	78,7	79,4	79,7
	60,3	57,5	57,1	55,1	61,1	64,8	61,9	61,9	56,8	63,0	55,4	57,9	55,4	55,1	57,4	59,2
	15,2	10,7	12,4	13,4	15,6	16,0	17,3	17,8	18,7	14,1	15,8	20,5	16,6	14,8	18,5	15,3
	23,6	24,1	25,5	21,3	23,8	28,9	23,8	24,1	22,1	21,3	28,6	29,8	27,5	29,8	26,9	25,1
	22,4	22,6	20,9	22,9	12,7	23,8	21,8	17,5	20,0	26,3	21,4	21,7	24,6	24,7	22,7	20,8
	5,6	5,1	6,4	5,0	7,4	6,1	6,3	5,3	6,1	4,9	6,3	4,8	5,3	8,4	5,8	5,9
	13,8	18,8	24,9	8,4	18,6	17,8	19,6	16,9	8,5	13,9	15,5	20,7	15,6	25,7	11,8	18,2
	5,7	4,6	4,5	4,2	4,1	4,8	4,2	3,9	4,7	4,9	5,0	6,2	4,2	4,2	3,8	4,6
	4,4	3,6	3,6	3,3	3,3	3,6	3,5	3,2	4,0	3,8	3,8	4,8	3,0	2,6	-	3,6
	76,7	75,8	71,9	70,8	75,0	77,8	78,4	78,0	71,7	76,6	76,5	78,7	72,2	77,7	71,5	75,3
	17,4	21,1	12,0	22,0	11,3	15,2	16,1	14,3	25,7	19,1	22,6	15,6	23,9	19,4	21,0	16,31
	222,5	219,9	218,2	212,7	218,3	250,9	244,9	226,7	219,3	252,1	224,4	239,0	242,2	263,6	248,5	226,7
	187,8	192,4	206,2	183,6	179,6	206,8	219,8	215,6	194,5	189,2	205,0	223,3	222,3	189,1	202,3	203
	60,6	54,7	55,9	61,3	46,0	70,0	65,9	58,1	69,1	66,6	68,0	63,5	71,4	68,7	55,8	60
	96,1	94,6	90,7	95,7	93,2	92,9	91,2	93,6	95,5	95,4	93,8	89,0	94,1	93,5	97,2	92,9

CONSTATATIONS ET QUESTIONNEMENTS



CONSTATATIONS ET QUESTIONNEMENTS

Cette première analyse globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec nous a permis de repérer différents aspects de la performance qui méritent une analyse plus approfondie. De plus, ces données consistent en un ensemble de renseignements qui peuvent être utiles à l'ensemble du réseau de la santé pour l'instauration d'une démarche d'amélioration de la performance. Si certaines constatations touchent un ensemble de secteurs de prestation de services, d'autres sont le reflet de l'action qui a cours dans certains secteurs particuliers.

CES DONNÉES CONSISTENT EN UN ENSEMBLE DE RENSEIGNEMENTS QUI PEUVENT ÊTRE UTILES POUR L'INSTAURATION D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE.

> UNE PERFORMANCE GLOBALE SE SITUANT DANS LA MOYENNE CANADIENNE

L'analyse systématique d'un ensemble vaste d'indicateurs, équilibrés entre les différentes fonctions de la performance, précise que le système de santé et de services sociaux du Québec se situe légèrement en dessous de la moyenne canadienne pour chacune des quatre fonctions analysées. Cette constatation contraste avec certaines analyses de performance récentes qui utilisent un ensemble plus limité d'indicateurs et qui adoptent un cadre d'analyse portant moins d'attention à l'ensemble des fonctions de la performance. L'observation est encourageante si l'on considère que l'amélioration moyenne réalisée au cours des dernières années est supérieure au Québec comparativement au reste du Canada, particulièrement en ce qui concerne la fonction de production.

L'AMÉLIORATION RÉALISÉE AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES EST SUPÉRIEURE AU QUÉBEC COMPARATIVEMENT AU RESTE DU CANADA.

En soi, ces résultats sont positifs, bien qu'ils ne situent pas le Québec parmi les provinces les plus performantes : des améliorations sont possibles. De plus, l'équilibre du niveau de performance entre les fonctions suggère que la performance du système peut être améliorée sur divers aspects. L'analyse suggère également que certaines sous-dimensions de la performance méritent un examen plus approfondi pour mieux comprendre les écarts prononcés qui ont été relevés. Les prochaines observations, décrites dans la présente section, en souligneront certains.

EN SOI, CES RÉSULTATS SONT POSITIFS, BIEN QU'ILS NE SITUENT PAS LE QUÉBEC PARMI LES PROVINCES LES PLUS PERFORMANTES.

Si le système québécois se situe dans la moyenne canadienne sur de multiples aspects, force est de constater que ce résultat est mitigé, si l'on considère que le Canada est en milieu ou en fin de peloton en ce qui concerne sa performance dans l'ensemble des pays les plus développés. Ainsi, si la constatation générale n'est pas catastrophique, le système québécois se tirant d'affaire de façon très acceptable dans l'ensemble des indicateurs, elle n'est pas non plus reluisante.

> UNE PERFORMANCE VARIABLE ENTRE LES RÉGIONS DU QUÉBEC

SI AUCUNE RÉGION NE PRÉSENTE DE PROBLÈMES DE PERFORMANCE TRÈS MARQUÉS, AUCUNE NON PLUS N'ATTEINT UN RENDEMENT OPTIMAL DANS L'ENSEMBLE DES FONCTIONS.

L'analyse suggère que, dans l'ensemble, les régions du Québec atteignent les balises de performance retenues dans des taux variables dans chacune des fonctions de la performance analysées. Si aucune région ne présente de problèmes de performance très marqués, aucune non plus n'atteint un rendement optimal dans l'ensemble des fonctions. Néanmoins, des écarts sont présents. De plus, si certains profils de performance émergent, soulignant les difficultés rencontrées par certaines régions situées en périphérie des régions universitaires et mettant en relief la performance relativement plus élevée de certaines régions universitaires, intermédiaires et éloignées, ils démontrent aussi que des régions caractérisées par des contextes similaires atteignent des niveaux variables de performance.

> UNE VUE D'ENSEMBLE MIXTE EN CE QUI CONCERNE L'ADAPTATION

Le contrôle des coûts de la santé est-il adéquat ?

L'une des premières constatations de l'analyse n'est pas nouvelle : l'investissement dans le système de santé en matière de ressources financières est moindre au Québec que dans l'ensemble du Canada. D'autres études ont fait ressortir cette observation, bien que les interprétations varient sur ce que signifie ce plus faible niveau d'investissement en ressources financières. Est-ce le reflet d'un sous-investissement et d'une faible capacité de se donner les ressources nécessaires ? S'agit-il du reflet d'un meilleur contrôle des dépenses de santé et, par conséquent, d'une meilleure performance ? Est-ce le reflet de moindres coûts de production liés au niveau de vie plus bas au Québec ?

DES CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES PARTICULIÈRES LIÉES AU CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, À LA DENSITÉ DE LA POPULATION ET AU PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL PROPRE À CHAQUE RÉGION SEMBLENT AUSSI INFLUER SUR LE NIVEAU DE RESSOURCES OBTENUES DANS CHACUNE DES RÉGIONS.

À l'échelle des régions du Québec, le niveau de ressources financières investies dans le réseau de la santé et des services sociaux montre une grande variation qui est liée aux missions propres à chaque région. De plus, des caractéristiques régionales particulières liées au contexte géographique, à la densité de la population et au profil démographique et social propre à chaque région semblent aussi influer sur le niveau de ressources économiques obtenues dans chacune des régions. La mesure dans laquelle les variations en ressources financières sont un reflet de la performance des établissements, des cliniciens et de l'organisation des services demeure à l'étape du questionnement.

Une observation nous semble claire : il est bien difficile d'évaluer le niveau de ressources financières investies dans un réseau aussi complexe que celui du système de santé et de services sociaux, sans devoir les analyser par rapport aux services rendus, à la qualité de ces derniers, à la capacité du réseau à maintenir son niveau de production et, ultimement, aux résultats obtenus. Si les ressources financières sont des instruments pour réaliser différentes fonctions du système de santé, elles ne sont pas une finalité en soi. En faire une interprétation isolée n'a pas beaucoup de sens.

Y a-t-il pénurie de ressources humaines ?

Les données analysées dans le présent rapport soulignent comment le Québec s'est donné des ressources médicales qui atteignent des degrés respectables à l'échelle canadienne et qui se situent dans la moyenne des pays de l'OCDE. La situation est particulièrement favorable en ce qui concerne les médecins spécialistes. Avec de tels ratios de médecins par habitant, nous devrions subvenir aux besoins de la population en ce qui concerne l'accès aux médecins et le suivi médical, aussi bien que d'autres provinces ou pays qui présentent des niveaux de ressources médicales similaires. Pourquoi n'y parvenons-nous pas ? Le problème se situe-t-il au niveau de la disponibilité d'autres ressources en première ligne de soins ou au niveau de l'organisation des services médicaux ?

AVEC DE TELS RATIOS DE MÉDECINS PAR HABITANT, NOUS DEVRIONS SUBVENIR AUX BESOINS DE LA POPULATION EN CE QUI CONCERNE L'ACCÈS AUX MÉDECINS ET LE SUIVI MÉDICAL.

Nous reviendrons plus tard aux problèmes d'accès. Pour le moment, il importe de savoir qu'ils sont bel et bien réels et qu'ils touchent particulièrement les soins de première ligne. Si les données recueillies font ressortir la qualité des services rendus et la satisfaction globale des utilisateurs de services, elles démontrent aussi que nous ne couvrons pas l'ensemble de notre population en ce qui concerne l'affiliation au médecin de famille, ni l'ensemble des besoins en services eu égard à l'étendue de l'offre de services en première ligne. Les personnes plus jeunes et les personnes vulnérables qui perdent leur médecin éprouvent de grandes difficultés à se trouver un endroit où l'on se chargera de leurs besoins relatifs aux soins. De plus, si notre prestation de soins curatifs de nature médicale, pharmacologique ou chirurgicale semble adéquate, les soins préventifs, de soutien et d'amélioration de la qualité de vie sont moins favorables.

SI LES DONNÉES RECUEILLIES FONT RESSORTIR LA QUALITÉ DES SERVICES RENDUS ET LA SATISFACTION GLOBALE DES UTILISATEURS DE SERVICES, ELLES DÉMONTRENT AUSSI QUE NOUS NE COUVRONS PAS L'ENSEMBLE DE NOTRE POPULATION EN CE QUI CONCERNE L'AFFILIATION AU MÉDECIN DE FAMILLE, NI L'ENSEMBLE DES BESOINS EN SERVICES EU ÉGARD À L'ÉTENDUE DE L'OFFRE DE SERVICES EN PREMIÈRE LIGNE.

S'IL Y A PÉNURIE DE RESSOURCES MÉDICALES, NOUS POUVONS NOUS DEMANDER SI CELLE-CI N'EST PAS, AVANT TOUT, RELATIVE PLUTÔT QU'ABSOLUE.

S'il y a pénurie de ressources médicales, nous pouvons nous demander si celle-ci n'est pas, avant tout, relative plutôt qu'absolue. D'autres provinces et pays répondent mieux aux besoins de soins de leur population avec une même quantité de ressources. Est-ce que les ressources médicales sont employées pour faire ce qu'elles devraient faire ? Est-ce que l'on soutient leurs offres de services de façon adéquate ? Y a-t-il pénurie ou déficit d'utilisation des autres professionnels de la santé ? Ces questions sont fondamentales et elles devraient faire l'objet d'analyses complémentaires.

LES INDICATEURS RELATIFS AUX RESSOURCES INFIRMIÈRES SUGGÈRENT UNE POSITION MOINS FAVORABLE DU QUÉBEC COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PROVINCES.

Dans un autre ordre d'idées, les indicateurs relatifs aux ressources infirmières suggèrent une position moins favorable du Québec comparativement aux autres provinces. Cette constatation devrait stimuler une réflexion plus approfondie sur la quantité de ressources infirmières dont dispose le système de santé et de services sociaux québécois. En particulier, les effets d'une telle pénurie sur certains types d'activités devraient attirer notre attention. Cette pénurie relative d'infirmières cause-t-elle des répercussions sur nos résultats eu égard aux indicateurs de l'accessibilité de certains types de services tels les services d'urgence, les services chirurgicaux et les services de première ligne ?

Les régions universitaires sont-elles avantagées au détriment de leurs régions limitrophes ?

À l'échelle régionale, les caractéristiques des régions et leurs missions semblent aussi influer sur la disponibilité des ressources humaines. En effet, les analyses suggèrent que les régions universitaires sont celles qui présentent les ratios de médecins et d'autres professionnels par habitant les plus élevés, à l'exception des médecins de famille. Ces résultats ne sont pas étrangers aux missions suprarégionales qui incombent aux centres urbains, où se trouvent les établissements spécialisés et certains services qui nécessitent une concentration plus grande de ressources. Toutefois, cet avantage à l'égard des ressources financières et humaines ne se traduit pas par une bonne performance dans les autres aspects de la fonction d'adaptation.

Inversement, les régions situées en périphérie des régions universitaires présentent des déficits importants quant à l'acquisition de ressources humaines, financières et certains aspects de l'infrastructure de soins. Certes, ce contraste entre les régions universitaires et leurs régions limitrophes reflète la dynamique particulière d'offre et de consommation de soins, notamment en région métropolitaine. Les découpages administratifs délimitant les territoires couverts par les centres de santé et de services sociaux sont parfois peu liés aux réalités des systèmes de prestation de soins. De plus, le déficit relatif à l'adaptation des régions en périphérie des régions universitaires pourrait aussi être tributaire du développement démographique que ces régions ont connu au cours des dernières années.

La première ligne de soins est-elle bien structurée ?

Les indicateurs spécifiques de la première ligne de soins illustrent bien que celle-ci présente au Québec une performance moyenne comparativement à celle d'autres provinces canadiennes. Nous savions déjà que la première ligne de soins au Canada présentait des problèmes de performance importants. Au Québec, ce ne sont pas les ressources qui semblent faire défaut, mais plutôt l'infrastructure organisationnelle et informationnelle. L'adaptation n'implique pas une simple acquisition de ressources financières et humaines. Elle exige la mise en place de modes d'organisation de soins qui permettent de bien planifier, de gérer et d'évaluer les services. Pourquoi la première ligne de soins présente-t-elle des caractéristiques organisationnelles défavorables ? Ce déficit d'organisation des soins de première ligne est-il lié aux problèmes d'accès aux soins et de continuité qui affligent particulièrement le Québec ?

LES INDICATEURS SPÉCIFIQUES DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS ILLUSTRENT BIEN QUE CELLE-CI PRÉSENTE AU QUÉBEC UNE PERFORMANCE MOYENNE COMPARATIVEMENT À CELLE D'AUTRES PROVINCES CANADIENNES.

À l'échelle régionale, la première ligne de soins semble mieux adaptée dans certaines régions universitaires et éloignées, comparativement aux régions en périphérie des régions universitaires. Montréal fait exception et semble présenter des déficits d'adaptation en première ligne qui soulèvent des questions. Qu'est-ce qui explique les différences observées dans les ressources octroyées et dans l'organisation de la première ligne au Québec ?

> LA PRODUCTION MOYENNE EST-ELLE LE REFLET DE L'ADAPTATION DU SYSTÈME ?

Un système moins productif dans l'ensemble

Les différents indicateurs analysés laissent entendre que notre système de santé et de services sociaux n'est pas aussi productif qu'il le devrait. Dans l'ensemble, lorsqu'il est considéré sous l'angle des volumes de services rendus, le Québec se place parmi les provinces canadiennes qui présentent les taux les moins favorables. Par contre, les différences dans l'atteinte des balises repérées ne sont pas aussi grandes, les taux enregistrés au Québec étant semblables à ceux de la moyenne canadienne. Cela montre, toutefois, que le Québec n'a pas souvent la meilleure performance. Sa production étant moyenne, elle pourrait s'améliorer. Pourquoi le Québec produit-il moins ? Répondre à cette question passe certainement par une analyse approfondie des façons de faire et par la définition des meilleures pratiques en place dans les contextes où la production est plus grande.

Si le Québec présente une production moyenne dans l'ensemble, certains domaines attirent particulièrement l'attention. L'accessibilité des services chirurgicaux est une sous-dimension où le Québec présente des degrés d'atteinte des balises beaucoup plus bas selon les indicateurs disponibles pour notre analyse. Les services de première ligne et l'utilisation de services médicaux, en général, en sont d'autres exemples. Pourquoi, d'un côté, la consommation de services médicaux est moindre et, de l'autre, le temps d'attente pour des chirurgies est plus long ? Les déficits d'adaptation soulignés précédemment sont-ils responsables de ces enjeux à l'égard de la production de services ?

Disposer de plus de ressources n'équivaut pas à produire plus de services

CE N'EST PAS LÀ OÙ L'ON A LE PLUS DE RESSOURCES QUE LES POPULATIONS OBTIENNENT LE PLUS DE SERVICES.

À l'échelle régionale, les analyses portent à croire que le niveau de ressources dont disposent les régions, reflété dans la performance de celles-ci eu égard à l'adaptation, a peu d'effet sur leur niveau de production. Ce n'est pas là où l'on a le plus de ressources que les populations obtiennent le plus de services. Bien qu'encore une fois les missions différentes des régions puissent expliquer, en partie, cet état de fait, la grande variation de la production entre les régions suggère que les façons d'organiser les soins peuvent constituer également une partie de l'explication. Utilise-t-on les ressources adéquatement ? Est-ce que les façons d'organiser les soins et services promettent une amélioration plus qu'un accroissement des ressources investies ?

Les indicateurs de la production suggèrent que le Québec se situe dans la moyenne des provinces canadiennes à l'égard de la prévention. Si ce placement moyen peut rassurer, il demeure toutefois inquiétant de constater que les niveaux obtenus à l'égard de la prévention sont peu élevés dans l'ensemble. Faudrait-il investir plus en prévention ? Quelles seraient les façons d'améliorer la réception de services préventifs auprès de la population du Québec ?

> UNE CULTURE ORGANISATIONNELLE À SOIGNER

Mieux mesurer pour mieux comprendre

ON DOIT FAIRE ATTENTION À LA SATISFACTION DES PROFESSIONNELS ET À LEURS CONDITIONS DE TRAVAIL POUR ASSURER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DANS LE FUTUR.

UN SYSTÈME DE SANTÉ PERFORMANT REPOSE SUR DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ, SUR LA STABILITÉ DU PERSONNEL QUI EN FAIT PARTIE ET SUR UN DÉVELOPPEMENT CONTINU DE SON EXPERTISE.

Les divers indicateurs disponibles à l'égard de la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle suggèrent que l'on doit faire attention à la satisfaction des professionnels et à leurs conditions de travail pour assurer la performance du système dans le futur. Certes, le point de départ serait de se donner des indicateurs qui permettent de mieux mesurer cette culture organisationnelle et d'être plus en mesure de repérer les problèmes. Un système de santé performant repose sur des professionnels en santé, sur la stabilité du personnel qui en fait partie et sur un développement continu de son expertise.

Si, à cet égard, le Québec ne peut pas être comparé aux autres provinces, il a été possible de montrer les variations importantes à l'égard de divers indicateurs entre les régions du Québec. La situation semble particulièrement difficile dans certaines régions. Pourquoi une telle variabilité ? Les résultats favorables ou défavorables à l'échelle de certaines régions sont-ils le reflet de la façon de gérer les ressources ? Ou le reflet de la production que l'on demande des prestataires compte tenu de la disponibilité des ressources ? Ou encore le reflet des conditions de travail dans lesquelles ils effectuent leurs activités ?

Des inquiétudes en première ligne ?

L'analyse d'indicateurs spécifiques de la première ligne de soins a permis de situer le Québec dans un ensemble plus vaste. S'il existe des problèmes de productivité en première ligne, les données relatives à la culture organisationnelle suggèrent qu'ils pourraient être en lien avec l'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle des médecins qui y œuvrent. Les médecins sont nombreux à avoir réduit leurs activités dans les dernières années et ils sont plus nombreux à vouloir les réduire dans les prochaines années. S'ils sont relativement satisfaits de cet équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, les répercussions potentielles sur leur productivité nous portent à nous interroger. Pourquoi cet état de fait ? Comment est-il possible de préserver une plus grande activité professionnelle pour faire face aux besoins de soins non comblés, tout en maintenant la qualité de vie des professionnels exerçant leurs activités en première ligne de soins ?

> ATTEINDRE LES BUTS FIXÉS DANS UNE PERSPECTIVE À LONG TERME

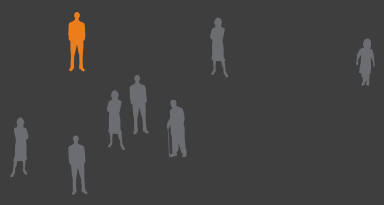
L'analyse à l'égard de l'atteinte des buts illustre une variation moindre entre les provinces canadiennes et les régions du Québec. De plus, le lien entre l'atteinte des buts et les niveaux de services produits ne semble pas direct. La grande diversité des objectifs de santé et la nature des indicateurs disponibles exigent de concevoir des indicateurs qui seront plus spécifiques de l'intervention propre à certains secteurs du système de santé et de services sociaux de manière à mieux cibler l'action du système qui doit être améliorée.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que, bien que la santé de la population soit caractérisée par un ensemble de déterminants externes au système de santé et de services sociaux, tels que la génétique, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et les inégalités sociales, le système de santé et de services sociaux doit exercer un rôle sur ces différentes caractéristiques de la santé. Au-delà des services individuels de nature curative, le système prodigue des services de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de protection, de réadaptation et de soutien.

Certains aspects de l'atteinte des buts portent au questionnement en raison des faibles degrés d'atteinte des balises au Québec. Ces domaines méritent un regard plus approfondi pour en comprendre les liens avec la performance du système de santé et de services sociaux. Par exemple, les maladies chroniques (particulièrement le cancer), le tabagisme, la mortalité évitable et la mortalité attribuable au cancer et au suicide, la santé maternelle et infantile, ainsi que l'équité des états de santé, mériteraient une attention particulière. Certains de ces domaines, telles les maladies chroniques et la santé maternelle et infantile, feront l'objet de nos prochains rapports d'appréciation. D'autres domaines portent aussi au questionnement particulièrement en ce qui concerne la première ligne de soins. Le document intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications* fait ressortir plus particulièrement la question de la performance de la première ligne et énumère des améliorations à apporter pour accroître la performance de cette ligne de soins.

CONCLUSION

CONCLUSION



Dans le présent document, nous avons donné les résultats de l'analyse des différents indicateurs liés aux quatre fonctions portant sur la performance du cadre d'analyse globale et intégrée établi par le Commissaire. Ces analyses ont montré des variations à l'intérieur d'un ensemble d'indicateurs, le taux d'atteinte de balises de performance correspondant à différentes fonctions et sous-dimensions portant sur la performance, ainsi que les scores globaux en ce qui concerne l'atteinte des balises de performance. Ces analyses ont été faites en comparant les résultats atteints au Québec avec ceux atteints dans l'ensemble du Canada ainsi qu'en démontrant les variations entre les régions du Québec. Finalement, nous avons présenté une brève analyse d'indicateurs plus spécifiques de la première ligne de soins au Québec et dans les régions. Diverses constatations ont été tirées de l'analyse globale et intégrée d'indicateurs à l'échelle provinciale et régionale. Si, dans l'ensemble, la performance se situe dans la moyenne des territoires comparés, des variations ont été notées et elles soulèvent des questionnements qui méritent l'attention d'un ensemble d'acteurs.

Nous croyons que le système de santé et de services sociaux bénéficie d'une assise solide. Néanmoins, divers aspects de sa performance méritent l'attention de l'ensemble des acteurs pouvant influer sur sa performance. Des améliorations pourront en résulter. Le Commissaire poursuivra la mise au point de mesures qui permettront de porter un regard intégré et global sur la performance. Il continuera les démarches de consultation, dont le but sera d'examiner plus profondément certains aspects, domaines ou secteurs de notre système de santé et de services sociaux. Nous convions l'ensemble des acteurs du réseau à faire de même, à leur échelle, et à s'inspirer des mesures que nous soumettons pour analyse.

Dans le document *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, nous présentons les résultats de notre synthèse des renseignements quantitatifs et qualitatifs à propos des soins de première ligne. Nous y apportons des éléments de compréhension relatifs aux écarts observés en ce qui concerne la performance de la première ligne. Des propositions d'améliorations et des recommandations y sont aussi apportées.

LISTE DES FIGURES

Méthode d'analyse

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance 16

Figure 2 Appréciation selon trois niveaux d'analyse 18

La performance à l'échelle provinciale

Figure 3 Dépenses publiques générales de santé au Québec et au Canada par rapport au total des dépenses de santé, en %, 2000 à 2007 32

Figure 4 Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction d'adaptation 33

Figure 5 Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires au Québec et au Canada, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2001-2002 à 2005-2006 37

Figure 6 Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction de production 38

Figure 7 Proportion de la population présentant de l'obésité au Québec et au Canada, en %, 2000-2001 à 2007 44

Figure 8 Taux de mortalité néonatale au Québec et au Canada pour 1 000 naissances vivantes, 2000 à 2005 45

Figure 9 Degrés d'atteinte de la balise au Québec pour la fonction d'atteinte des buts 47

Figure 10 Degrés d'atteinte de la balise au Québec : synthèse des fonctions 48

Figure 11 Taux moyen de variation annuelle par fonction et taux global au Québec et au Canada, 2000 à 2007 49

La performance à l'échelle des régions du Québec

Figure 12 Degrés d'atteinte des balises pour les quatre fonctions dans les régions du Québec, en % 58

Figure 13 Répartition des performances régionales : mise en relation des fonctions d'adaptation et de production, en % 60

Figure 14 Répartition des performances régionales : mise en relation des fonctions de production et d'atteinte des buts, en % 62

LISTE DES TABLEAUX

La performance à l'échelle provinciale

Tableau P1 Tableau de balisage interprovincial : adaptation 64

Tableau P2 Tableau de balisage interprovincial : production 66

Tableau P3 Tableau de balisage interprovincial : atteinte des buts 68

Tableau P4 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs de première ligne : adaptation 72

Tableau P5 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs de première ligne : production 74

Tableau P6 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs de première ligne : développement et maintien de la culture organisationnelle 76

Tableau P7 Tableau de balisage interprovincial – indicateurs de première ligne : atteinte des buts 78

La performance à l'échelle des régions du Québec

Tableau R1 Tableau de données comparatives interrégionales : adaptation 80

Tableau R2 Tableau de données comparatives interrégionales : production 82

Tableau R3 Tableau de données comparatives interrégionales : développement et maintien de la culture organisationnelle 86

Tableau R4 Tableau de données comparatives interrégionales : atteinte des buts 88

Tableau R5 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs de première ligne : adaptation 92

Tableau R6 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs de première ligne : production 94

Tableau R7 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs de première ligne : développement et maintien de la culture organisationnelle 96

Tableau R8 Tableau de données comparatives interrégionales – indicateurs de première ligne : atteinte des buts 98

ANNEXE

ANALYSE RÉGIONALE DÉTAILLÉE

Dans cette annexe du présent rapport, nous décrivons les résultats des analyses détaillées pour chacune des régions du Québec. Partant de l'ensemble des indicateurs disponibles à l'échelle des régions pour les quatre fonctions de notre cadre d'analyse, nous y discutons, de façon détaillée, de la position occupée par la région et des caractéristiques particulières de chacune à l'égard des indicateurs et de leur évolution dans le temps. Nous présentons également des graphiques radars, où nous analysons dans quelle proportion les balises de comparaison ont été atteintes, par dimension de la performance, pour chacune des régions du Québec.

Comme nous l'avons fait dans les autres sections du document, nous présentons quelques graphiques qui illustrent l'évolution temporelle de certains indicateurs que nous jugeons particulièrement révélateurs, puisqu'ils présentent soit des tendances se confirmant dans le temps, soit un changement dans la tendance observée depuis quelques années, ou encore pour l'amplitude de la variation de l'indicateur pendant la période étudiée. Toutefois, pour la présente analyse, nous nous sommes davantage concentrés sur les résultats agrégés par fonction ou par sous-dimension, ce qui fait en sorte que nous limiterons l'analyse spécifique des indicateurs à ceux qui présentent des résultats se démarquant nettement des autres. Le regroupement des régions employé ici est le même que celui qui a été utilisé dans les sections précédentes du présent document, et ce, pour des fins de présentation et d'analyse.

Régions universitaires

Les régions universitaires se distinguent par des services spécialisés dont elles assument la responsabilité pour l'ensemble du Québec (centres de greffes d'organes, services aux grands brûlés, etc.) et par une attraction forte des usagers rattachés aux régions limitrophes. Les régions de la Capitale-Nationale (03), de l'Estrie (05) et de Montréal (06), où l'on trouve des facultés de médecine, produisent des services au-delà de la consommation de services de leur population résidente.



RÉGION UNIVERSITAIRE

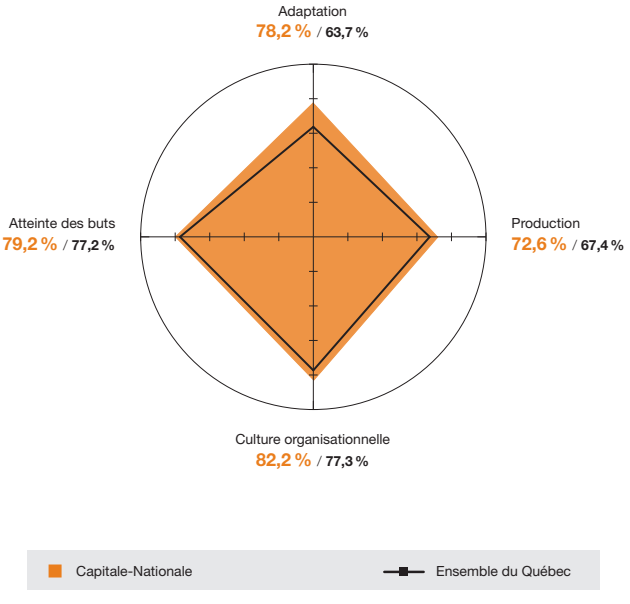
CAPITALE-NATIONALE

RÉGION 03

CONTEXTE GÉNÉRAL

Troisième en importance par sa population, francophone à 98,1 %, la région de la Capitale-Nationale compte 673 423 habitants en 2009, dont 51,3 % sont des femmes, la proportion la plus élevée au Québec. Néanmoins, la région possède un taux d'accroissement démographique inférieur à celui du Québec, avec davantage de personnes âgées que de jeunes et l'indice synthétique de fécondité y est le plus faible au Québec. Souvent réputée pour sa qualité de vie, la Capitale-Nationale démontre un dynamisme indéniable sur le plan économique avec le taux de chômage le plus faible de la province (4,9 % en 2007), un excellent taux de diplômés universitaires et le revenu personnel par habitant le plus élevé au Québec. Par contre, tel que cela a été observé dans la plupart des régions à forte densité urbaine, les inégalités socioéconomiques sont prononcées de sorte que la proportion des personnes vivant seules, surtout chez celles qui sont âgées de 75 ans ou plus, est beaucoup plus grande que dans les autres régions du Québec, tout comme le pourcentage de ménages déclarant un faible revenu.

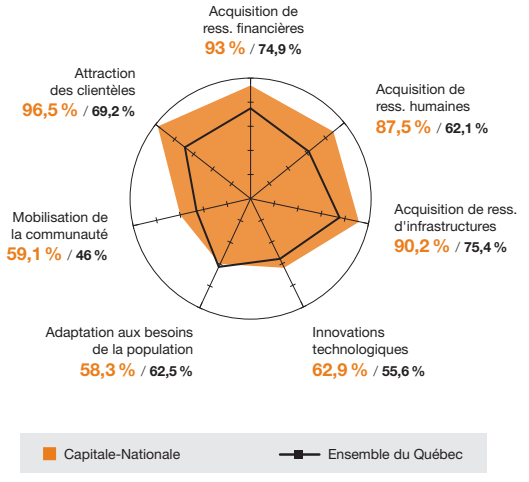
APERÇU GLOBAL



Sommairement, lorsque l'ensemble des sous-dimensions est pris en considération, la région de la Capitale-Nationale se distingue positivement par rapport au comparatif provincial pour sa capacité d'adaptation, comme tendent à le faire les régions universitaires. Cela résulte de la force d'attraction de la clientèle envers ce type de régions et des besoins en acquisition de ressources qu'exigent leur mission universitaire et la desserte extrarégionale. Les résultats liés aux trois autres fonctions sont aussi supérieurs aux résultats pour l'ensemble des régions du Québec, mais dans une moindre mesure. Au total, la région de la Capitale-Nationale obtient de bons résultats dans l'ensemble des fonctions de notre cadre d'analyse, même si certains éléments doivent être améliorés.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

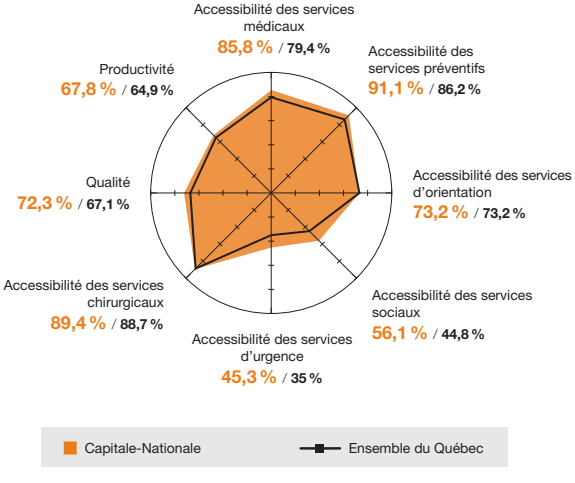
ADAPTATION



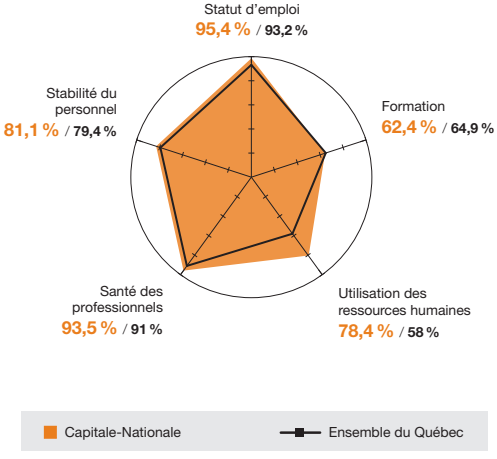
La position de la région de la Capitale-Nationale est avantageuse, puisque cette région occupe le premier rang en ce qui a trait à la fonction d'adaptation (atteinte de la balise dans une proportion de 78,2 %). Pour la plupart des sous-dimensions, cette région obtient des résultats au-dessus de ceux du Québec et elle se classe dans les trois premières positions. Les écarts avec ceux du Québec varient de 7,3 points de plus, pour la sous-dimension des innovations technologiques, jusqu'à 25,4 points en plus pour l'acquisition de ressources humaines. Toutefois, le taux d'hospitalisations en soins aigus pour 1 000 habitants se situe en dessous du score québécois, ce qui donne une treizième place dans la dimension d'adaptation aux besoins de la population. Il importe de noter également qu'avec sa mission universitaire, la région de la Capitale-Nationale présente un résultat de 96,5 % (27,3 au-dessus du Québec) pour l'atteinte de la balise en attraction des usagers. En effet, elle occupe la première position pour la rétention des hospitalisations (97,4 %) et se classe deuxième pour son haut taux de desserte extrarégionale (32,9 %), juste derrière Montréal.

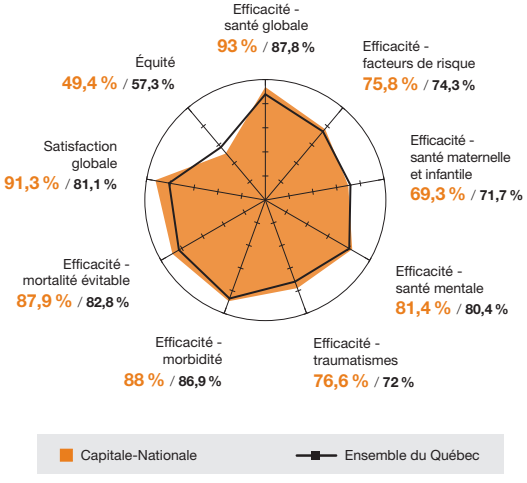
PRODUCTION

Bien qu'elle se classe huitième pour la production, la région de la Capitale-Nationale obtient tout de même un score de 72,6 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui est supérieur à la donnée de l'ensemble du Québec (67,4 %). La position de la Capitale-Nationale varie beaucoup d'une sous-dimension à l'autre. L'accessibilité des services préventifs décroche une première place ; l'accessibilité des services médicaux et l'accessibilité des services sociaux la suivent en se classant respectivement au troisième et au quatrième rang. Autrement, les moins bonnes positions concernent l'accessibilité des services d'orientation (dixième position) et la productivité (onzième position). Aussi, notons que toutes les sous-dimensions ont des résultats en pourcentage d'atteinte de la balise qui sont égaux ou supérieurs à ceux du Québec. Le plus grand écart positif se révèle être celui de l'accessibilité des services sociaux. Cela s'explique par les très bons résultats obtenus quant aux délais moyens d'attente pour l'évaluation en protection de la jeunesse et pour l'application des mesures de protection de la jeunesse. Cependant, dans cette même sous-dimension, la Capitale-Nationale se classe douzième pour le taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux et quinzième pour l'intensité des services sociaux, soit le nombre d'interventions par usager, alors que ces indicateurs indiquent des résultats situés légèrement sous ceux du Québec.



Avec un résultat de 82,2 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise portant sur la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle, ce qui la place au quatrième rang, la Capitale-Nationale entretient un climat organisationnel qui la situe parmi les cinq meilleures régions du Québec pour chaque sous-dimension, sauf pour ce qui est de la formation (neuvième rang) et de la stabilité du personnel (septième rang). Dans l'ensemble, le tableau de la Capitale-Nationale est assez semblable à celui de l'ensemble du Québec, sauf pour l'utilisation des ressources humaines, laquelle se situe à 78,4 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, soit 20,4 points de plus que pour l'ensemble du Québec.





Classée au sixième rang à l'échelle du Québec en ce qui concerne l'atteinte des buts, la Capitale-Nationale atteint la balise dans une proportion de 79,2 %. Pour la majorité des sous-dimensions portant sur l'efficacité, la région de la Capitale-Nationale se classe dans la moyenne québécoise. Parmi ces sous-dimensions, seule la santé maternelle et infantile présente un résultat inférieur au comparatif québécois avec 2,4 points de pourcentage d'écart lui allouant une treizième position. Aussi, la Capitale-Nationale se place au quatrième rang pour l'efficacité concernant la morbidité, la mortalité évitable et la satisfaction globale. Toutefois, pour ce qui est de l'équité, la région récolte une treizième place avec un score de 49,4 %, un score passablement en dessous de celui de l'ensemble du Québec, qui se situe à 57,3 %.

APERÇU PAR INDICATEUR

En adaptation, treize des dix-huit indicateurs montrent des écarts de pourcentage en atteinte de la balise qui sont de plus de dix points supérieurs à celui de l'ensemble du Québec. Il y a également onze de ces indicateurs qui montrent une bonne performance, puisqu'ils se situent dans les trois premières positions. Les indicateurs relatifs aux dépenses sont particulièrement élevés dans la région de la Capitale-Nationale, tout comme ceux qui portent sur les ressources humaines. En effet, cette région occupe le quatrième rang avec un taux de 1,27 médecin omnipraticien pour 1 000 habitants, comparativement à 1,02 pour le Québec. Elle occupe le deuxième rang avec un taux de médecins spécialistes se situant à 1,61 par rapport à 1,09 au Québec. Et, avec un taux d'infirmières établi à 9 pour 1 000 habitants, la Capitale-Nationale se classe première avec une bonne avance par rapport à la moyenne québécoise, qui est de 5,8. En contrepartie, il semblerait que le taux d'hospitalisations en soins aigus de 70 pour 1 000 habitants indique une faiblesse en comparaison avec le 75 pour 1 000 habitants obtenu par l'ensemble du Québec.

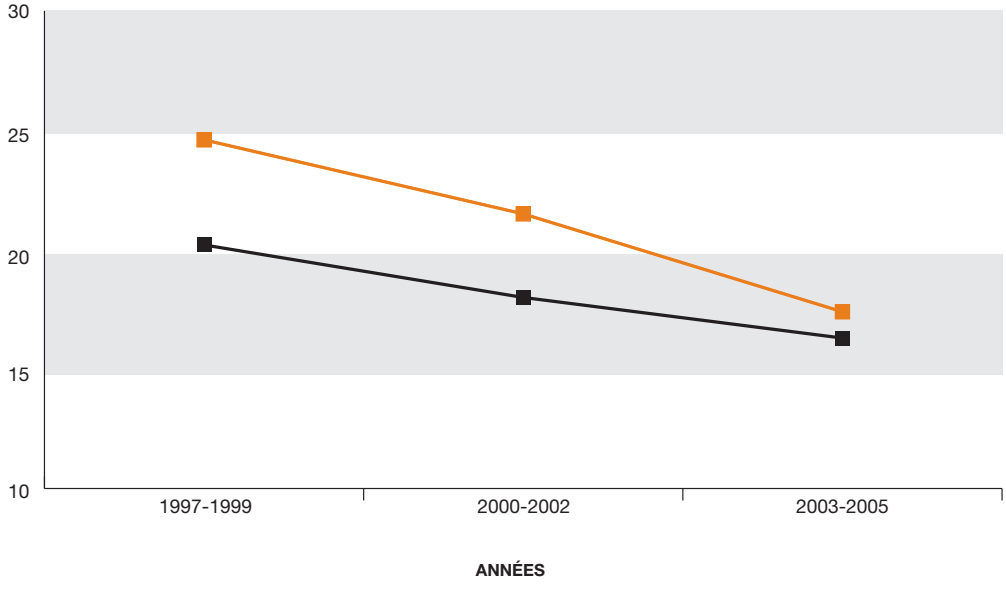
Au regard des indicateurs relatifs aux pratiques préventives, le bilan de la Capitale-Nationale est également bon. On y trouve le deuxième plus haut taux de dépistage par mammographie et le troisième meilleur résultat pour la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre l'influenza. De plus, lorsqu'il est question de la qualité des soins et des services, nous remarquons que la Capitale-Nationale est la meilleure pour son taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires pour 100 000 habitants âgés de moins de 75 ans avec un taux brut de 34,1 % inférieur à celui du Québec. Toutefois, un autre indicateur de la qualité, le taux d'incidence de *C. difficile* pour 10 000 jours-patients est moins favorable : il affiche un écart négatif de 35,4 % par rapport au taux québécois, ce qui donne seulement une treizième position à cet égard.

Dans le même ordre d'idées, la région de la Capitale-Nationale se classe dans les trois premières positions pour quelques indicateurs de l'efficacité, soit pour l'espérance de vie à la naissance, pour la proportion de la population ayant des problèmes modérés ou graves, pour la proportion des naissances de faible poids, pour le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour le taux de mortalité par maladies du système circulatoire et pour les années potentielles de vie perdues par cancer. Les taux de mortalité infantile et néonatale présentent, quant à eux, un résultat moins favorable, ce qui place la Capitale-Nationale au quatorzième et au treizième rang, respectivement. De plus, pour ce qui est du taux de mortalité évitable et des années potentielles de vie perdues, les indicateurs de l'équité exposent des déséquilibres dans les écarts intrarégionaux entre les populations favorisées et défavorisées. Finalement, la Capitale-Nationale se classe plutôt bien en ce qui a trait à la satisfaction de la population. En effet, 96,1 % des résidents se déclarent très ou assez satisfaits des services de santé fournis, ce qui résulte en un deuxième rang à l'échelle du Québec.

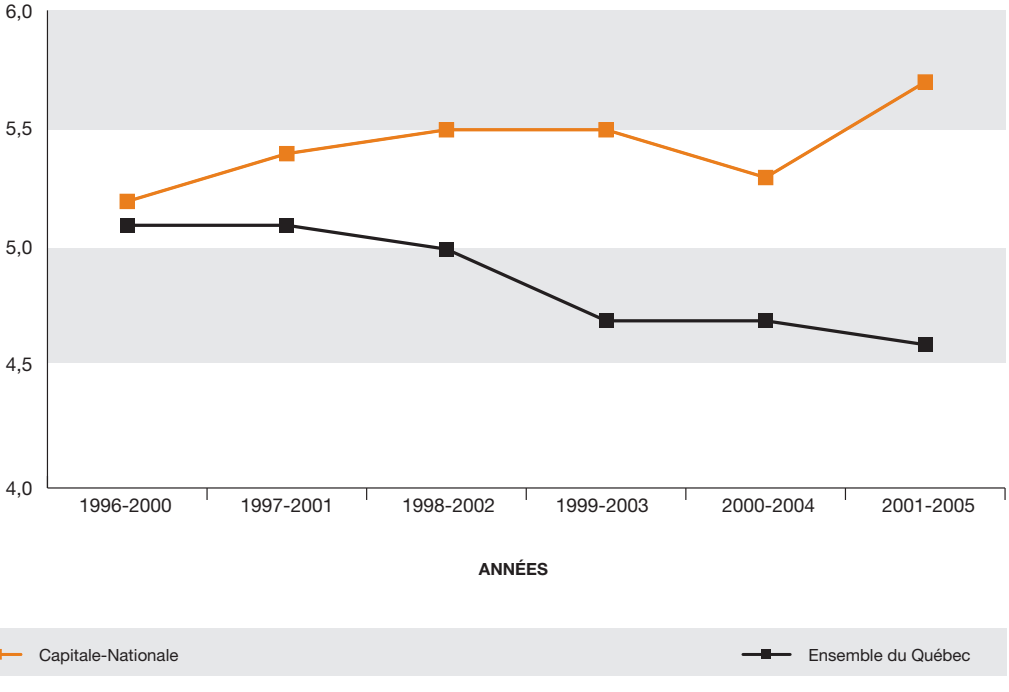
TENDANCE TEMPORELLE

Selon l'analyse de l'évolution temporelle des données du cadre d'appréciation établi par le Commissaire, la région de la Capitale-Nationale a amélioré ses données de 3,3 % annuellement. Cette amélioration y est légèrement plus rapide que dans l'ensemble du Québec, où elle se situe à 3 %. Sur le plan global, il s'agit de la cinquième plus grande amélioration des données durant les cinq dernières années, même si l'atteinte des buts ne s'est que peu améliorée comparativement au reste du Québec. En ce sens, dans le graphique ci-contre, nous observons que le taux de mortalité par suicide a diminué au cours des années, réduisant de manière importante l'écart qui existe avec le reste du Québec. Cependant, l'autre exemple graphique, le taux de mortalité infantile, démontre bien que cet indicateur de la fonction d'atteinte des buts s'est, quant à lui, détérioré, contrairement à celui de l'ensemble du Québec, qui s'améliore d'année en année.

Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants,
1997-1999 à 2003-2005



Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes,
1996-2000 à 2001-2005





RÉGION UNIVERSITAIRE

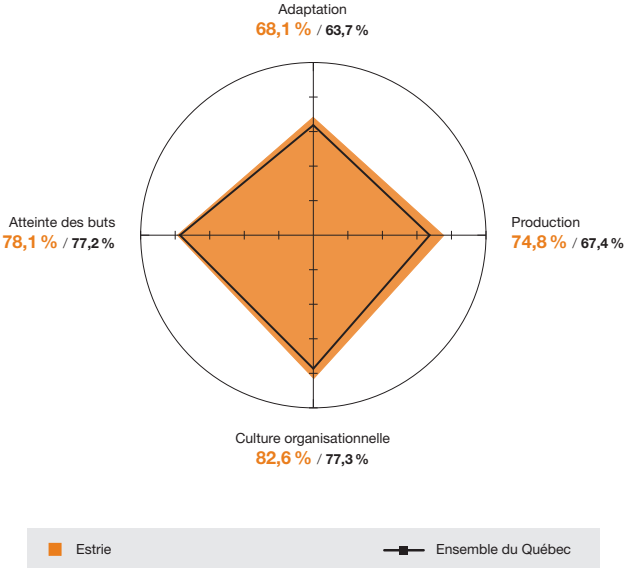
ESTRIE

RÉGION 05

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, la population de l'Estrie se chiffre à 307 980 habitants, ce qui en fait la dixième région la plus populeuse au Québec. Sa structure démographique se rapproche, sous plusieurs aspects, de la moyenne québécoise, telle la répartition par âge et par sexe de la population. Affichant, sur le plan historique, un passé particulier à l'égard de la question linguistique, la région de l'Estrie se caractérise par un pourcentage de 7,6 % de ses citoyens qui utilisent l'anglais comme langue parlée à la maison. De plus, la région se classe au cinquième rang au Québec pour son pourcentage d'immigrants, qui s'élève à 3,6 %, et elle comporte une proportion de personnes vivant seules plus marquée que pour l'ensemble du Québec, mais qui se situe tout de même en dessous de celle de régions telles que la Capitale-Nationale et Montréal.

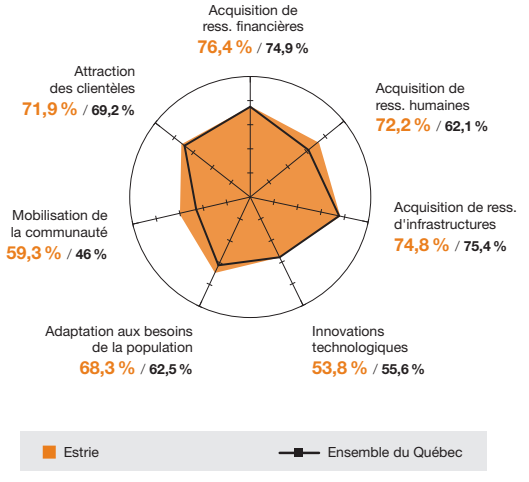
APERÇU GLOBAL



Dans l'ensemble, l'Estrie obtient une position mitoyenne dans le groupe des régions universitaires en ce qui concerne les différentes fonctions analysées. Plus spécifiquement, les forces repérées pour l'Estrie sont, avant tout, dans les fonctions de développement et de maintien de la culture organisationnelle (troisième au Québec) et de production (cinquième ex æquo avec la Côte-Nord). En adaptation, même si le résultat est supérieur à celui de l'ensemble du Québec, l'Estrie obtient une septième position, ce qui signifie que la performance de la région est comparable et parfois supérieure à celle des autres régions universitaires malgré une capacité d'adaptation plus limitée, surtout en matière d'acquisition des ressources. Néanmoins, la capacité de production semble, quant à elle, ne pas déteindre fortement sur l'atteinte des buts, alors qu'elle se situe au huitième rang avec un résultat semblable à la moyenne québécoise.

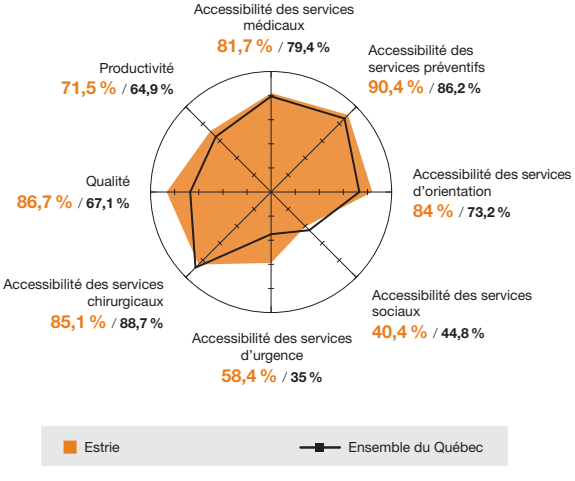
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



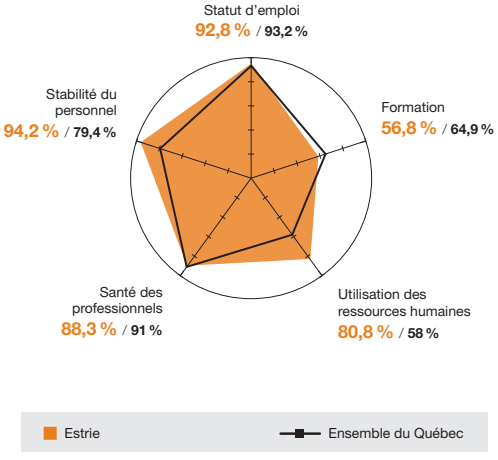
La région de l'Estrie performe relativement bien en adaptation avec un pourcentage en atteinte de la balise qui se situe à 68,1 %, soit 4,4 points de plus que le comparable québécois, qui occupe le septième rang. L'acquisition de ressources financières en Estrie est bien semblable à celle de l'ensemble du Québec avec un résultat de 76,4 % en atteinte de la balise, bien que cela contraste quelque peu avec les autres régions universitaires, qui la dépassent largement. La performance pour la sous-dimension portant sur l'acquisition de ressources humaines (72,2 %) est, quant à elle, de 10 points plus élevée que celle du Québec, alors que, pour les ressources d'infrastructures, l'Estrie se situe dans la moyenne. De plus, la région se classe au sixième et au septième rang, respectivement, pour l'adaptation aux besoins de la population (68,3 % ex æquo avec les Laurentides) et la mobilisation de la communauté (59,3 %). En tant que région universitaire, l'Estrie obtient également un score positif pour l'attraction des usagers avec un résultat de 71,9 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, comparativement à 69,2 % pour l'ensemble du Québec étant donné la panoplie de services spécialisés qu'elle offre au regard de son rôle de région universitaire. Néanmoins, ce résultat se situe loin derrière ceux des deux autres régions du groupe des régions universitaires, soit la région de Montréal et celle de la Capitale-Nationale (99,3 % et 96,5 %), qui sont nettement plus élevés que ceux de l'Estrie pour la rétention de la clientèle et le taux de desserte extrarégionale, puisqu'elles constituent les deux principales régions universitaires d'importance au Québec devant l'Estrie.

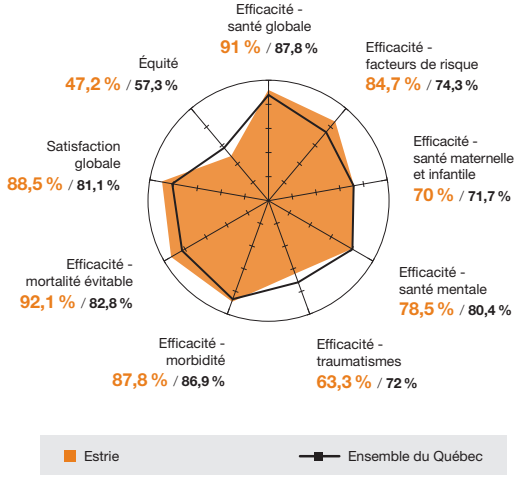
PRODUCTION



La production est la fonction dans laquelle l'Estrie se démarque le plus par rapport au résultat québécois avec un score de 74,8 % en atteinte de la balise, soit un écart positif de 7,4 points de pourcentage (sixième rang). L'accessibilité des services médicaux, des services préventifs, des services d'orientation et des services d'urgence obtiennent tous des résultats supérieurs à la moyenne avec des classements se situant entre la deuxième et la cinquième position. Cependant, l'accessibilité des services sociaux (40,4 %) et celle des services chirurgicaux (85,1 %) affichent une faible position avec, respectivement, un treizième et un quatorzième rang. À titre d'exemple, deux indicateurs reliés l'un à l'autre peuvent décrire cette réalité, soit le taux d'arthroplasties du genou pour 100 000 habitants, où l'Estrie ne fait pas mieux qu'un avant-dernier rang, et la proportion de personnes en attente d'une arthroplastie du genou depuis plus de six mois, où l'Estrie arrive au dernier rang. Sinon, pour la sous-dimension portant sur la productivité, l'Estrie se situe à 6,6 points de pourcentage au-dessus du comparable québécois et obtient un septième rang. L'élément qui distingue le plus avantageusement la région est, sans aucun doute, le premier rang qu'elle occupe pour la qualité avec un résultat de 86,7 %, lequel est supérieur de 19,6 points de pourcentage à celui du Québec (67,1 %). Ce résultat s'explique, entre autres, par le fait que l'Estrie est la région où l'on trouve le plus bas taux d'escarres de décubitus (plaies de lit) pour 100 000 habitants, avec une performance de loin meilleure que la moyenne québécoise ou encore en raison de son faible taux d'incidence de *C. difficile*.

Les résultats obtenus par la région de l'Estrie dans la catégorie du développement et du maintien de la culture organisationnelle sont bons également. En effet, avec un score de 82,6 %, elle se place au troisième rang, ce qui lui donne 5,3 points au-dessus du résultat pour l'ensemble du Québec. Elle se distingue favorablement pour la sous-dimension portant sur la stabilité du personnel (94,2 %), avec un deuxième rang, et pour l'utilisation des ressources humaines (80,8 %), avec un quatrième rang. L'Estrie atteint des performances qui se situent à la hauteur de celles du Québec pour les sous-dimensions traitant des statuts d'emploi et de la santé des professionnels. Néanmoins, son rendement est moindre quant à la sous-dimension portant sur la formation du personnel avec une proportion des heures travaillées consacrées à la formation se situant au treizième rang au Québec.





Dans la moyenne provinciale, le résultat de l'Estrie en atteinte de la balise se situe à 78,1 %, ce qui donne un huitième rang à l'échelle de la province. La répartition des résultats par sous-dimension varie beaucoup au sein de l'atteinte des buts. En effet, la région estrienne se classe première quant aux facteurs de risque (84,7 %) avec un résultat favorable de 10,4 points au-dessus de celui du Québec et au troisième rang pour la santé globale (91 %), ce qui est légèrement supérieur au résultat de l'ensemble du Québec. Également, l'Estrie hérite d'un résultat enviable à l'échelle du Québec en matière de mortalité évitable avec un résultat de 92,1 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui la classe en troisième position. Cependant, pour l'efficacité relativement à la santé maternelle et infantile, la santé mentale et les traumatismes, nous observons des résultats sous la moyenne québécoise avec des rangs oscillant entre la neuvième et la treizième position. En ce qui concerne la satisfaction globale (88,5 %), la région fait plutôt bien avec une sixième position. Il est néanmoins beaucoup plus difficile de faire une constatation positive en ce qui concerne l'équité. En effet, cette sous-dimension semble être la principale lacune pour l'atteinte des buts en Estrie, alors qu'elle ne récoltait qu'un résultat de 47,2 % en atteinte de la balise, soit plus de 10 points sous le résultat de l'ensemble du Québec (quatorzième rang).

APERÇU PAR INDICATEUR

En Estrie, peu d'indicateurs de l'adaptation se démarquent du lot de manière tranchée. Nous y trouvons un taux de médecins spécialistes plus élevé (1,29 médecin spécialiste pour 1 000 habitants) que celui de l'ensemble du Québec (1,09 pour 1 000 habitants). Ces taux, qui peuvent être considérés dans la normalité des choses en raison de la mission universitaire de la région, permettent à l'Estrie de se classer en troisième position pour cet indicateur, derrière Montréal et la Capitale-Nationale.

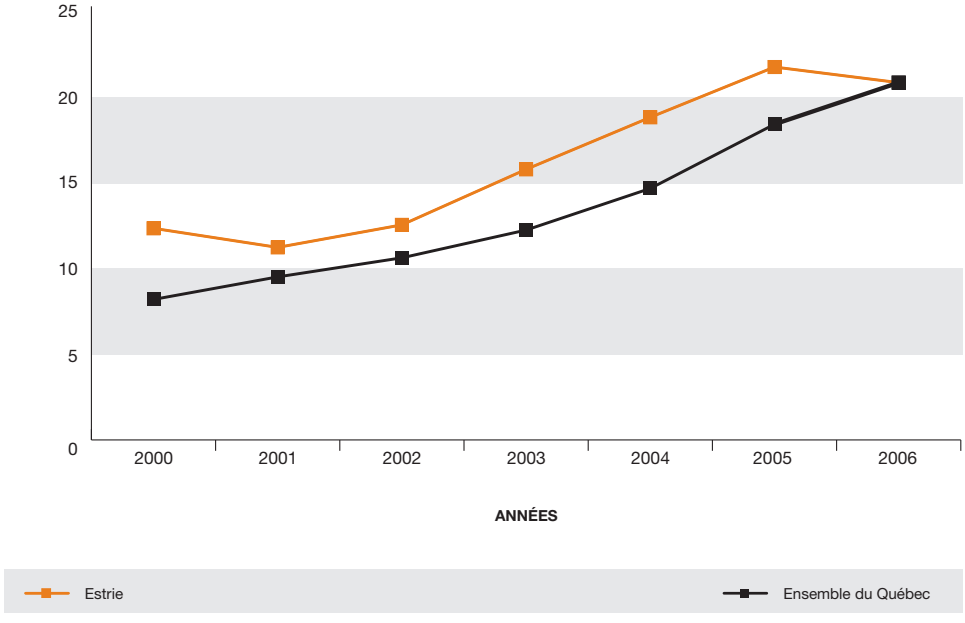
Pour la production, les indicateurs qui constituent une excellente performance sont répartis dans plusieurs sous-dimensions portant sur la fonction de production, sauf pour celles de l'accessibilité des services sociaux et des services chirurgicaux, où de moins bonnes performances sont observées. Néanmoins, l'Estrie fait très bien pour le reste des indicateurs de la production, notamment pour la proportion des femmes qui ont passé une mammographie (premier rang), pour la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence (deuxième rang) et pour la proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence (troisième rang). Par ailleurs, l'Estrie se démarque aussi pour sa durée médiane de séjour de huit jours pour les hospitalisations en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (deuxième rang partagé avec quatre autres régions), ce qui représente un écart inférieur de 3 points par rapport au comparatif québécois. Autre fait particulier, avec un taux de 16,4 %, cela permet de constater que l'on y pratique moins de césariennes pour 100 naissances vivantes que dans n'importe quelle autre région du Québec.

Pour les facteurs de risque liés à l'atteinte des buts, l'Estrie montre une proportion de 10,7 % de la population qui souffre d'obésité, ce qui la classe au premier rang pour cet indicateur. En général, elle obtient aussi des résultats positifs pour les indicateurs de la morbidité et de la mortalité évitable. Plus spécifiquement, c'est sur le plan du taux de mortalité et du nombre d'années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire que l'Estrie fait preuve des meilleures performances (deuxième rang), alors que ces deux mêmes indicateurs obtiennent une cinquième place pour le cancer et une sixième place pour les maladies du système circulatoire. Par contre, il importe de noter que le taux d'incidence du cancer est plus inquiétant, l'Estrie occupant l'avant-dernière position parmi les régions du Québec avec un taux de 574,7 nouveaux cas de cancer annuellement. Néanmoins, ce résultat peut représenter un désavantage, bien qu'il puisse également être le fruit d'un effort particulier de dépistage, ce qui rend plus nuancée l'interprétation de cette donnée en matière de performance.

TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, l'Estrie a amélioré globalement ses résultats dans une proportion de 3,1 % annuellement, avec la deuxième plus grande variation positive parmi les régions du Québec en ce qui concerne l'atteinte des buts, mais avec un résultat en production qui s'améliore moins vite que celui de l'ensemble du Québec. Dans le graphique d'évolution temporelle relative aux innovations technologiques qui est présenté ci-dessous, nous remarquons que, depuis 2000, l'Estrie avait habituellement des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec pour le nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), bien qu'en 2006, les résultats obtenus par l'ensemble du Québec l'aient rattrapée.

Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants, 2000 à 2006





RÉGION UNIVERSITAIRE

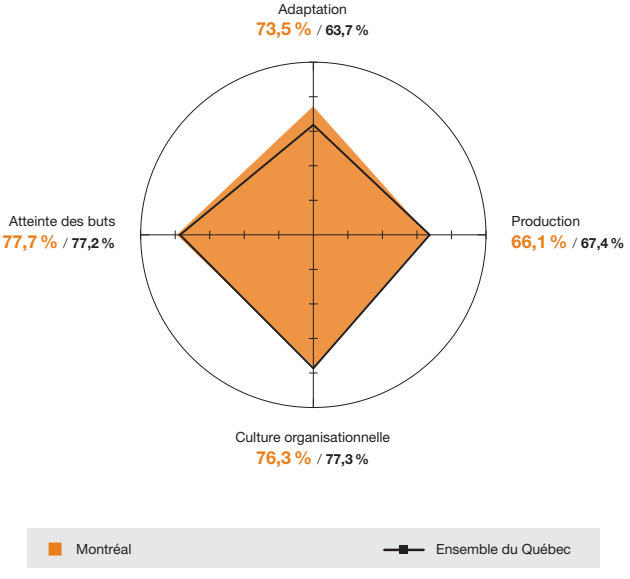
MONTRÉAL

RÉGION 06

CONTEXTE GÉNÉRAL

Région essentiellement urbaine, Montréal, la plus populeuse des régions sociosanitaires du Québec, compte 1 937 651 habitants en 2009. Montréal est aussi la région la plus diversifiée sur le plan démographique. Selon les données du recensement de 2001, on dénombre, entre autres, près de 28 % d'immigrants et l'anglais y est la langue parlée dans près du quart des foyers, alors que près de 18 % des autres foyers sont allophones. Plusieurs données contrastantes caractérisent la situation socioéconomique de la région. D'une part, Montréal est à la fois la région qui compte la plus forte proportion de personnes qui ont une scolarité universitaire, l'une de celles dont le revenu personnel par habitant est le plus élevé et l'une des régions qui comptent le moins de personnes âgées bénéficiant du supplément de revenu garanti. D'autre part, elle est la région qui possède les proportions les plus élevées de bénéficiaires de l'assistance sociale, de personnes qui vivent sous le seuil de faible revenu et de personnes qui se perçoivent en situation d'insécurité alimentaire. De plus, c'est à Montréal que l'on enregistre les plus hauts taux de familles monoparentales (28,3 %) et de ménages habitant dans un logement loué (64,2 %). Parallèlement, le taux de chômage de cette région dépasse la barre des 10 %.

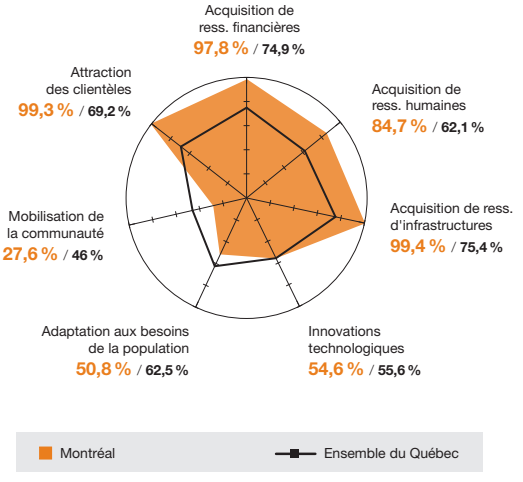
APERÇU GLOBAL



La région de Montréal a de fortes caractéristiques urbaines et un niveau très prononcé dans le domaine de la médecine spécialisée. Elle se démarque positivement de la moyenne québécoise pour l'adaptation et l'atteinte des buts, alors qu'elle est située à peine en dessous du résultat québécois pour la culture organisationnelle. Aussi, même si sa performance dans la fonction de production se rapproche de celle de l'ensemble du Québec, la région de Montréal fait face à des défis importants quant à sa capacité de production, alors que l'on y retrouve des résultats préoccupants en ce qui concerne les services en médecine générale et certains services spécialisés.

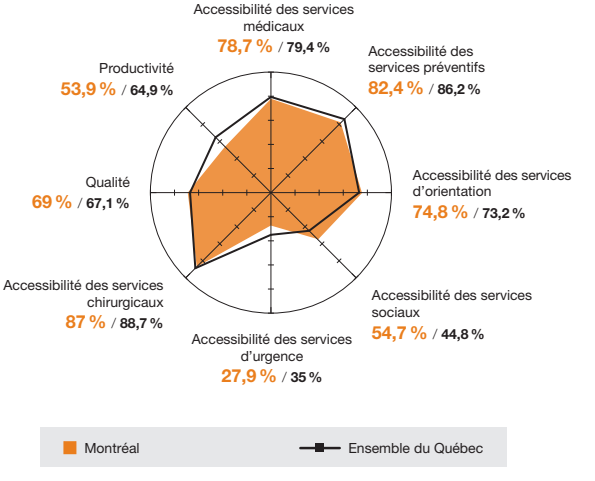
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



En ce qui concerne l'atteinte de la balise portant sur l'adaptation, la région sociosanitaire de Montréal obtient un résultat de 73,5 %, se classant ainsi au quatrième rang, avec un résultat plus élevé que celui du Québec par une marge de près de 10 points. En concordance avec son statut de région universitaire et du fait qu'elle est un centre prodiguant des soins parmi les plus spécialisés au Québec, elle se classe première pour l'attraction de la clientèle (99,3 %) avec une large avance comparativement à l'ensemble du Québec pour le taux de desserte extrarégionale (35,4 %) et le taux de rétention des hospitalisations (96,1 %). En effet, les services hospitaliers de la région de Montréal sont reconnus pour leur surspécialisation médicale et la région dessert une population qui déborde largement le périmètre de son territoire : une part importante des populations de Laval, de la Montérégie, de Lanaudière, des Laurentides et même du Nunavut et des Terres-Cries-de-la-Baie-James y ont recours. En conséquence, elle se place en première ou en deuxième place pour toutes les sous-dimensions liées à l'acquisition des ressources avec un résultat supérieur de 22 à 24 points de pourcentage à celui du Québec. Par contre, en ce qui concerne les sous-dimensions portant, particulièrement, sur l'adaptation aux besoins de la population et la mobilisation de la communauté, la région de Montréal occupe les derniers rangs avec, respectivement, un écart absolu négatif de 11,7 et de 18,4 points de pourcentage d'atteinte de la balise par rapport à l'ensemble québécois.

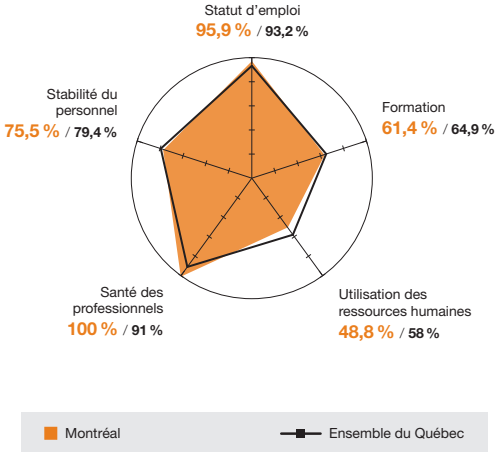
PRODUCTION



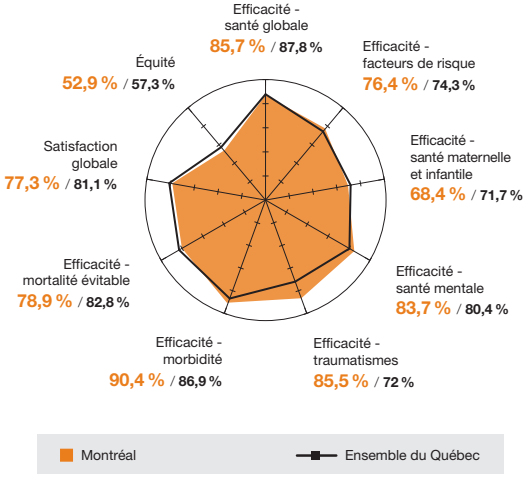
En ce qui a trait à la production, la région de la métropole se place en treizième position avec un résultat de 66,1 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, ce qui est légèrement au-dessous de la donnée québécoise (67,4 %). Deux des lacunes principales observées sont l'accès difficile aux services d'urgence et aux services préventifs dans la région (respectivement treizième et quatorzième rang), l'écart le plus significatif étant celui des services d'urgence, où le score montréalais (27,9 % d'atteinte de la balise) est de 7,1 points inférieur à celui du Québec — le poids populationnel de la région de Montréal influençant évidemment la moyenne provinciale. De plus, des défis importants s'imposent à la région montréalaise quant à la productivité, puisqu'elle est dépassée par toutes les autres régions du Québec. En effet, elle se classe dernière pour les durées médianes de séjour pour les hospitalisations de soins aigus ainsi que pour les hospitalisations pour hystérectomie, pour fracture de la hanche et pour accident vasculaire cérébral (AVC).

Néanmoins, il est vrai que la région de Montréal, avec les soins spécialisés et surspécialisés qu'elle offre, est souvent appelée à se charger de patients dont la lourdeur des cas est plus grande, ce qui nuance la constatation de performance quant aux durées moyennes de séjour. En terminant, nous y trouvons des résultats qui oscillent autour des résultats obtenus par l'ensemble québécois pour les sous-dimensions portant sur l'accessibilité des services médicaux, l'accessibilité des services d'orientation, l'accessibilité des services chirurgicaux et la qualité, ces résultats se classant tous au neuvième ou au dixième rang. Quant à elle, l'accessibilité des services sociaux semble bonne avec un score qui se situe à près de 10 points au-dessus de celui du Québec et un cinquième rang à l'échelle provinciale.

Si la constatation globale pour la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle est une performance (résultat de 76,3 % en atteinte de la balise et onzième rang) qui se situe tout près de celle du Québec (77,3 %), la description par sous-dimension est, quant à elle, plutôt variable. En fait, Montréal se classe en première et en troisième position en ce qui concerne la santé des professionnels et le statut d'emploi, mais elle est treizième pour la stabilité du personnel et quatorzième pour l'utilisation des ressources humaines. Un tel résultat s'explique par le fait que Montréal est la région ayant le plus tendance à demander au personnel infirmier de travailler en temps supplémentaire ou à avoir recours aux agences privées pour effectuer le travail en soins infirmiers. Autrement, la donnée de Montréal pour la sous-dimension portant sur la formation (résultat de 61,4 % en atteinte de la balise) est légèrement au-dessous de l'ensemble québécois (64,9 %) avec une position de dixième rang.



Avec un score de 77,7 % en atteinte de la balise, la région de Montréal est celle qui occupe le neuvième rang pour l'ensemble de la fonction d'atteinte des buts, ce qui en fait la région universitaire la moins performante. Toutefois, une étude plus spécifique des résultats par sous-dimension nuance cette performance. Pour les sous-dimensions portant sur l'efficacité, les résultats positifs par rapport à l'ensemble du Québec se trouvent dans les facteurs de risque, la santé mentale, les traumatismes et la morbidité. Dans cette dernière sous-dimension, la performance est intimement liée aux deuxièmes rangs observés en matière d'incidence du cancer et du taux de mortalité occasionné par le cancer. Paradoxalement, la région de Montréal se place au treizième rang pour la mortalité évitable, une situation qui s'explique, en partie, par la performance limitée quant aux années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire (onzième rang). De plus, l'efficacité de la santé globale (85,7 %) est moindre que la moyenne du Québec, tout comme la santé maternelle et infantile (68,4 %), qui se trouve au quatorzième rang avec un écart négatif de 3,3 points de pourcentage. Ces résultats négatifs peuvent expliquer pourquoi la région de Montréal montre de faibles résultats en satisfaction globale (treizième rang). Finalement, en ce qui concerne l'équité, Montréal atteint le onzième rang avec un résultat inférieur de 4,4 points de pourcentage à celui du Québec.



APERÇU PAR INDICATEUR

Bien entendu, la mission suprarégionale attitrée à la région de Montréal et la concentration de services surspécialisés transparaissent à travers les indicateurs pris individuellement. À titre d'exemple, on y trouve la plus grande densité de médecins spécialistes au Québec avec 1,95 médecin spécialiste pour 1 000 habitants, alors que la donnée pour l'ensemble du Québec se situe à 1,09 médecin spécialiste pour 1 000 habitants. Cependant, l'étude des indicateurs de l'adaptation amène aussi des constatations sur la prise en charge de la population pour les soins de première ligne, telle la proportion de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), qui est largement inférieure à celle du Québec. À ce chapitre, la région de Montréal se classe au dernier rang, avec seulement 5,4 % des personnes qui y vivent étant inscrites dans un groupe de médecine de famille, comparativement à 18,1 % pour l'ensemble du Québec.

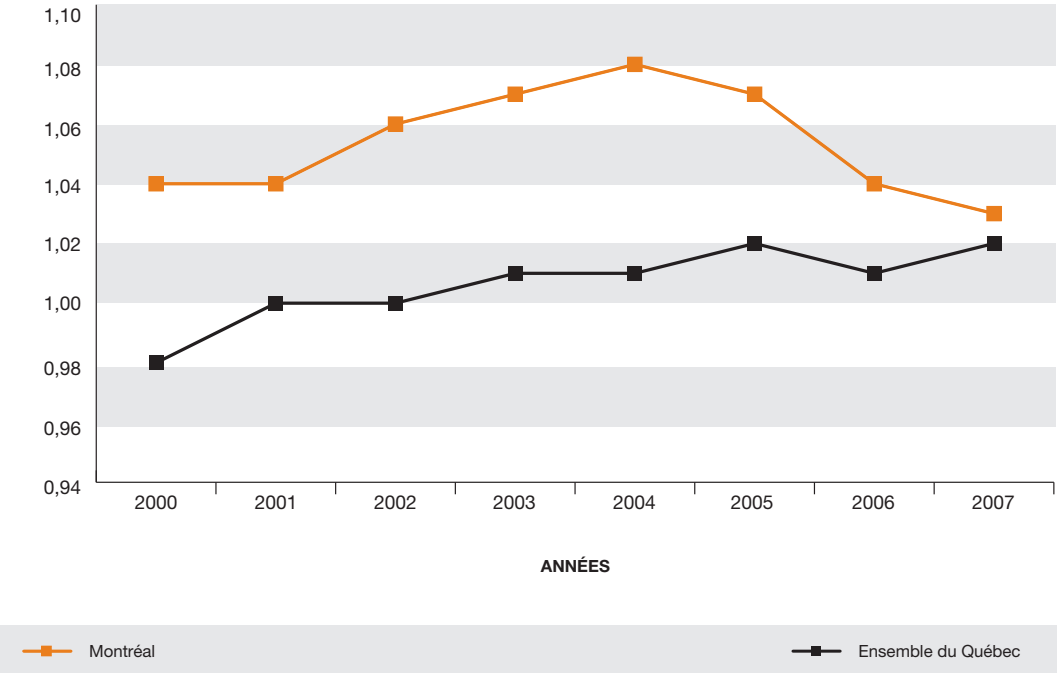
Pour ce qui est des indicateurs de la production, Montréal se distingue négativement pour bon nombre de ceux qui sont reliés aux services de première ligne. Par exemple, Montréal présente un bilan pour lequel seulement 64,3 % des habitants de la région déclarent avoir un médecin de famille (dernier rang) et où l'indice de consommation de services médicaux en médecine générale se situe à l'avant-dernier rang. Montréal se situe aussi dans les trois dernières positions pour la proportion des personnes de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre l'influenza, pour la proportion des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie, pour la durée des séjours sur civière à l'urgence, pour la proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, pour le taux d'arthroplasties du genou pour 100 000 habitants et pour le taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) pour 100 000 habitants. En contrepartie, la région de Montréal s'illustre positivement en donnant un très bon rendement en ce qui concerne son intensité dans les services sociaux, soit pour le nombre d'interventions par usager (deuxième rang) et pour son taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (deuxième rang).

Finalement, en ce qui a trait à l'atteinte des buts, notons que le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de 17 ans ou moins est de 26,9 % plus élevé que celui observé pour le Québec, lequel est de 24,9 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans. Par contre, il convient de souligner la bonne performance pour le taux de mortalité par suicide, qui est d'un peu moins de 12 pour 100 000 habitants (deuxième rang) et le faible taux de mortalité par traumatismes non intentionnels (deuxième rang).

TENDANCE TEMPORELLE

Dans la région de Montréal, les indicateurs ont varié positivement en moyenne de 2,7 % annuellement, ce qui est inférieur à l'amélioration qui s'élève à 3 % pour l'ensemble du Québec. Montréal a eu de la difficulté à suivre l'évolution des autres régions particulièrement en ce qui a trait à l'atteinte des buts et à la production. En adaptation, la croissance est semblable à celle du Québec. Le graphique ci-contre illustre une évolution inquiétante en ce qui concerne le taux de médecins omnipraticiens pour 1 000 habitants, lequel diminue depuis 2004, après avoir connu une croissance dans les années allant de 2001 à 2004.

Taux de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants, 2000 à 2007



Régions en périphérie des régions universitaires

Les régions situées en périphérie des régions universitaires comprennent la région de la Chaudière-Appalaches (12), en périphérie de Québec, et les quatre régions en périphérie de Montréal : Laval (13), Lanaudière (14), les Laurentides (15) et la Montérégie (16). Ces régions présentent une forte mobilité interrégionale pour leur consommation de services de santé, et ce, tant pour des services spécialisés que pour des services généraux (de base).



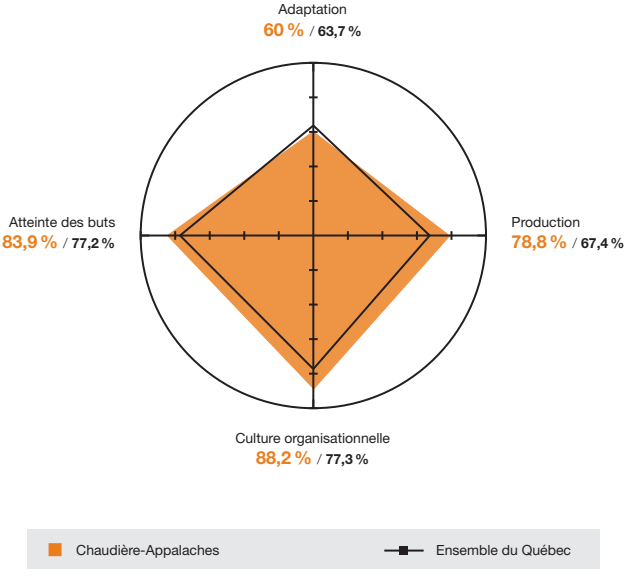
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

CHAUDIÈRE-APPALACHES
RÉGION 12

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, la région de la Chaudière-Appalaches compte 396 672 habitants. Sa structure démographique est semblable à celle du Québec sous plusieurs aspects, surtout pour ce qui est de la répartition par âge. Comme pour le Bas-Saint-Laurent, la population y est relativement homogène : 99,6 % de la population parle français à la maison, alors que les immigrants constituent environ 1 % de la population de la région. Forte d'un dynamique secteur manufacturier, la région de la Chaudière-Appalaches connaît, depuis près d'une décennie, une importante croissance économique. Ainsi, la région connaît un fort taux d'emploi et son taux de chômage, de 6 %, est parmi les plus faibles au Québec. Par ailleurs, elle compte aussi le plus faible pourcentage de prestataires d'assistance-emploi au Québec (4,7 %), la plus faible proportion de ménages à faible revenu (12,7 %) ainsi que la plus faible proportion de ménages monoparentaux (16,9 %).

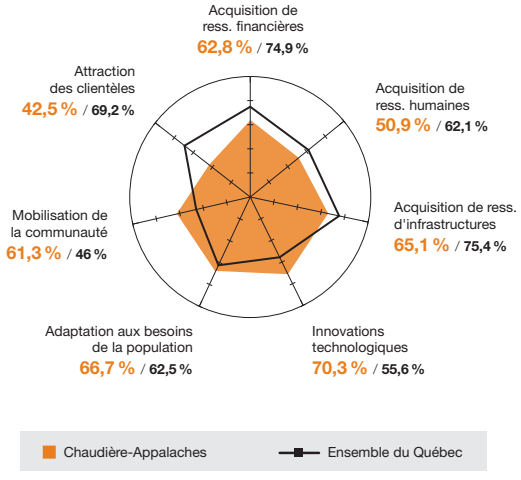
APERÇU GLOBAL



Même si elle fait partie du groupe des régions qui sont en périphérie des régions universitaires et même si elle en détient certaines caractéristiques marquantes, la région de la Chaudière-Appalaches contraste globalement avec les autres régions de son groupe. Ses performances dans les fonctions de production, de développement et de maintien de la culture organisationnelle et d'atteinte des buts se distinguent toutes favorablement par rapport à celles de l'ensemble du Québec, ce qui, généralement, n'est pas le cas pour les régions appartenant à ce groupe. La région se classe très favorablement à l'échelle québécoise en ce qui concerne les quatre fonctions portant sur la performance.

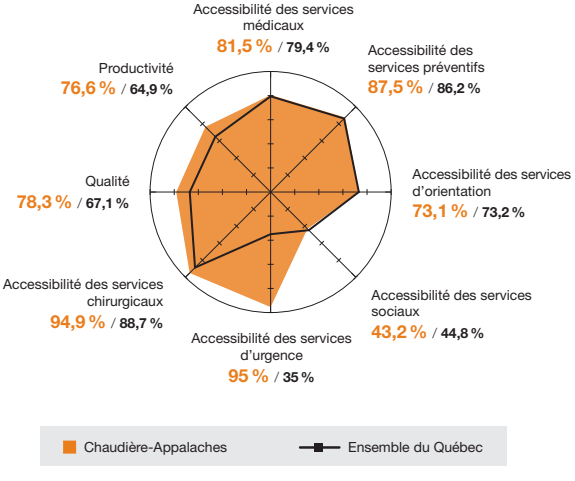
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



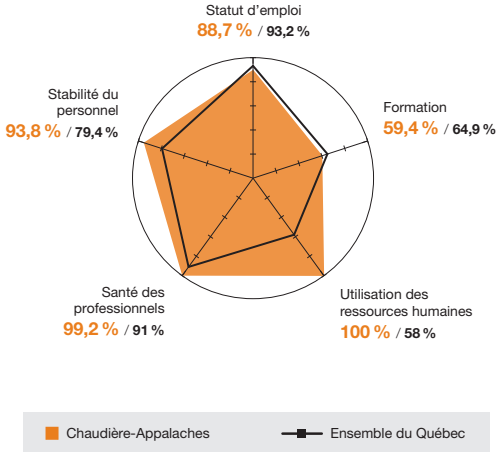
En ce qui concerne l'atteinte de la balise portant sur l'adaptation, la région de la Chaudière-Appalaches obtient 60 %, ce qui est inférieur au taux obtenu par le Québec (63,7 %) et qui place la région au dixième rang à l'échelle de la province. Malgré cela, il s'agit de la meilleure performance par rapport au groupe des régions en périphérie d'une région universitaire. La région de la Chaudière-Appalaches n'échappe pas, pour autant, au modèle observé dans ce groupe de régions, c'est-à-dire que les sous-dimensions portant sur l'acquisition des ressources ont des résultats nettement en dessous de ceux du Québec, ce qui la place également au dixième rang. En contrepartie, elle obtient des résultats au dessus de l'ensemble québécois pour l'adaptation aux besoins de la population (neuvième rang ex æquo avec Lanaudière), mais particulièrement élevés pour les innovations technologiques (deuxième rang) et pour la mobilisation de la communauté (sixième rang) avec un taux supérieur d'environ 15 points par rapport à celui du Québec. Pour ce qui est de l'attraction des usagers, la proximité de la région universitaire de la Capitale-Nationale est aussi ressentie avec le plus faible taux de rétention des hospitalisations au Québec.

PRODUCTION

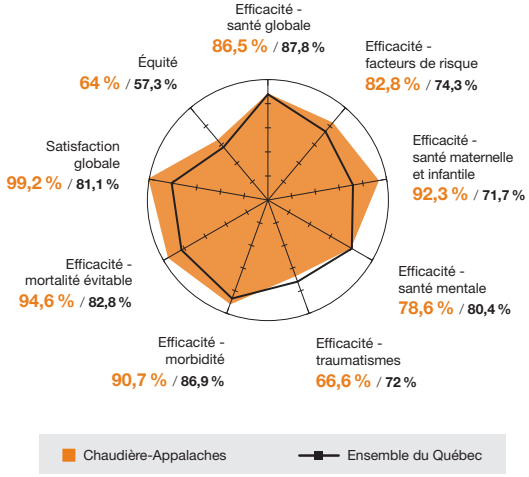


Contrairement aux autres régions en périphérie d'une région universitaire, la région de la Chaudière-Appalaches occupe une bonne position pour l'ensemble des aspects liés à la capacité de production ; pour ce qui est de l'atteinte de la balise, elle affiche un score de 78,8 %, ce qui lui fait occuper le deuxième rang au Québec. L'accessibilité des services médicaux et l'accessibilité des services préventifs se situent au sixième rang avec un résultat légèrement au-dessus de celui du Québec, alors que l'accessibilité des services d'orientation et l'accessibilité des services sociaux sont situées légèrement sous le résultat du Québec avec une onzième et une douzième position. Autrement, l'accessibilité des services d'urgence obtient un score largement supérieur à celui du Québec, classant en première place la région de la Chaudière-Appalaches, avec 60 points de pourcentage devant le résultat de l'ensemble du Québec. De plus, l'accessibilité des services chirurgicaux (deuxième rang) est de 6,2 points au-dessus du comparatif québécois avec des taux d'arthroplasties de la hanche et du genou pour 100 000 habitants plus élevés que ceux du Québec, alors que la qualité récolte de la même façon le deuxième rang avec un écart positif de près de 11 points. Finalement, la région de la Chaudière-Appalaches se classe deuxième en productivité en raison de ses durées, moyenne ou médiane, de séjour plus courtes que celles de l'ensemble du Québec pour les hospitalisations de soins aigus, pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), pour les hystérectomies et pour les fractures de la hanche.

En culture organisationnelle, la région de la Chaudière-Appalaches offre le meilleur résultat du Québec pour ce qui est de l'atteinte de la balise avec un pourcentage de 88,2 % ; ce résultat lui permet d'obtenir presque 11 points de plus que la donnée pour l'ensemble du Québec. Le meilleur résultat de cette fonction se situe dans la sous-dimension de l'utilisation des ressources humaines (premier rang), alors que la Chaudière-Appalaches obtient la proportion des heures travaillées en temps supplémentaire la plus faible en province aussi bien pour les soins infirmiers que pour l'ensemble du personnel qui travaille dans le réseau. La région jouit également d'une proportion d'absentéisme parmi les plus faibles et des taux de roulement parmi les plus bas, ce qui classe la région au deuxième rang pour la santé des professionnels et au troisième pour la stabilité du personnel. La région obtient de moins bonnes performances en ce qui a trait au statut d'emploi (88,7 %) et à la formation (59,4 %) en occupant, respectivement, le douzième et le onzième rang pour ces sous-dimensions.



Conséquemment aux performances en production et en culture organisationnelle, la région de la Chaudière-Appalaches se classe favorablement au deuxième rang pour l'atteinte des buts, ce qui lui donne un résultat de 83,9 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise. Dans le détail, le résultat de 86,5 % en ce qui concerne l'efficacité en santé globale est légèrement inférieur au résultat de la moyenne provinciale, ce qui est aussi le cas pour l'efficacité en santé mentale (78,6 %). En ce qui concerne la santé mentale, cela s'explique par le fait que les résidents de la Chaudière-Appalaches se perçoivent en moins bonne santé mentale que ceux des autres régions du Québec et que le taux de suicides y est considérablement élevé (22 suicides pour 100 000 habitants comparativement à 16,3 dans l'ensemble du Québec). Par contre, la proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur est moindre dans la Chaudière-Appalaches que dans la plupart des régions du Québec. Sinon, la Chaudière-Appalaches démontre une très bonne performance en santé maternelle et infantile avec plus de 20 points en avance sur l'ensemble des régions du Québec, ce qui la place au premier rang. Pour les sous-dimensions portant sur les facteurs de risque (82,8 %), la morbidité (90,7 %) et la mortalité évitable (94,6 %), nous observons des résultats la plaçant au deuxième rang pour chacune de celles-ci. Plus particulièrement, le taux de mortalité et les années potentielles de vie perdues par cancer ou par maladies du système circulatoire sont parmi les plus faibles au Québec. En matière d'équité, la Chaudière-Appalaches occupe une sixième position avec un résultat de 64 %. Finalement, il va de soi que les résultats nommés ci-dessus engendrent de bons résultats dans la sous-dimension de la satisfaction globale. En effet, la Chaudière-Appalaches occupe le deuxième rang avec un résultat de 99,2 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise.



APERÇU PAR INDICATEUR

Parmi les indicateurs qui se démarquent en ce qui concerne la région de la Chaudière-Appalaches, plusieurs offrent de très bons résultats sauf en acquisition des ressources. En ce sens, comme c'est le cas pour plusieurs régions en périphérie des régions universitaires, nous observons, pour la Chaudière-Appalaches, que certains indicateurs de l'acquisition des ressources, tels que le taux de médecins spécialistes, sont inférieurs à la moyenne québécoise ; le taux obtenu par cette région se situe à 0,65 médecin spécialiste pour 1 000 habitants, comparativement à 1,09 pour le Québec. Toutefois, la Chaudière-Appalaches se classe au deuxième rang en ce qui concerne le taux d'examens faits au moyen de l'imagerie par résonance magnétique ; en effet, ce taux est considéré comme haut, puisque la proportion y est de 26,9 examens pour 1 000 habitants. De plus, 31,6 % de la population est inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF).

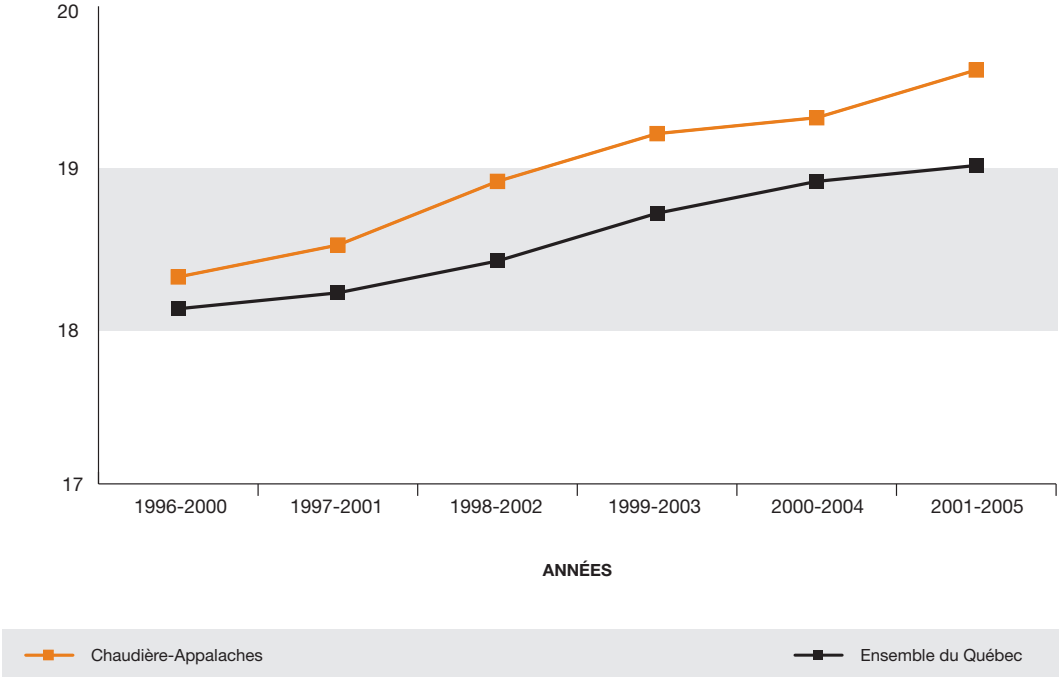
Les services d'urgence retiennent l'attention dans la Chaudière-Appalaches avec une durée moyenne des séjours sur civière à l'urgence de 11,9 heures, comparativement à 16,5 heures pour le Québec, et avec seulement 0,3 % de ces séjours qui durent 48 heures ou plus, ce qui en fait la plus faible proportion au Québec. Nous notons également peu d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), comparativement à l'ensemble québécois, qui rapporte 51,3 incidents de ce type pour 100 000 habitants, ce qui constitue le deuxième meilleur rendement.

La région de la Chaudière-Appalaches montre aussi des indicateurs solides en matière de facteurs de risque, alors qu'elle se classe dans les trois premières régions du Québec pour son faible taux de tabagisme, qui est de 21,3 % comparativement à 25,1 % au Québec, pour sa prévalence du diabète avec 5 % de la population qui en est atteinte et pour la mesure de l'indice de masse corporelle, alors que l'on considère 13,4 % de la population comme étant obèse, ce qui est inférieur au taux québécois de 15,3 %. De plus, nous remarquons une sous-performance en ce qui concerne la capacité de la région à prévenir la mortalité par traumatismes non intentionnels avec un taux de 32,8 pour 100 000 habitants, ce qui équivaut au dixième rang. De plus, deux résultats en santé maternelle et infantile ressortent avec des pourcentages qui la placent au premier rang. Ces données font d'abord référence au fait que, dans la Chaudière-Appalaches, nous trouvons seulement 8,4 grossesses pour 1 000 adolescentes, comparativement à 18,2 au Québec, et que seulement 4,9 % des naissances sont considérées comme étant de faible poids, alors que ce taux est de 5,7 % pour l'ensemble du Québec.

TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, les données de la région de la Chaudière-Appalaches se sont améliorées en moyenne de 3,9 % par année ; il s'agit de la troisième meilleure croissance au Québec. Fait intéressant, l'amélioration de la production est particulièrement saillante par rapport à l'ensemble du Québec, alors que l'adaptation a crû moins vite que son comparatif québécois. Sinon, l'atteinte des buts a connu une croissance soutenue au-delà de celle du Québec de la même façon qu'en témoigne le graphique ci-contre, qui présente l'évolution de l'espérance de vie à 65 ans dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Espérance de vie à 65 ans, en années, 1996-2000 à 2001-2005





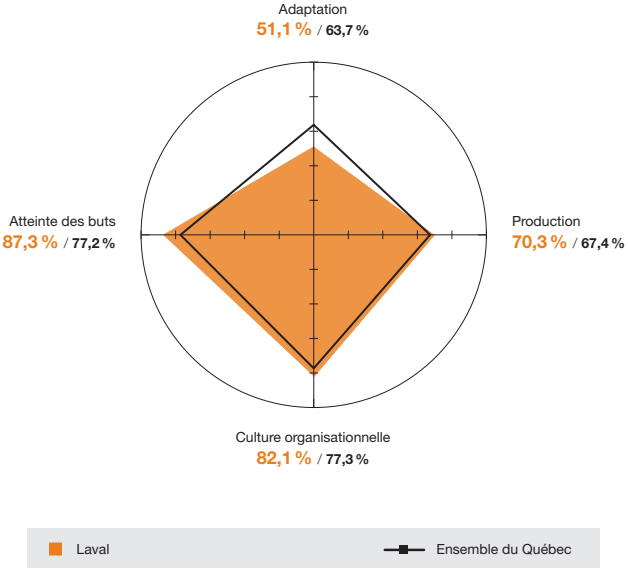
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LAVAL
RÉGION 13

CONTEXTE GÉNÉRAL

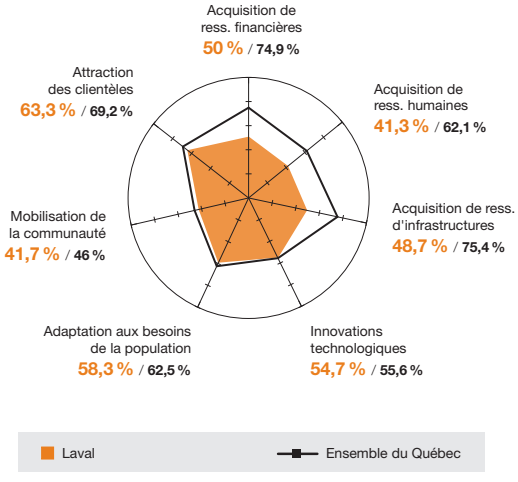
Avec un accroissement populationnel plus rapide que celui du Québec, la région de Laval compte 375 699 habitants en 2009. Après Montréal, c'est la région qui accueille la plus forte proportion d'immigrants avec un taux de 15,5 %. D'ailleurs, un peu plus de 10 % de la population lavalloise parle anglais à la maison et un autre 10 % y parle une langue différente du français ou de l'anglais. La région de Laval jouit d'une population ayant une scolarité avancée et c'est dans cette région que l'âge moyen des mères qui donnent naissance est le plus élevé au Québec, soit 29,9 ans. Sur le plan de l'emploi, Laval obtient le meilleur résultat québécois pour le pourcentage de personnes qui occupent un emploi (65,7 %) et le taux de chômage y est bas (5,1 %). Le dynamisme de la région se reflète également sur le taux de prestataires de l'assistance-emploi (4,7 %) et le taux de personnes âgées de 65 ans ou plus qui bénéficient du supplément de revenu garanti (41 %), ces deux taux étant les plus bas au Québec.

APERÇU GLOBAL



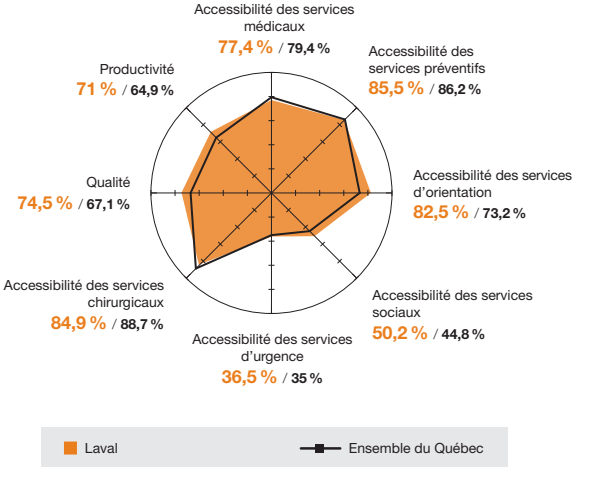
Globalement, la description de la région de Laval, tout comme celle des régions en périphérie des régions universitaires, demeure complexe en raison de la mobilité de la population. Néanmoins, il est tout de même possible d'affirmer que ses degrés d'atteinte des balises sont, dans l'ensemble, favorables pour ce qui est des fonctions de performance lorsque ces niveaux sont comparés à ceux des autres régions de ce groupe. Le seul résultat négatif dans cette comparaison par fonction à l'ensemble du Québec se trouve dans l'adaptation, parce que la région de Laval obtient de bons résultats pour sa capacité de production et sa culture organisationnelle et, particulièrement, par rapport à sa capacité d'atteindre les buts fixés en matière de résultat de santé dans sa population.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

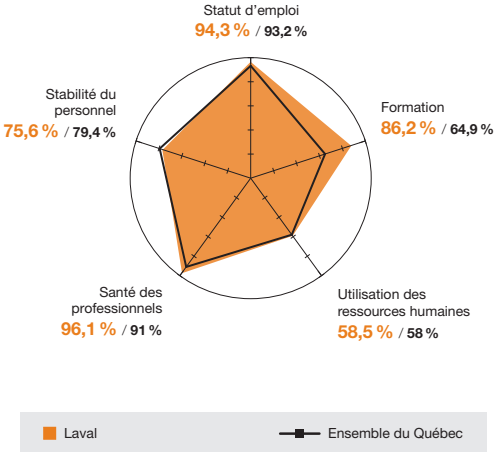


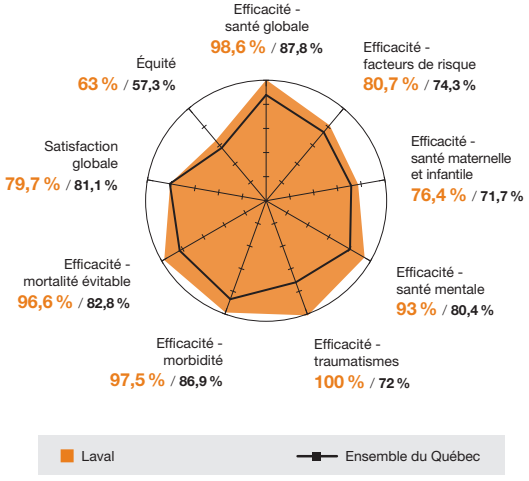
En adaptation, la région de Laval atteint la balise à 51,1 %, ce qui la classe au treizième rang au Québec. Dans l'univers des régions en périphérie des régions universitaires, ce résultat se situe entre ceux de Lanaudière et des Laurentides. Conformément au profil type de ce genre de région, nous y observons des résultats, en matière d'acquisition des ressources, qui sont de plus de 20 points inférieurs à ceux du Québec, alors que Laval se classe dernière pour l'acquisition de ressources financières et d'infrastructures et avant-dernière pour les ressources humaines. Pour la région de Laval, la particularité saillante en adaptation est, sans aucun doute, l'influence de son emplacement géographique. En effet, en ce qui concerne l'attraction des clientèles, nous observons que Laval est, en quelque sorte, une plaque tournante en ce qui concerne le transit des hospitalisations, alors que le taux de rétention des hospitalisations se situe seulement à 47,7 %, occupant ainsi le quinzième rang, et que son taux de desserte extrarégionale s'établit à plus de 27 %, plaçant la région au troisième rang. Par conséquent, cela signifie non seulement que beaucoup de Lavallois obtiennent leurs soins à l'extérieur de la région, principalement à Montréal, mais aussi que beaucoup de résidents rattachés à d'autres régions telles que les Laurentides et Lanaudière viennent se faire soigner dans la région de Laval. Il est important de tenir compte de ce facteur auquel nous pouvons ajouter des différences dans la lourdeur des cas transigeant d'une région à l'autre, certains ayant besoin de soins plus spécialisés que d'autres. Outre ces observations, il est possible d'affirmer que Laval obtient un résultat qui se situe près de celui du Québec pour l'utilisation des technologies (dixième rang) et qui donne un peu plus de 4 points sous l'ensemble québécois pour l'adaptation aux besoins de la population (treizième rang ex æquo avec la Capitale-Nationale) et pour la mobilisation de la communauté (douzième rang).

Avec un score de 70,3 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, la capacité de production de la région sociosanitaire de Laval se classe neuvième parmi les quinze régions à l'étude en ayant tout de même, pour ce qui est du pourcentage d'atteinte de la balise, 2,9 points de plus que celui de l'ensemble du Québec. Pour l'accessibilité des services médicaux (77,4 %), des services d'urgence (36,5 %) et des services préventifs (85,5 %), les résultats de Laval oscillent tous autour de ceux du Québec par plus ou moins 2 points, ce qui les classe au onzième ou au douzième rang. L'accessibilité des services d'orientation (sixième rang) ainsi que celle des services sociaux (huitième rang) sont, pour leur part, favorables avec des écarts positifs par rapport au Québec de 9,3 et de 5,4 points. Cependant, c'est sur le plan de l'accessibilité des services chirurgicaux (84,9 %) que l'on trouve le moins bon classement pour une sous-dimension de la production, alors que les proportions de la population en attente, depuis plus de six mois, d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie d'un jour sont parmi les plus élevées au Québec. Par ailleurs, la région de Laval se démarque favorablement pour ce qui est de la qualité des services et des soins, puisqu'elle se place au cinquième rang, et pour sa productivité, puisqu'elle se situe au neuvième rang, avec des écarts respectifs de 7,4 et de 6,1 points en comparaison avec la référence québécoise.



Placée au cinquième rang, la région de Laval obtient une meilleure performance que celle de l'ensemble du Québec. Elle obtient presque 5 points de plus pour les aspects portant sur le développement et le maintien de sa culture organisationnelle. Elle se distingue, tout particulièrement, par la proportion des heures travaillées consacrées à la formation, qui la place au deuxième rang, et par sa faible proportion d'absentéisme, qui lui permet de se classer au troisième rang, dans la sous-dimension de la santé des professionnels. De plus, les résultats relatifs aux sous-dimensions portant sur le statut d'emploi (cinquième rang) et sur l'utilisation de ses ressources humaines (onzième rang) sont très légèrement au-dessus de ceux du comparatif québécois. En contrepartie, la stabilité du personnel (douzième rang) est quelque peu plus difficile, alors que 31,2 % de l'effectif embauché en cours d'année a aussi quitté pendant la même période.





Se situant considérablement au-dessus de l'ensemble québécois en ce qui concerne l'atteinte des buts, la région de Laval obtient 87,3 %, ce qui est le résultat le plus élevé au Québec. Soutenue par plusieurs éléments de contexte, tels que la jeunesse de la population dans la région, une situation socioéconomique positive et un taux d'immigration favorable, cette première position en atteinte des buts se retrouve dans plusieurs sous-dimensions portant sur l'efficacité, telles que celle de la santé globale (98,6 %), celle de la santé mentale (93 %), celle de la morbidité (97,5 %) et celle de la mortalité évitable (96,6 %). Plus précisément pour la morbidité et la mortalité évitable, soulignons la position de tête qu'occupe la région pour son faible taux de mortalité par maladies des systèmes circulatoire et respiratoire et le peu d'années potentielles de vie perdues qui les accompagnent. C'est également une région qui présente des résultats favorables pour les sous-dimensions liées aux traumatismes (premier rang) et à la santé maternelle et infantile (sixième rang), avec des écarts positifs de 28 et de 4,7 points comparativement au Québec. La performance quant aux facteurs de risque (troisième rang) y est également de 6,4 points au-dessus de celle du Québec, alors que l'équité s'y retrouve favorable par 5,7 points (septième rang). Curieusement, en ce qui a trait à la satisfaction globale des usagers, la région se classe sous la moyenne provinciale, avec un pourcentage d'atteinte de la balise qui se situe à 79,7 %.

APERÇU PAR INDICATEUR

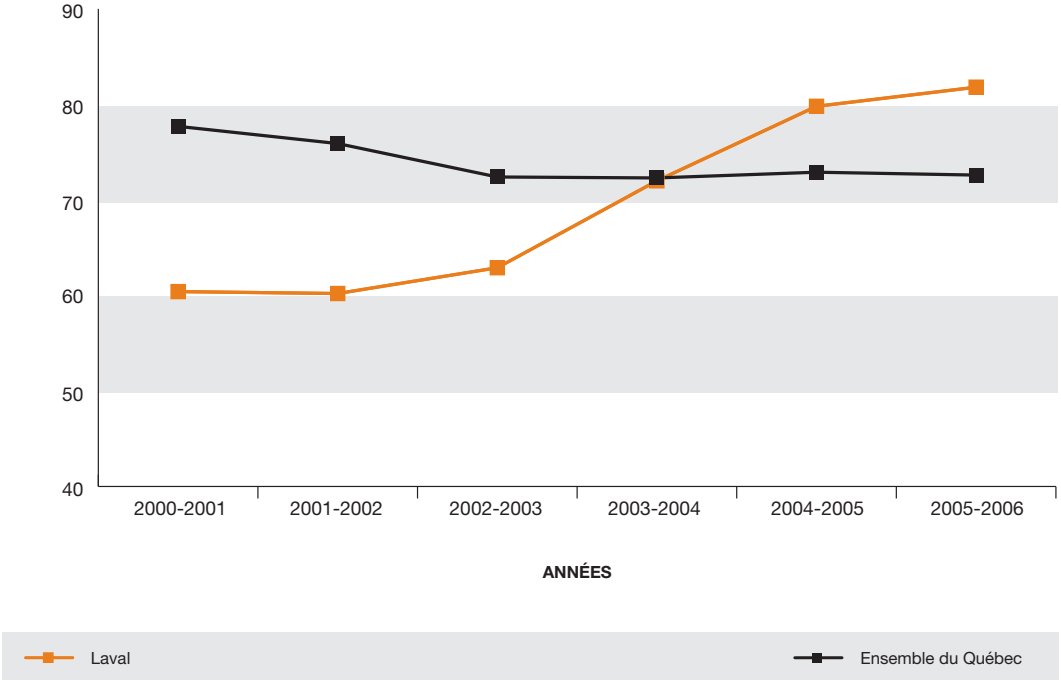
Dans l'ensemble, Laval se décrit mieux par sa vue d'ensemble que par les indicateurs pris isolément. Néanmoins, certains de ceux-ci peuvent être utiles pour comprendre les spécificités quant à la performance de cette région. Ainsi, notons d'abord que les services préventifs dans la région sont généralement bons, sauf que nous observons une proportion des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années qui s'élève à seulement 69 % comparativement à la proportion québécoise qui, elle, se situe à 74 %. De plus, sur le plan de l'accessibilité des services sociaux, Laval se classe au dernier rang pour son taux d'accessibilité globale avec une proportion d'usagers différents ayant bénéficié des services sociaux généraux qui équivaut à la moitié de celle du Québec. Par ailleurs, avec 10,6 jours d'attente pour l'évaluation et 14,2 jours pour l'application des mesures, nous pouvons considérer que les délais en matière de services de protection de la jeunesse y sont moindres comparativement aux résultats obtenus par le Québec. De plus, parmi les indicateurs de la qualité, nous observons que la région de Laval obtient un taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires qui est inférieur à celui du Québec (troisième rang), mais cette région détient aussi, et de loin, le plus haut taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), soit 106,8 pour 100 000 habitants comparativement à 76,1 pour 100 000 habitants à l'échelle du Québec.

Parmi les indicateurs de l'atteinte des buts, Laval occupe d'abord le premier rang au Québec particulièrement pour son espérance de vie à la naissance, alors que celle-ci est de 81 ans, soit 1,3 année de plus que pour l'ensemble du Québec. Ensuite, une proportion de seulement 9,3 % de la population se déclare aux prises avec des problèmes fonctionnels modérés ou graves, comparativement à 14,4 % au Québec. Le taux de suicides est également le plus bas au Québec avec 11,3 suicides pour 100 000 habitants, alors que la donnée du Québec est de 16,3 pour 100 000 habitants. Finalement, en ce qui concerne les facteurs de risque, la région de Laval possède le plus faible taux de consommation d'alcool, alors que seulement 12,7 % de la population rapporte avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion, et ce, au moins une fois par mois dans la dernière année. Toutefois, avec 7,4 % de la population qui est atteinte du diabète, cette région se classe en deuxième position en ce qui concerne ce problème de santé au Québec.

TENDANCE TEMPORELLE

Pour ce qui est de Laval, les résultats qu'indique l'évolution temporelle des indicateurs dénotent une amélioration moyenne annuelle de 2,6 %, un pourcentage en dessous du 3 % observé au Québec. Néanmoins, occupant la première position pour l'atteinte des buts, Laval n'a pas eu beaucoup de marge de manœuvre pour améliorer cet aspect. Par contre, il est étonnant de voir le peu de gain effectué dans le temps pour la fonction portant sur l'adaptation (4,9 %), en comparaison avec le résultat obtenu par le Québec (5,4 %). Néanmoins, l'exemple ci-contre illustre un indicateur de la production qui reflète une amélioration au cours des dernières années. Laval a dépassé le résultat québécois entre les années 2001-2002 et 2005-2006 pour la proportion des appels auxquels Info-Santé a répondu en moins de quatre minutes.

Proportion des appels répondus par Info-Santé en moins de 4 minutes, en %, 2000-2001 à 2005-2006





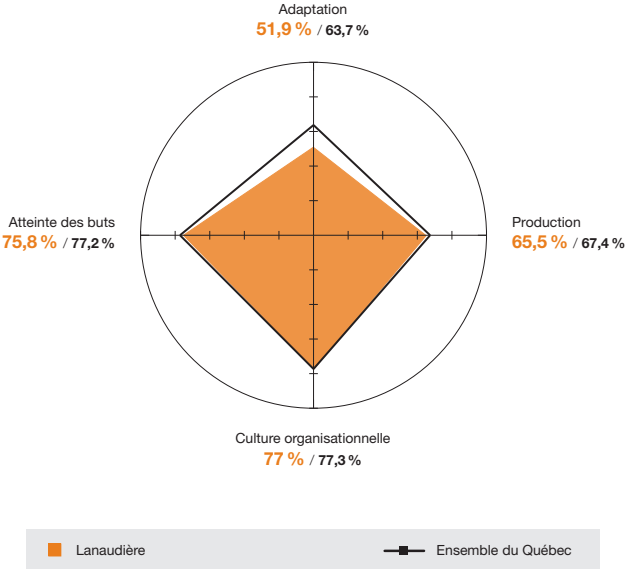
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LANAUDIÈRE
RÉGION 14

CONTEXTE GÉNÉRAL

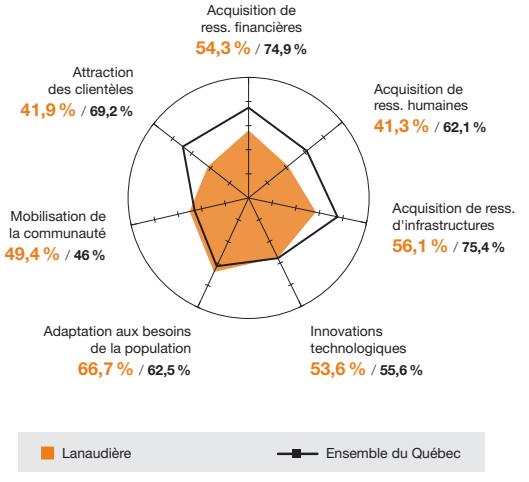
Avec 427 186 habitants en 2009, la région de Lanaudière présente une population considérablement jeune ; une proportion de 16,2 % de cette population est constituée de personnes âgées de 15 ans ou moins, la deuxième proportion la plus élevée au Québec. Majoritairement francophone, cette région démontre aussi des données économiques favorables sur le plan de l'emploi, tout en demeurant près des données de l'ensemble du Québec. Autrement, elle se démarque comme étant la région du Québec où l'on trouve la proportion la plus faible de personnes âgées de 15 ans ou plus vivant seules (10,5 %) et la deuxième plus faible proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus (32,9 %).

APERÇU GLOBAL

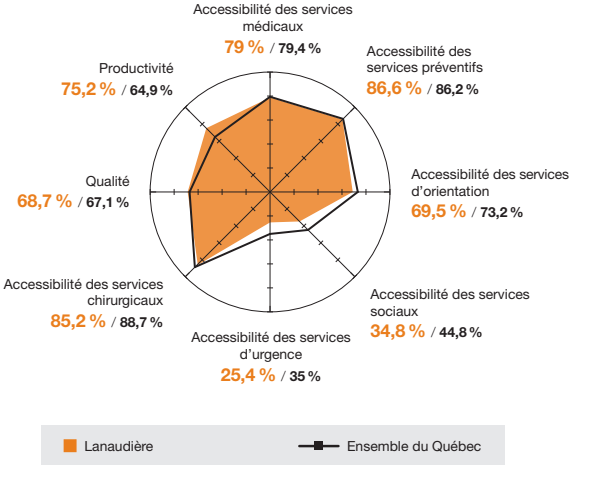


Dans l'ensemble, la région de Lanaudière présente un profil de performance très semblable à celui des régions des Laurentides et de la Montérégie. Comme l'ensemble des régions situées en périphérie des régions universitaires, la région de Lanaudière obtient son score le plus faible dans la fonction d'adaptation. Quant aux autres fonctions, aucune n'obtient des résultats globaux supérieurs au comparatif québécois. La région de Lanaudière se retrouve ainsi dans le peloton de queue de ce groupe de régions, et elle se place entre les Laurentides et la Montérégie.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

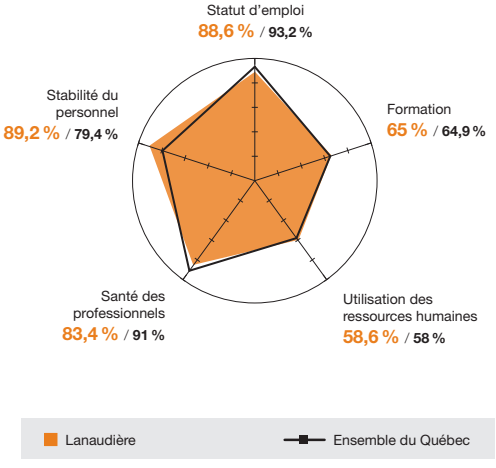


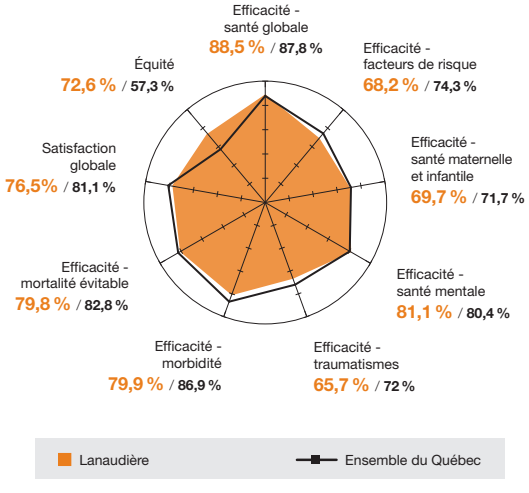
Avec un score de 51,9 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, la région de Lanaudière se situe au onzième rang, presque 12 points en dessous du résultat québécois pour la fonction d'adaptation. Ce résultat est conforme au profil constaté dans le groupe des régions situées en périphérie des régions universitaires. Plus précisément, les trois sous-dimensions portant sur l'acquisition des ressources se retrouvent sous la performance québécoise par environ 20 points de pourcentage en atteinte de la balise dans chacun des cas. Cela donne un douzième rang pour l'acquisition de ressources financières et un treizième rang pour l'acquisition de ressources humaines et d'infrastructures. Notons aussi que la spécificité de Lanaudière est, comme pour plusieurs régions de ce groupe, liée à son taux de rétention des hospitalisations, qui se classe au treizième rang, puisqu'il est parmi les plus faibles au Québec. À l'instar des autres régions de ce groupe, la région de Lanaudière est effectivement dépendante des services de santé de la région de Montréal avec 18,2 % des hospitalisations de ses résidents qui ont lieu dans les établissements de Montréal. De plus, les résidents de Lanaudière sont aussi considérablement tributaires des régions limitrophes pour se faire hospitaliser, puisqu'une étude de la mobilité régionale dénote que 8,5 % des hospitalisations se font dans la région de Laval et que 5,7 % se font dans la région des Laurentides. En conséquence, sa capacité d'attraction de la clientèle se situe défavorablement à 27,3 points par rapport au résultat du Québec. Lanaudière obtient également des performances qui oscillent de quelques points autour de celles de l'ensemble du Québec pour les innovations technologiques (treizième rang), pour l'adaptation aux besoins de la population (neuvième rang) et pour la mobilisation de la communauté (dixième rang).



La région de Lanaudière démontre une performance moindre que celle des autres régions du Québec en ce qui a trait à la production avec un score de 65,5 % en ce qui a trait à l'atteinte de la balise, ce qui équivaut au dernier rang. En regardant les sous-dimensions, nous pouvons constater des performances qui se concentrent près de la moyenne provinciale pour ce qui est de l'accessibilité des services médicaux (79 %) et des services préventifs (86,6 %), se situant chacune au huitième et au neuvième rang. Par contre, les sous-performances sont plus saillantes pour ce qui est de l'accessibilité des services sociaux (34,8 %) et des services d'urgence (25,4 %), alors que les résultats s'écartent défavorablement de l'ensemble du Québec par environ 10 points, ce qui place Lanaudière au dernier rang. Autrement, les résultats pour l'accessibilité des services chirurgicaux font en sorte que cette région se classe au treizième rang avec un résultat de 85,2 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui signifie un écart négatif de 3,5 points. Cependant, ce résultat pour cette sous-dimension est constitué d'une très bonne note pour la faible proportion des personnes en attente, depuis plus de six mois, d'une chirurgie de la cataracte (premier rang) et d'une moins bonne note pour la proportion des personnes en attente, depuis plus de six mois, d'une intervention chirurgicale, plus particulièrement d'une arthroplastie du genou (quatorzième rang). En ce qui concerne la qualité, Lanaudière se classe au onzième rang avec un résultat qui se situe près de celui du Québec, alors qu'en ce qui concerne la productivité (75,2 %), elle se démarque positivement en obtenant 10,4 points de plus par rapport au résultat obtenu par le Québec.

La culture organisationnelle de la région de Lanaudière se situe au même niveau que celle de l'ensemble du Québec avec un score de 77 % en ce qui a trait à l'atteinte de la balise, ce qui lui donne une neuvième place à l'échelle du Québec. Lanaudière enregistre des résultats inférieurs à ceux du Québec par 4,6 et 7,5 points pour les sous-dimensions relatives au statut d'emploi (avant-dernier rang ex æquo avec la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine) et à la santé des professionnels (huitième rang). Pour ce qui est de l'utilisation des ressources humaines (dixième rang) et de la formation (sixième rang), le score de Lanaudière se situe au même niveau que le comparatif québécois, alors que Lanaudière se démarque plus particulièrement par la stabilité de son personnel (quatrième rang) grâce au taux de départ de l'effectif en emploi le plus faible au Québec, soit 7,1 %.





Dans la région de Lanaudière, la capacité d'atteindre les buts se situe à près de 1,5 point de moins que celle de l'ensemble du Québec. Elle se classe douzième avec un pourcentage d'atteinte de la balise qui s'élève à 75,8 %. Lanaudière affiche une bonne performance pour la santé globale et la santé mentale, chacune se situant au sixième rang avec un résultat qui se situe à moins de 1 point au-dessus du Québec. Cependant, pour les autres sous-dimensions relatives à l'efficacité, les résultats de la région de Lanaudière sont inférieurs à ceux du Québec par un écart qui varie de 2 à 7 points. Plus spécifiquement, l'efficacité pour les facteurs de risque (68,2 %) ainsi que l'efficacité relative à la morbidité (79,9 %) occupent l'avant-dernier rang, alors que la santé maternelle et infantile ainsi que la mortalité évitable se classent en douzième position (79,8 %). Pour ce qui est de la satisfaction globale (76,5 %), il s'agit aussi d'un résultat qui se situe sous celui du Québec, avec un écart de 4,6 points, ce qui équivaut au quatorzième rang. Finalement, pour ce qui est de l'équité, Lanaudière s'écarte très favorablement de la moyenne québécoise en occupant la troisième place, avec un pourcentage de 72,6 %.

APERÇU PAR INDICATEUR

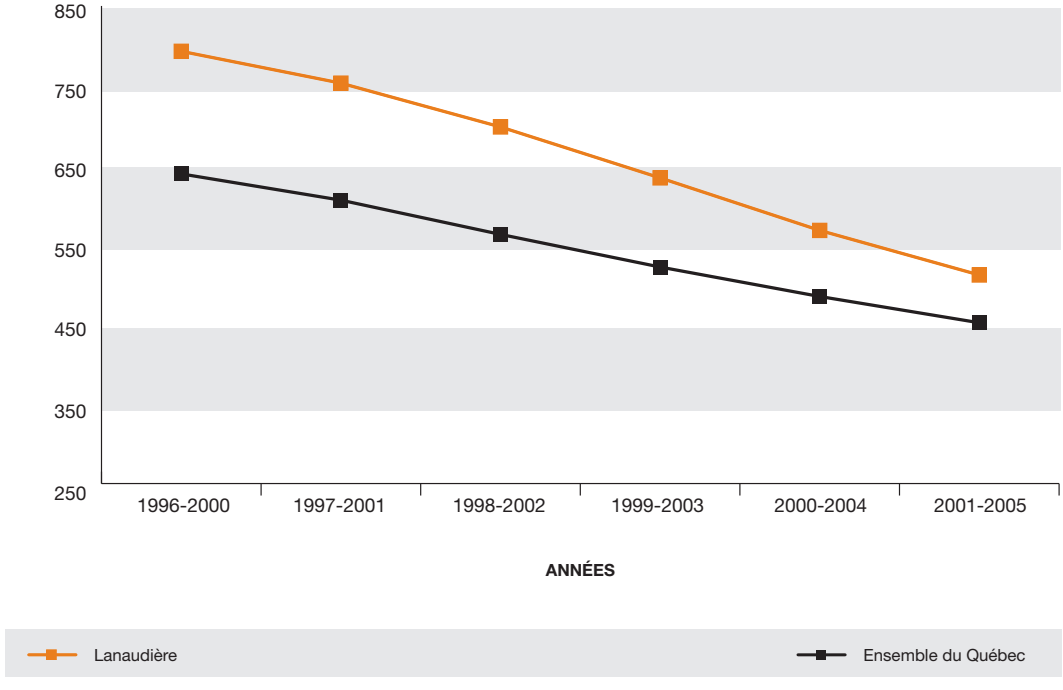
Toujours pour la région de Lanaudière, quelques indicateurs expriment des caractéristiques de performances particulières. D'abord, notons que l'on y retrouve la plus importante proportion de la population qui déclare avoir consulté un médecin dans la dernière année, soit 82,2 %. Toutefois, il semble que le dépistage du cancer du sein y soit moindre que dans les autres régions, alors que seulement 67,9 % des femmes âgées de 50 à 69 ans de Lanaudière ont eu recours à une mammographie. Les indicateurs relatifs aux services sociaux indiquent des résultats négatifs en matière de performance. En effet, Lanaudière se classe parmi les trois performances les moins élevées au Québec pour le nombre moyen d'interventions par usager en services sociaux, celui-ci s'élevant à 3,1, et pour les délais moyens d'attente en protection de la jeunesse, lesquels sont de 26,7 jours pour l'évaluation et de 28,9 jours pour l'application des mesures. En matière de qualité, nous comptons 14,5 cas de *C. difficile* dans les établissements de santé de Lanaudière pour 10 000 jours-patients, ce qui est 5,5 points de plus que pour le Québec. Toutefois, les résultats sont meilleurs en ce qui concerne le taux d'escarres de décubitus (plaies de lit) ; en effet, ce taux est le deuxième meilleur au Québec (ex æquo avec la Chaudière-Appalaches), puisqu'il équivaut à 51,3 cas pour 100 000 habitants.

Finalement, 64,8 % des résidents de Lanaudière se perçoivent en très bonne ou en excellente santé, ce qui est le taux le plus élevé au Québec. Toutefois, nous y trouvons quand même 14,3 % de la population qui déclare des besoins qui n'ont pas été satisfaits en matière de santé, ce qui constitue le deuxième plus haut taux du Québec. Sinon, les indicateurs des facteurs de risque peuvent paraître plutôt inquiétants, alors que chacun d'eux se situe en dessous des résultats observés pour le Québec. Cela est particulièrement marquant pour le taux de tabagisme, qui se situe à 28,9 %, ou encore pour la consommation d'alcool, alors que 23,8 % des Lanaudois et Lanaudoises affirment avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois dans la dernière année.

TENDANCE TEMPORELLE

La région de Lanaudière a connu un taux de variation annuelle de seulement 1,3 %, comparativement à 3 % pour le Québec, malgré une nette amélioration en adaptation (la troisième plus grande au Québec). Ce résultat s'explique par une détérioration moyenne annuelle de 4,8 % en production, qui découle principalement de l'augmentation de la durée des séjours sur civière à l'urgence dans la dernière année. Néanmoins, ce résultat mérite d'être nuancé, car une amélioration est notée pour plusieurs indicateurs de la production. C'est le cas pour le taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (voir le graphique) ; malgré un retard persistant face à l'ensemble du Québec, Lanaudière a réduit l'écart depuis les six dernières années.

Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 1996-2000 à 2001-2005





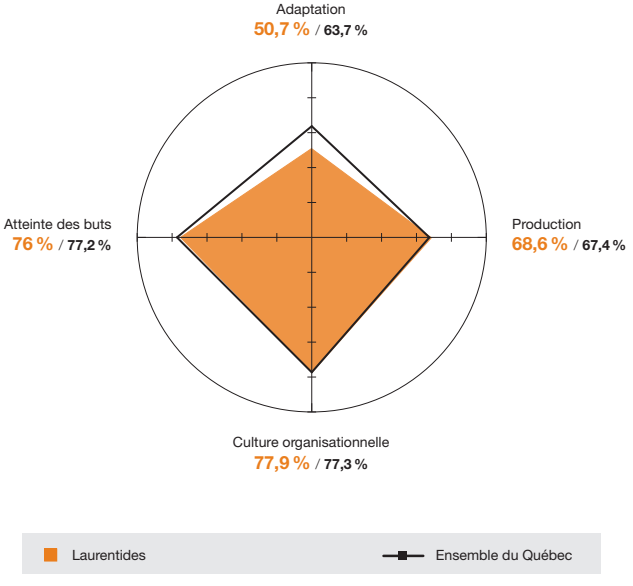
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LAURENTIDES
RÉGION 15

CONTEXTE GÉNÉRAL

Au cours des dernières années, la région des Laurentides a connu une poussée remarquable sur le plan démographique. Cette démographie étant influencée par la proximité de la région montréalaise, elle a atteint le nombre de 529 569 habitants en 2009, ce qui en fait la quatrième région en importance au Québec. Par ailleurs, cette région regroupe la population considérée comme la plus jeune au Québec ; en effet, 16,7 % de cette population est âgée de 15 ans ou moins et à peine 13,2 % est âgée de 65 ans ou plus. Elle présente également l'indice synthétique de fécondité le plus élevé au Québec (ex æquo avec celui de l'Abitibi-Témiscamingue) et des conditions d'emploi très appréciables, puisque le taux de chômage se situe sous les 7 % et que le taux d'emploi s'élève à 63,8 %. Cependant, outre Montréal et la Capitale-Nationale, la région des Laurentides présente le plus faible taux de bénévolat avec un pourcentage de 17,5 % seulement.

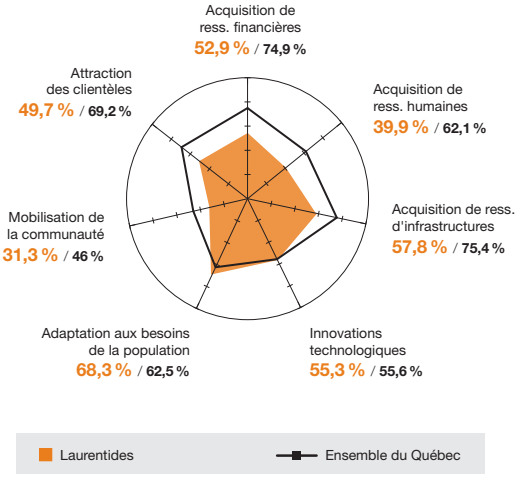
APERÇU GLOBAL



Lorsqu'on examine globalement l'ensemble des quatre fonctions dont il est question dans le présent document, la région des Laurentides se situe dans la moyenne des régions du Québec. Dans ce groupe de régions en périphérie des régions universitaires, la région des Laurentides est conforme au profil type, c'est-à-dire que son adaptation est plus faible que dans l'ensemble du Québec et ses résultats se situent près de la moyenne pour les autres fonctions. Plus précisément, son résultat en atteinte des buts est le deuxième plus bas dans ce groupe de régions, devant celui de Lanaudière, alors que la production et la culture organisationnelle occupent le rang mitoyen.

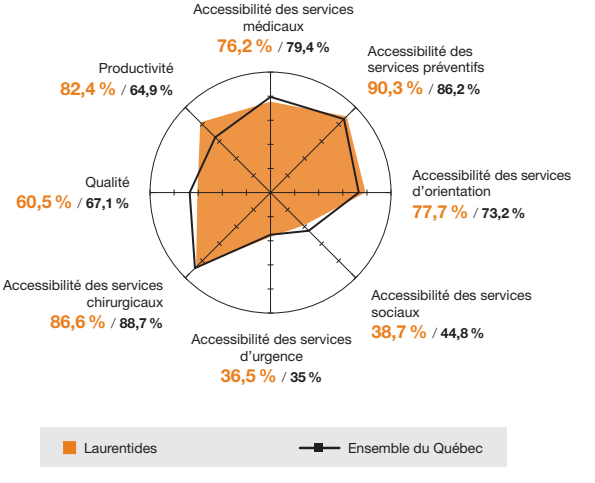
ADAPTATION

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



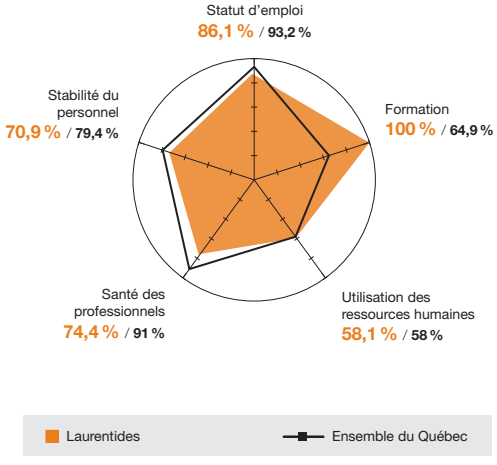
Conformément au profil des régions périphériques, la région des Laurentides obtient un résultat inférieur de 13 points par rapport à celui du Québec avec seulement un résultat de 50,7 % en atteinte de la balise, ce qui la classe à l'avant-dernier rang parmi les régions du Québec pour cette fonction. Ainsi, en matière d'acquisition des ressources, nous observons un résultat qui s'écarte défavorablement du résultat québécois par environ 20 points, et ce, autant pour les ressources financières (treizième rang), les ressources humaines (quinzième rang) et les ressources d'infrastructures (douzième rang). Cette réalité peut être nuancée, en partie, par le fait que le taux de rétention des hospitalisations dans la région (onzième rang), de 65,7 %, est plus faible que la moyenne provinciale. Cela signifie que, généralement, il y a moins de résidents des Laurentides qui consomment des services dans leur région de résidence comparativement à ce que nous retrouvons dans la plupart des régions du Québec. Cependant, la région des Laurentides offre également un nombre considérable de services aux résidents des autres régions avec un taux de desserte extrarégionale de 11,3 %, ce qui en fait une région du type « plaque tournante » à l'image de Laval, mais dans une moindre proportion. Sinon, la région sociosanitaire des Laurentides atteint une performance comparable à celle du Québec pour l'utilisation des innovations technologiques (55,3 %), celle-ci étant un peu plus élevée pour l'adaptation aux besoins de la population (68,3 %), mais nettement inférieure en ce qui concerne la mobilisation de la communauté (31,3 %).

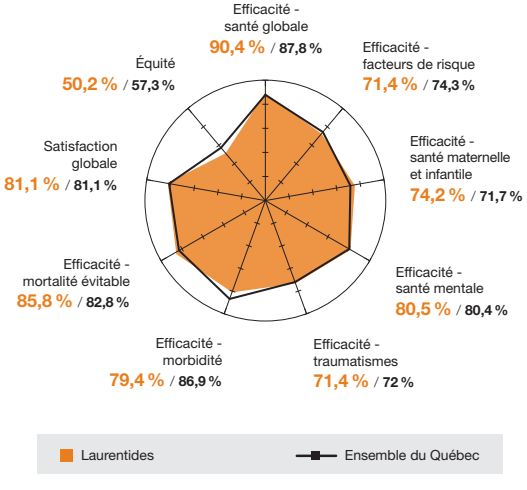
PRODUCTION



En ce qui a trait à la production des services de santé et des services sociaux, la région des Laurentides affiche une performance de 68,6 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise ; ce rendement se situe tout près de celui de l'ensemble du Québec (67,4 %) et alloue à la région une onzième position. Par contre, les résultats par sous-dimension sont plutôt variables. Par exemple, l'accessibilité des services médicaux (douzième rang), celle des services sociaux (quatorzième rang) et celle des services chirurgicaux (onzième rang) sont toutes sous le résultat du comparatif québécois par un écart qui varie de 2,1 à 6,1 points, bien que l'accessibilité des services préventifs (troisième rang), celle des services d'orientation (huitième rang) et celle des services d'urgence (dixième rang) soient, quant à elles, plus performantes que dans l'ensemble du Québec avec des écarts qui varient de 1,5 à 4,5 points. De plus, en matière de qualité (60,5 %), la région des Laurentides se classe en dernière place, mais elle offre la meilleure performance au Québec par rapport à la sous-dimension de la productivité (82,4 %).

Les résultats de la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle indiquent une performance comparable à celle du Québec avec un score de 77,9 % en ce qui a trait à l'atteinte de la balise. Ce résultat la situe ainsi au huitième rang pour cette fonction. Encore une fois, les résultats varient selon les sous-dimensions. En effet, la région des Laurentides se classe première pour l'importance accordée à la formation (100 %), mais elle se situe dans l'une des deux dernières positions en ce qui concerne le statut d'emploi (86,1 %), la santé des professionnels (74,4 %) et la stabilité du personnel (77,9 %). En conséquence, nous constatons que la proportion d'absentéisme y est la plus grande au Québec, que le taux de roulement du personnel fait partie des plus élevés et que la proportion d'employés qui occupent des postes à temps complet régulier y est la plus faible.





En ce qui concerne l'atteinte des buts, la région des Laurentides se classe au onzième rang avec 76 % d'atteinte de la balise, ce qui donne environ 1 point sous le résultat du Québec. Pour les sous-dimensions liées à l'efficacité, les résultats obtenus par la région des Laurentides oscillent tous entre 3 points au-dessus du Québec pour la santé globale, la santé maternelle et infantile, et la mortalité évitable, et 3 points en dessous de la moyenne québécoise pour les facteurs de risque et les traumatismes. Une exception se fait toutefois remarquer en ce qui concerne l'efficacité relative à la morbidité, où le score obtenu est nettement inférieur, soit 7,4 points en dessous de celui du Québec. Ce score fait en sorte que la région se situe au dernier rang. En matière de satisfaction globale, la région obtient le même résultat que celui de l'ensemble du Québec, soit 81,1 %, et se retrouve ainsi au huitième rang. Par contre, l'équité (50,2 %) y est moins performante, puisqu'elle se situe au douzième rang à l'échelle du Québec.

APERÇU PAR INDICATEUR

Tout comme ce qui en est pour les autres régions, celle des Laurentides exprime également des spécificités au regard des indicateurs. En adaptation, nous observons que la région des Laurentides obtient un résultat de seulement 11,7 % en ce qui concerne la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), comparativement à une proportion de 18,1 % dans l'ensemble du Québec (treizième rang). De plus, la région des Laurentides se distingue comme étant celle au Québec qui, avec une somme de 36,70 $ par habitant, présente les dépenses pour les organismes communautaires les plus faibles, alors que ces mêmes dépenses, dans l'ensemble du Québec, s'élèvent à plus de 51,00 $ par habitant.

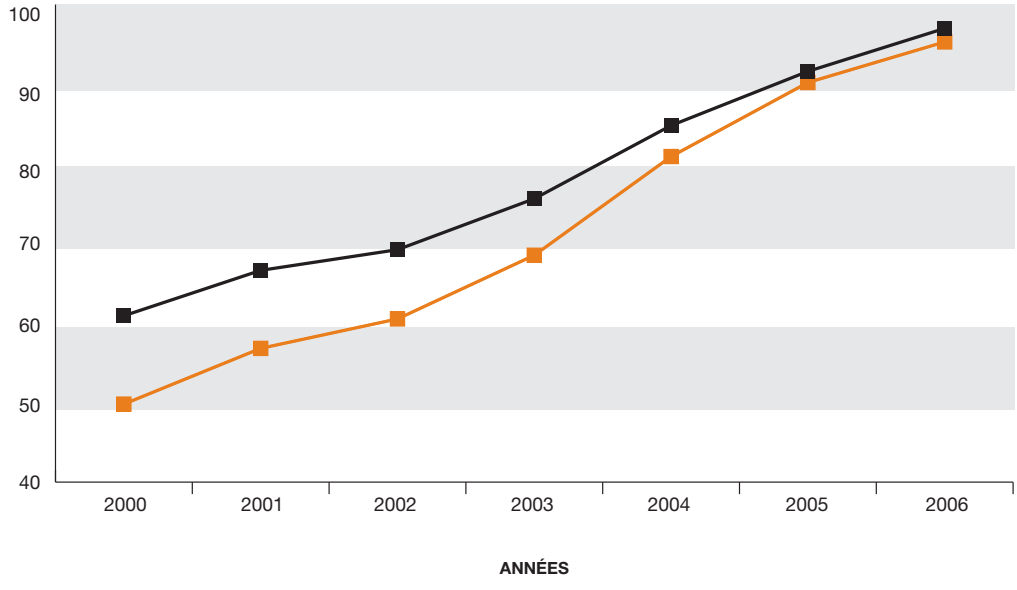
Parmi les indicateurs de la production, la région des Laurentides se classe en première position parmi les régions du Québec pour sa proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi un test de Pap ; en effet, le résultat obtenu à ce sujet atteint 78,3 %. De plus, la région ne présente aucun délai d'attente de plus de six mois pour les arthroplasties de la hanche et du genou ; par contre, cette région donne la plus grande proportion de personnes qui sont en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de six mois, soit un résultat de 25,5 %, comparativement à la proportion de 1,6 % que nous trouvons au Québec à ce propos, le résultat obtenu par cette région est très élevé. Ensuite, pour ce qui est de la qualité, notons que le taux d'incidence de *C. difficile* est le plus important au Québec, puisque le nombre de cas reconnus s'élève à 15,8 pour 10 000 jours-patients. Cela signifie que, dans la région des Laurentides, ce type de problème a une fréquence relative de 40 % plus élevée qu'ailleurs au Québec.

Finalement, malgré des résultats mitigés en ce qui concerne l'atteinte des buts, la région des Laurentides fait bonne figure sur le plan de la perception de l'état de santé générale et de l'état de santé mentale, alors que 61,9 % des résidents de la région jugent leur santé très bonne ou excellente, plaçant la région au troisième rang, et que 78,4 % de ces résidents jugent leur santé mentale très bonne ou excellente, plaçant la région au deuxième rang.

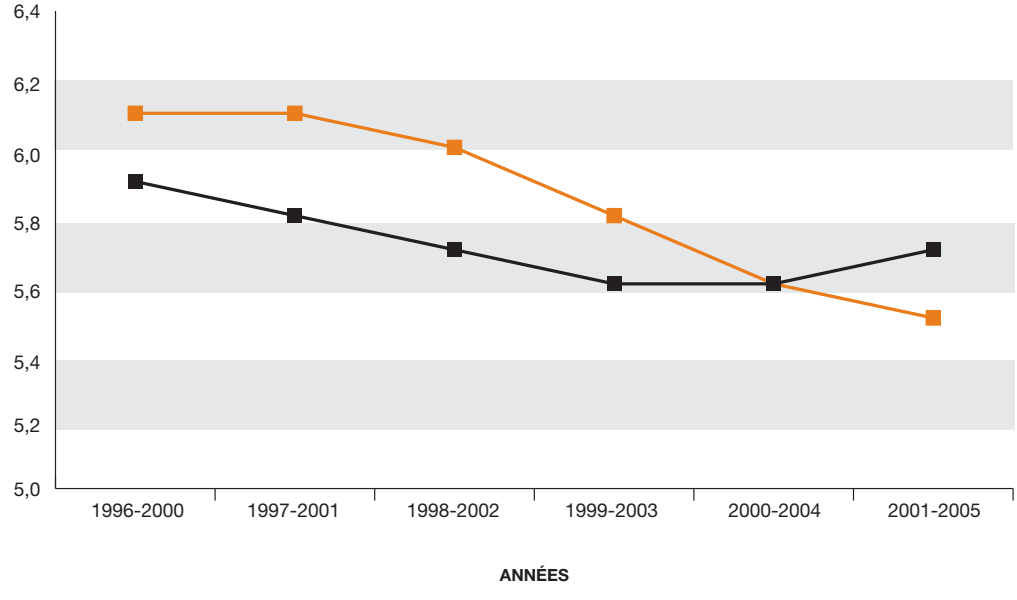
TENDANCE TEMPORELLE

Dans la région des Laurentides, les indicateurs affichent, depuis les dernières années, une variation annuelle moyenne semblable à celle du Québec ; en effet, elle est de 2,9 %, alors que celle du Québec est de 3 %. La région se caractérise par une faible croissance des performances en production. Toutefois, pour ce qui est de l'atteinte des buts, c'est cette région qui présente la troisième plus importante amélioration. Dans le graphique ci-après, le premier exemple d'évolution temporelle montre le rattrapage effectué quant au nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM) pour 1 000 habitants par rapport à l'ensemble du Québec ; le deuxième exemple met l'accent sur la constante amélioration en ce qui a trait aux naissances de faible poids.

Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2000 à 2006



Proportion des naissances de faible poids, en %, 1996-2000 à 2001-2005



Laurentides — Ensemble du Québec



RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

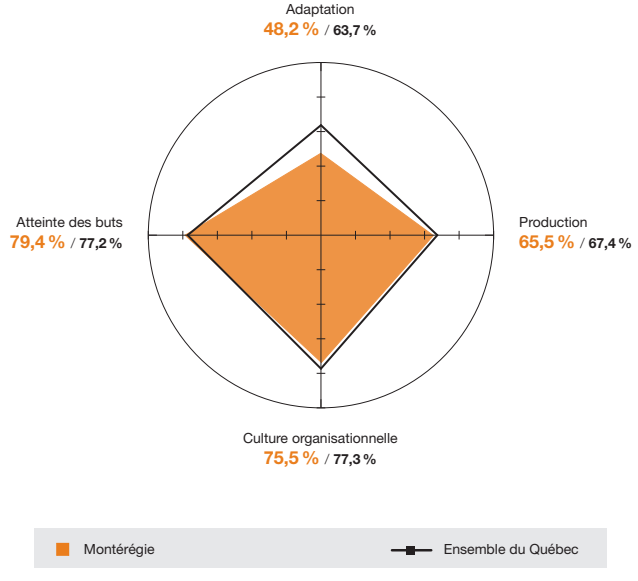
MONTÉRÉGIE

RÉGION 16

CONTEXTE GÉNÉRAL

La Montérégie constitue une région relativement jeune. Comptant 1 383 315 habitants en 2006, elle est considérée comme la deuxième région à être la plus populeuse après Montréal. Sa population est francophone dans une proportion de 88,9 % et elle se classe au troisième rang pour son pourcentage de population résultant de l'immigration, soit 5,9 %. Avec un taux d'emploi de 63,1 % et un faible taux de chômage se situant à 6,1 %, nous pouvons constater que l'économie de la région est dynamique. C'est aussi en Montérégie que nous retrouvons le deuxième revenu personnel par habitant le plus élevé ; ce résultat se situe entre celui de la Capitale-Nationale et celui de Laval. Dans la même optique, notons que comparativement à la situation à ce sujet dans le reste du Québec, la Montérégie a un faible pourcentage de ménages à faible revenu (14,4 %), un faible taux de prestataires d'assistance-emploi (5,8 %) ainsi qu'un faible taux de personnes âgées de 65 ans ou plus qui bénéficient du supplément de revenu garanti (43,1 %), ce qui témoigne aussi de la vigueur de la région sur le plan économique.

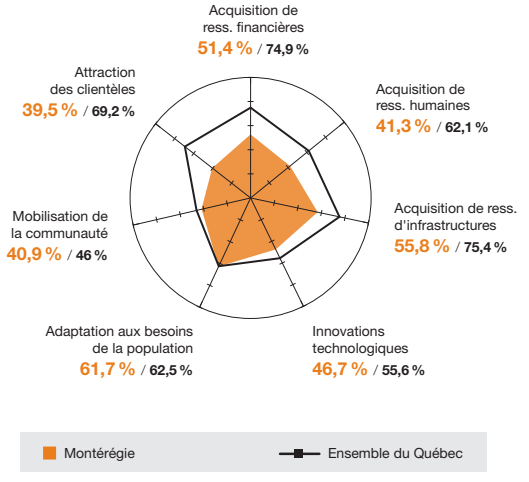
APERÇU GLOBAL



Lorsqu'on examine, dans une perspective globale, l'ensemble des aspects liés à la performance de la région de la Montérégie, la principale force de cette région s'exprime dans l'atteinte des buts, qui est la seule fonction pour laquelle la Montérégie obtient un score qui se distingue favorablement de celui de l'ensemble du Québec. Néanmoins, en ce qui concerne la production, la culture organisationnelle et l'adaptation, ses résultats demeurent inférieurs à ceux du Québec et à ceux du groupe de régions dont il est ici question.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

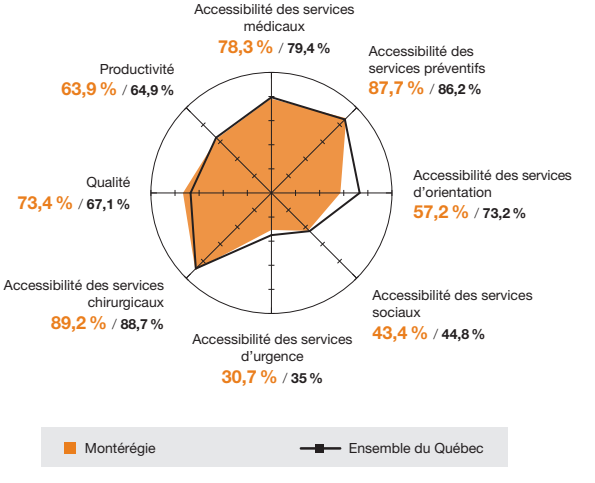
ADAPTATION



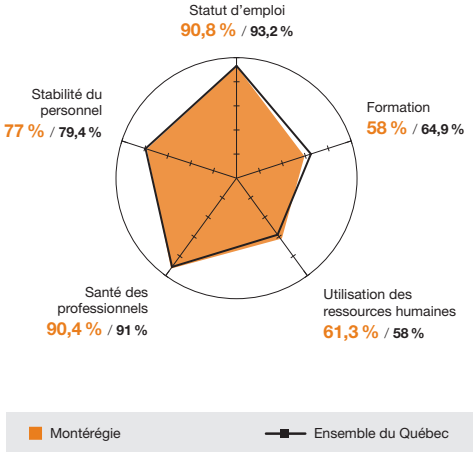
En ce qui concerne l'atteinte de la balise d'adaptation, le résultat de 48,2 % obtenu par la Montérégie fait en sorte que cette région se classe en dernière position dans l'ensemble du Québec et par rapport au groupe de régions dont il est ici question. Cette capacité limitée d'adaptation se traduit particulièrement sur le plan de l'acquisition de ressources financières (51,4 %), de ressources humaines (41,3 %) et d'infrastructures (55,8 %). Par ailleurs, les autres sous-dimensions étudiées se classent toutes négativement par rapport au comparatif québécois, mais avec des écarts moindres et des positions qui varient du douzième au quatorzième rang. Néanmoins, notons que la Montérégie fait aussi partie des régions du Québec qui ont une combinaison particulière pour l'attraction de la clientèle. En effet, la région présente à la fois une desserte extrarégionale peu élevée et un faible taux de rétention des hospitalisations, lequel témoigne de son contexte de proximité avec Montréal. Concrètement, cela revient à affirmer que seulement 68,1 % des hospitalisations destinées aux résidents de la Montérégie sont faites dans la région, alors que 3,2 % des hospitalisations faites dans la région sont destinées à une population venant de l'extérieur de la Montérégie.

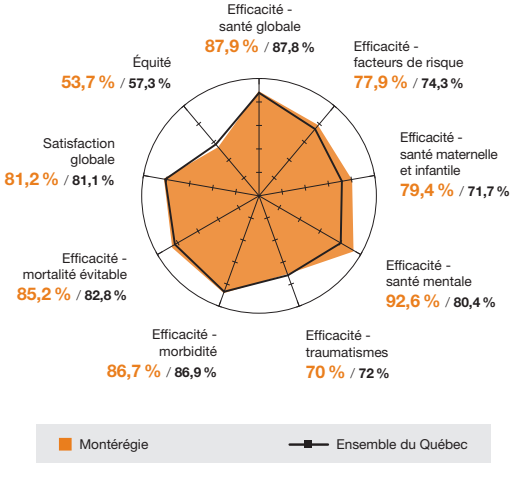
PRODUCTION

En ce qui a trait à la fonction de production, la Montérégie atteint 65,5 % de la balise, ce qui signifie un écart négatif de 1,9 point par rapport à l'ensemble du Québec et qui donne une dernière position ex æquo avec Lanaudière. Parmi les sous-dimensions liées à l'accessibilité, les résultats se comparent à ceux du Québec sauf en ce qui concerne l'accessibilité des services d'orientation et l'accessibilité des services d'urgence, qui obtiennent, respectivement, un écart négatif de 16 et de 4,3 points. En matière de qualité, la Montérégie occupe le septième rang avec un pourcentage d'atteinte de la balise qui se situe à 73,4 %, soit 6,3 points de plus que le résultat obtenu par le Québec. Toutefois, en ce qui concerne la productivité, la région obtient un résultat de seulement 1 point inférieur à celui du Québec. Et, avec une durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus plus élevée que celle du Québec, elle occupe le dernier rang et arrive ex æquo avec Lanaudière.



Lorsqu'il est question de la culture organisationnelle en Montérégie, nous y retrouvons une vue d'ensemble plutôt équilibrée ; le résultat obtenu par la région se situant à 75,5 %, il demeure toutefois inférieur par 1,8 point au résultat québécois, ce qui équivaut à une douzième place par rapport aux autres régions du Québec. En ce sens, les résultats obtenus pour les sous-dimensions se retrouvent tous entre le sixième et le douzième rang. Le plus grand écart négatif par rapport à la moyenne québécoise est celui de la sous-dimension de la formation avec près de 7 points et le seul écart positif est pour l'utilisation des ressources humaines, qui se démarque par plus de 3 points.





Pour ce qui est de l'atteinte des buts, la Montérégie obtient le cinquième rang au Québec avec un résultat de 79,4 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise ; cela donne 2,2 points de plus que le résultat obtenu dans l'ensemble du Québec. L'analyse par sous-dimension permet d'observer que la Montérégie se distingue peu des autres régions du Québec sauf en ce qui concerne la sous-dimension liée à l'efficacité en santé mentale, où le résultat est de 92,6 %, donc un résultat nettement supérieur à celui du Québec, qui est de 80,4 %, et en ce qui concerne la sous-dimension portant sur l'efficacité en santé maternelle et infantile, où le résultat est de 79,4 %, soit de 7,7 points au dessus de celui du Québec. Pour leur part, les autres sous-dimensions liées à l'efficacité obtiennent un classement qui varie de la cinquième à la septième position. Quant à elle, la satisfaction globale est équivalente en Montérégie à ce qui est observé dans le reste du Québec, bien que l'équité se situe à un résultat inférieur de 3,6 points, ce qui résulte en un dixième rang.

APERÇU PAR INDICATEUR

La Montérégie possède un nombre limité d'indicateurs qui se démarquent de la moyenne québécoise, la plupart de ceux-ci obtenant des résultats qui la placent dans le groupe du milieu. Toutefois, cette constatation n'inclut pas les indicateurs de l'adaptation, où nous trouvons beaucoup de résultats qui se situent nettement sous le comparatif québécois : c'est le cas pour le taux de l'effectif du réseau (quinzième rang) ou, encore, pour le taux d'infirmières en équivalent temps complet (quatorzième rang).

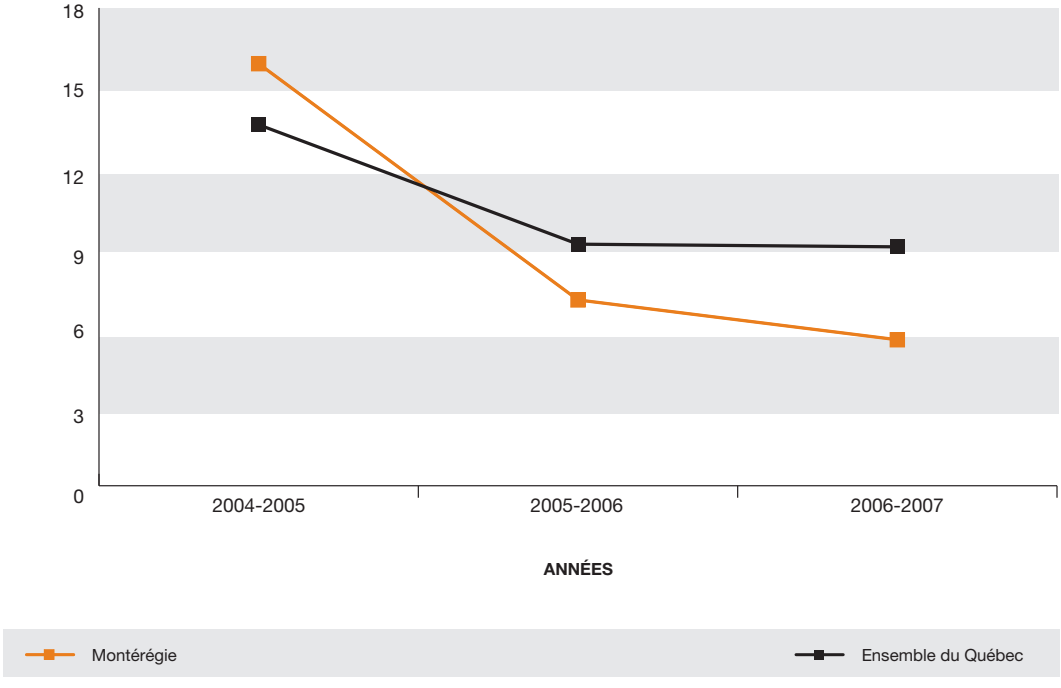
En production, notons d'abord que les stratégies adoptées par rapport à la vaccination contre l'influenza, à la mammographie de dépistage du cancer du sein et au dépistage du cancer du col de l'utérus obtiennent des taux qui, généralement, équivalent à ceux des autres régions du Québec. Néanmoins, nous observons que la Montérégie se classe dernière pour les services d'orientation ; en effet, dans cette région, Info-Santé a répondu en moins de quatre minutes aux appels qui lui ont été adressés dans une proportion de seulement 56,7 % de ceux-ci, alors que le Québec obtient une note de 72,6 % à ce sujet. De plus, la Montérégie affiche un paradoxe en ce qui concerne les services sociaux qu'elle offre. En effet, si elle se classe première au Québec pour l'intensité des services sociaux avec 4,4 interventions effectuées par usager, elle se classe en dessous de la moyenne provinciale en ce qui concerne l'accessibilité globale des services sociaux et se situe au quatorzième rang à ce sujet.

Pour ce qui est des habitudes de vie et des comportements, la Montérégie se distingue particulièrement pour son faible taux de consommation d'alcool. En effet, cette région occupe le deuxième rang à ce sujet, puisque seulement 17,5 % de ses résidents affirment avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois dans la dernière année. Finalement, le bilan en santé mentale y est particulièrement positif et la région jouit de résultats parmi les trois meilleurs au Québec en ce qui concerne la perception que les résidents ont de l'état de leur santé mentale. En effet, 78 % des personnes habitant la Montérégie se disent en très bonne ou en excellente santé mentale, seulement 3,6 % de la population a vécu un épisode dépressif et, en ce qui a trait au taux de mortalité par suicide, le résultat donne 14,3 suicides pour 100 000 habitants.

TENDANCE TEMPORELLE

En ce qui concerne la tendance temporelle, la Montérégie a accru ses résultats de 3,6 % au cours des dernières années. Ce résultat positif découle du fait que la région connaît la troisième plus forte augmentation dans la production, soit 3,8 %, bien qu'elle connaisse la plus faible amélioration de la fonction d'adaptation, c'est-à-dire 4,8 %. Néanmoins, afin d'illustrer l'amélioration marquée en production, un indicateur de la qualité est présenté ci-contre : le taux d'incidence de *C. difficile*. Depuis 2005-2006, la Montérégie a maintenant dépassé la performance de l'ensemble du Québec.

Taux d'incidence de *C. difficile*, pour 10 000 jours-patients, 2004-2005 à 2006-2007



Régions intermédiaires

Les centres régionaux des régions intermédiaires sont situés à moins de quatre heures de route des centres universitaires de Québec et de Montréal, et leurs populations comptent environ 200 000 personnes ou plus. Ce sont les régions du Bas-Saint-Laurent (01), du Saguenay — Lac-Saint-Jean (02), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04) et de l'Outaouais (07).



RÉGION INTERMÉDIAIRE

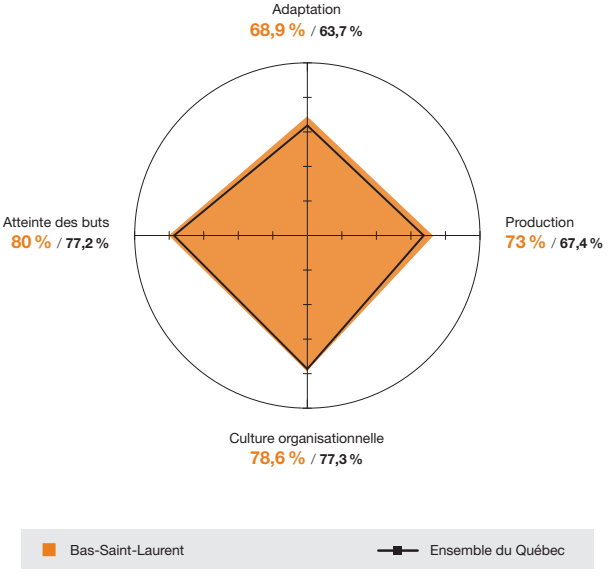
BAS SAINT-LAURENT

RÉGION 01

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, le Bas-Saint-Laurent compte un peu moins de 200 000 habitants. Cette région se classe deuxième au Québec en ce qui concerne le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus qui s'y trouvent. De plus, la population de cette région est la deuxième population la plus âgée du Québec avec un âge médian de 46,1 ans. Plus spécifiquement, les jeunes y sont peu nombreux, la fécondité s'y révélant plutôt faible et l'immigration, marginale. Dans la région du Bas-Saint-Laurent, le bilan en matière de soutien social semble être bien appuyé, puisque le taux de bénévolat dans la communauté y est élevé. De plus, cette région présente le deuxième plus faible taux de familles monoparentales au Québec. Au cours des dernières années, le marché du travail au Bas-Saint-Laurent, surtout pour le secteur primaire, s'est amélioré à un tel point qu'il rejoint peu à peu la moyenne québécoise. Le nombre d'emplois y augmente et les taux de chômage et d'assistance-emploi y régressent. Malgré ces améliorations, le revenu personnel par habitant est encore largement inférieur au revenu moyen québécois et les deux tiers des personnes âgées y bénéficient du supplément de revenu garanti.

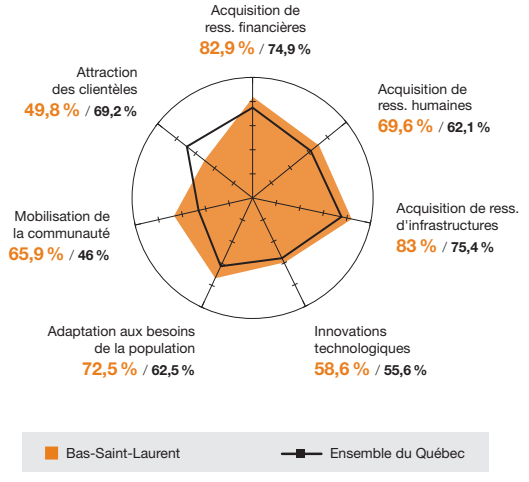
APERÇU GLOBAL



En ce qui concerne les quatre fonctions du cadre d'analyse, le Bas-Saint-Laurent a un profil de performance plutôt équilibré et constant. Si nous tenons compte de son statut de région intermédiaire, le Bas-Saint-Laurent fait preuve d'un bon rendement par rapport au groupe des régions intermédiaires, et ce rendement est semblable à celui du Saguenay—Lac-Saint-Jean. L'analyse a également permis de constater que la performance de la région y est meilleure que la moyenne obtenue par le Québec pour chaque fonction, et elle se fait sentir de manière plus marquée en ce qui concerne les fonctions d'adaptation et de production.

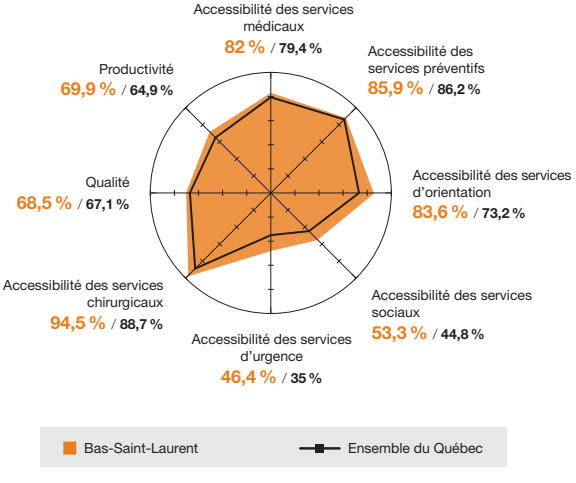
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



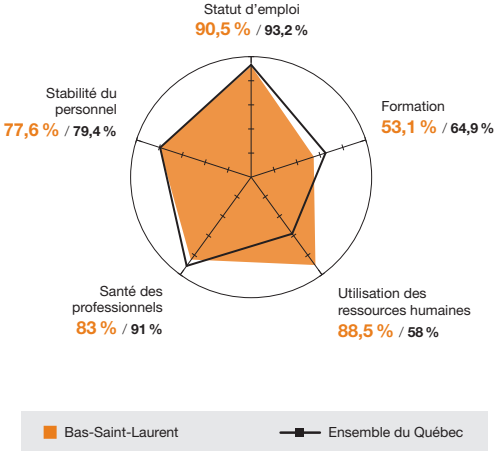
En ce qui concerne la fonction d'adaptation, la région du Bas-Saint-Laurent obtient un résultat positif. Elle se classe au sixième rang avec un pourcentage global de 68,9 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, soit 5,2 points de mieux que les résultats obtenus à l'échelle du Québec. La sous-dimension qui s'y démarque le plus favorablement par rapport à l'ensemble du Québec est celle de la mobilisation de la communauté ; en effet, la note obtenue à ce sujet se situe à 65,9 %, ce qui constitue un résultat supérieur de près de 20 points à celui obtenu par le Québec. De plus, à l'exception de la sous-dimension d'attraction des clientèles, le Bas-Saint-Laurent affiche de bons résultats pour les autres sous-dimensions, l'écart favorable par rapport au Québec variant de 3 à 10 points. En conséquence, avec un résultat de 82,9 % en ce qui concerne l'acquisition de ressources financières et de 72,5 % en ce qui concerne l'adaptation aux besoins de la population, le Bas-Saint-Laurent obtient le cinquième rang. Et, avec un résultat de 69,6 % en ce qui concerne l'acquisition de ressources humaines et de 58,6 % pour ce qui est des innovations technologiques, il se classe au sixième rang. Cela dénote donc une forme d'équilibre dans les résultats obtenus par la région à propos de la fonction d'adaptation.

PRODUCTION

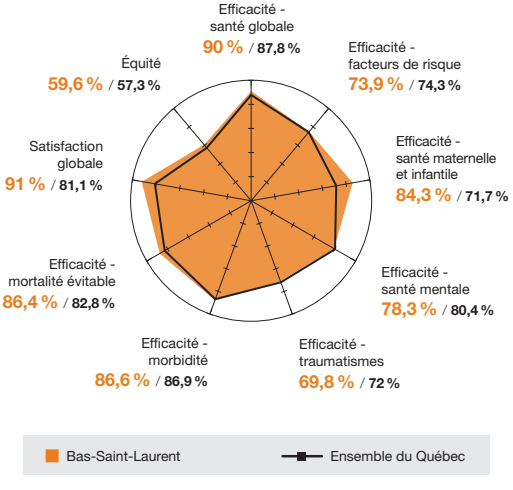


À l'image de la fonction d'adaptation, le Bas-Saint-Laurent présente de bons résultats à l'égard de la production des soins et des services, soit un pourcentage de 73 % en ce qui a trait à l'atteinte de la balise, comparativement à l'ensemble du Québec, qui affiche 67,4 %. Avec des positions qui oscillent entre la troisième et la sixième place, l'accessibilité des services ne semble pas être un enjeu marqué dans la région sauf en ce qui concerne l'accessibilité des services préventifs, où le résultat de 85,9 %, résultat à peine inférieur au score québécois de 86,2 %, donne une dixième position au Bas-Saint-Laurent. Pour ce qui est de l'accessibilité des services chirurgicaux, le Bas-Saint-Laurent se classant au troisième rang, nous pouvons affirmer qu'il affiche un bon rendement, puisque le pourcentage relatif à l'atteinte de la balise en ce qui concerne cette sous-dimension est de 94,5 %. Autrement, les résultats liés à la qualité des soins et à la productivité sont plutôt mitigés. En matière de qualité, le Bas-Saint-Laurent se classe au douzième rang avec un pourcentage d'atteinte de la balise qui se situe à 68,5 %, ce qui est tout de même 1,4 % plus élevé que celui de l'ensemble du Québec. Pour ce qui est de la productivité, la dixième position obtenue par la région s'explique par de bons résultats en ce qui concerne les durées médianes de séjour liées aux hospitalisations pour fracture de la hanche et pour accident vasculaire cérébral (AVC) et par de moins bons résultats par rapport aux durées médianes de séjour liées aux hospitalisations pour hystérectomie et à la faible proportion de la population qui déclare avoir consulté un médecin dans la dernière année.

Si l'on tient compte de plusieurs aspects de la culture organisationnelle, cette fonction obtient des résultats dans la moyenne pour la région du Bas-Saint-Laurent. Se classant septième avec un pourcentage d'atteinte de la balise atteignant 78,6 %, le Bas-Saint-Laurent se démarque surtout dans la sous-dimension portant sur l'utilisation des ressources humaines, où le résultat obtenu, soit 88,5 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, est de 30,5 points plus élevé que celui de l'ensemble du Québec. Ce résultat s'explique par le fait que le recours aux heures supplémentaires par le personnel du réseau en soins infirmiers et par le personnel des agences privées y est plus faible. Cependant, pour les sous-dimensions qui traitent de la stabilité du personnel, de la santé des professionnels et du statut d'emploi, la région se classe au huitième, au neuvième et au dixième rang, respectivement. Il importe de noter également que la sous-dimension qui contient l'indicateur de la proportion des heures travaillées consacrées à la formation se trouve à l'avant-dernier rang avec un faible 53,1 % dans l'atteinte de la balise, résultat qui est presque de 12 % inférieur au résultat général obtenu par le Québec.



Le Bas-Saint-Laurent se classe troisième avec un résultat de 80 % en ce qui concerne l'atteinte des buts. Pour ce qui est de la sous-dimension portant sur l'efficacité en santé maternelle et infantile, il offre une bonne performance, puisqu'il se situe en deuxième position et qu'il obtient un résultat de 84,3 % relativement à l'atteinte de la balise, ce qui lui donne 12,6 points de plus que le résultat de l'ensemble du Québec. Ce résultat découle du faible taux de grossesses chez les adolescentes et de la proportion de naissances de faible poids qui y est moindre que dans la plupart des autres régions du Québec. Sinon, le Bas-Saint-Laurent se distingue avantageusement aussi au regard de la satisfaction globale, obtenant à ce sujet un résultat de 91 %, ainsi qu'au regard de l'efficacité liée à la mortalité évitable et à la santé globale, où la région obtient des résultats de 86,4 % et de 91 %, respectivement. En ce qui concerne les mesures d'équité, le Bas-Saint-Laurent s'écarte peu de la moyenne québécoise même si son résultat est supérieur de 2,3 points de pourcentage. Finalement, la région se situe légèrement sous l'ensemble québécois à l'égard de sa performance quant à l'efficacité rattachée à la morbidité (86,6 %), aux facteurs de risque (73,9 %), à la santé mentale (78,3 %) et, finalement, aux traumatismes (69,8 %).



APERÇU PAR INDICATEUR

Pour certains indicateurs précis, la région du Bas-Saint-Laurent se démarque par rapport aux autres régions du Québec. D'abord, elle se distingue comme étant première au Québec en ce qui concerne ses dépenses nettes pour le programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), par habitant de 65 ans ou plus, dont la donnée est de 20,1 % plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

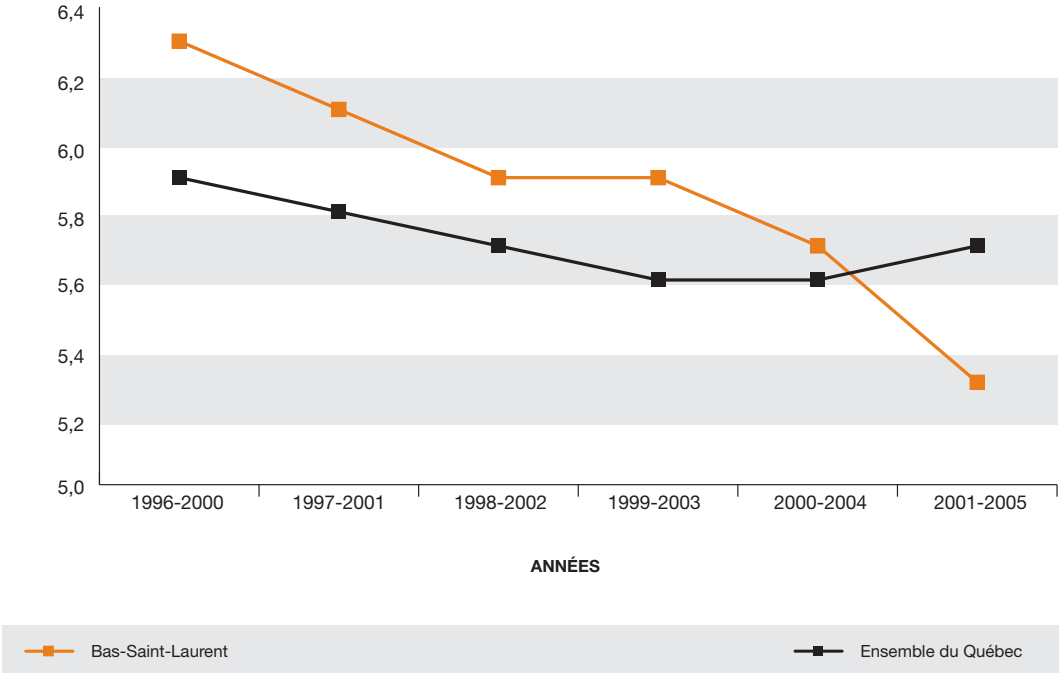
Pour les indicateurs de l'accessibilité, le Bas-Saint-Laurent se classe dans les trois premiers rangs pour la proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille, pour le taux d'accessibilité globale aux services sociaux et pour le taux d'arthroplasties de la hanche. Toutefois, dans la sous-dimension liée à l'accessibilité des services préventifs, la région se classe au treizième rang pour la proportion de femmes qui ont passé un test de Pap. Également, deux indicateurs de l'accessibilité des services chirurgicaux se distinguent défavorablement, soit la proportion des personnes qui sont en attente, depuis plus de six mois, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation ; pour ces indicateurs, le Bas-Saint-Laurent arrive au premier et au deuxième rang, respectivement. En ce qui concerne la production, un autre fait à noter est le taux de césariennes pour 100 naissances vivantes, qui est le plus élevé du Québec. En effet, le taux obtenu est de 23,7 %, alors que le taux de l'ensemble du Québec est de 21,8 % et que le taux le plus bas se situe à 16,4 %.

En ce qui concerne l'atteinte des buts, le Bas-Saint-Laurent se distingue favorablement pour l'espérance de vie à 65 ans, le taux de tabagisme, le taux de grossesses chez les adolescentes, la proportion de naissances de faible poids et la mortalité évitable. Par contre, nous y trouvons une proportion de la population souffrant d'obésité plus grande que celle qui a cours dans l'ensemble du Québec. À ce sujet, la région occupe le quatorzième rang. Pour ce qui est du taux de mortalité par maladies du système respiratoire, la région obtient un écart défavorable de 9,1 points par rapport à la moyenne québécoise. Finalement, la région présente un bilan plutôt mitigé en ce qui a trait aux indicateurs de l'efficacité en santé mentale. En effet, même si le Bas-Saint-Laurent est premier avec la plus petite proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, il se classe treizième pour la proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente. De plus, il arrive au dernier rang avec un taux de mortalité par suicide très élevé, lequel se situe à 25,7 pour 100 000 habitants comparativement au taux de 16,3 que nous trouvons pour l'ensemble du Québec.

TENDANCE TEMPORELLE

En ce qui concerne la tendance temporelle, avec seulement 0,8 % de variation annuelle moyenne, la région du Bas-Saint-Laurent connaît la plus faible amélioration. Cependant, ce résultat est fortement influencé par celui obtenu dans la fonction de production, qui est lui-même grandement influencé par l'augmentation de la durée des séjours sur civière à l'urgence. Néanmoins, en ce qui concerne l'atteinte des buts, le Bas-Saint-Laurent a bien progressé au cours des dernières années, particulièrement par rapport aux naissances de faible poids, qui diminuent constamment (voir le graphique).

Proportion des naissances de faible poids, en %, 1996-2000 à 2001-2005





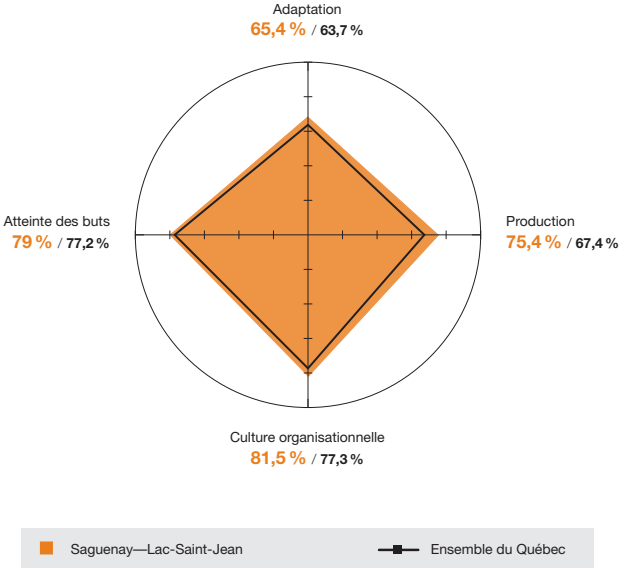
RÉGION INTERMÉDIAIRE

SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN
RÉGION 02

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, 271 243 personnes habitent le Saguenay—Lac-Saint-Jean, ce qui représente la plus faible population qu'ait connue cette région depuis les trente dernières années. Presque entièrement francophone et comptant peu d'immigrants, la population du Saguenay—Lac-Saint-Jean est relativement homogène, avec un vieillissement relativement rapide. Le taux de chômage dans la région s'élevait à 9,1 % en 2007, soit le troisième taux le plus élevé au Québec, alors que le produit intérieur brut (PIB) par personne se classe au quatrième rang, ce qui témoigne, néanmoins, d'un certain dynamisme économique dans cette région qui possède de grandes industries productrices de biens et services.

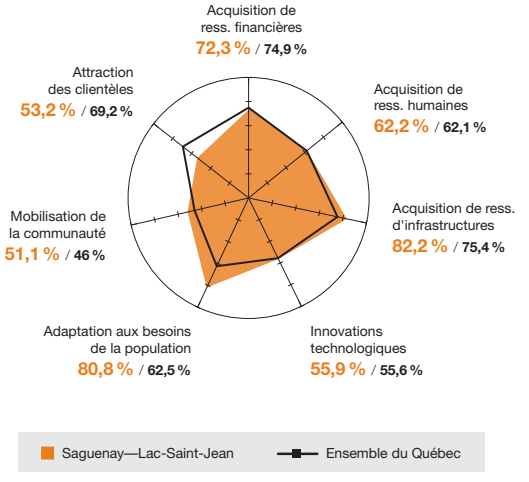
APERÇU GLOBAL



Globalement, lorsqu'on examine l'ensemble des indicateurs et des sous-dimensions pour la région, le Saguenay—Lac-Saint-Jean se situe au quatrième rang parmi les régions qui obtiennent les meilleurs résultats à l'égard de la production des services, et il se place au sixième rang en ce qui concerne la culture organisationnelle. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean obtient aussi de bons résultats en matière d'adaptation et d'atteinte des buts, alors que ces fonctions atteignent un résultat de 65,4 % et de 79 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui place la région au-dessus de la moyenne québécoise. Parmi les régions intermédiaires, la région du Saguenay — Lac-Saint-Jean se distingue favorablement, tout comme le Bas-Saint-Laurent.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

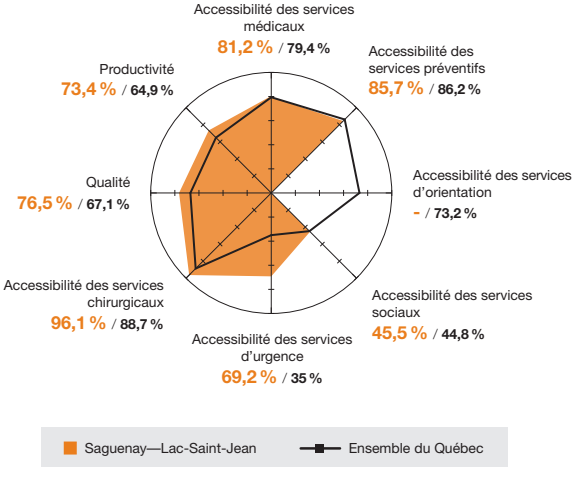
ADAPTATION

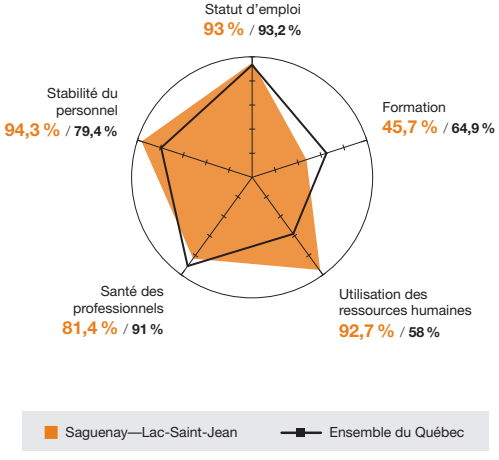


Située dans le peloton du centre, la performance en adaptation du Saguenay — Lac-Saint-Jean obtient un résultat de 65,4 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, ce qui est tout de même 1,7 point de pourcentage au-dessus de la donnée québécoise. Pour toutes les sous-dimensions de la fonction d'adaptation, la région du Saguenay — Lac-Saint-Jean se classe entre le quatrième et le neuvième rang. Tel qu'on peut l'observer sur le graphique radar, les sous-dimensions étant les moins biens notées en comparaison avec l'ensemble du Québec sont l'attraction des usagers (53,2 %) et l'acquisition de ressources financières (72,3 %). Néanmoins, les sous-dimensions d'adaptation aux besoins de la population (80,8 %), d'acquisition de ressources d'infrastructures (82,2 %) et de mobilisation de la communauté (51,1 %) affichent des résultats au-dessus du comparatif québécois.

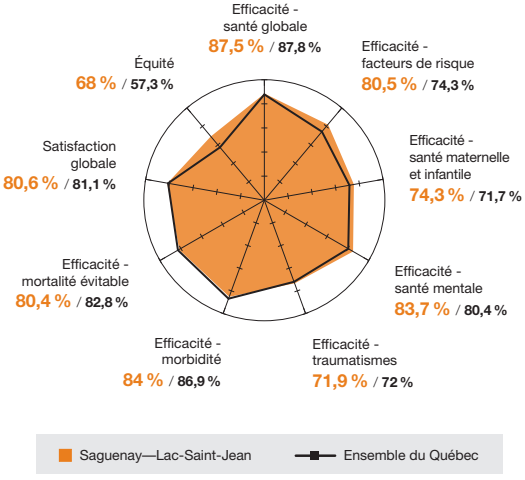
PRODUCTION

La production est nettement la fonction où le Saguenay — Lac-Saint-Jean se démarque le plus favorablement face à l'ensemble du Québec avec un écart positif de 8 points, ce qui lui confère un résultat global pour la production de 75,4 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise et le place au troisième rang. La région du Saguenay — Lac-Saint-Jean est première au Québec pour l'accessibilité des services chirurgicaux et deuxième pour l'accessibilité des services d'urgence avec, dans ce cas-ci, un résultat de 69,2 % pour l'atteinte de la balise, ce qui représente 34,2 points de plus que le résultat pour l'ensemble du Québec, lequel se situe à 35 %. On constate également un écart favorable pour les sous-dimensions portant sur la qualité et la productivité, où le Saguenay — Lac-Saint-Jean obtient, respectivement, le quatrième et le sixième rang. Le moins bon résultat est celui de l'accessibilité des services préventifs (onzième rang), un résultat légèrement en dessous du pourcentage d'atteinte de la balise obtenu par l'ensemble du Québec. Avec un résultat de 82 % en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux et de 53,3 % pour les services sociaux, la région se classe respectivement à la quatrième et à la sixième place parmi les régions du Québec et obtient un résultat supérieur à celui du Québec avec 2,6 et 8,4 points, respectivement. Finalement, la sous-dimension portant sur l'accessibilité des services d'orientation n'a pas pu être analysée, car la donnée de l'indicateur manque, ce qui explique la différence de présentation des sous-dimensions du graphique radar.





En ce qui concerne l'atteinte de la balise, cette fonction obtient un résultat de 81,5 %, ce qui place le Saguenay—Lac-Saint-Jean au sixième rang avec un écart de 4,2 points de plus que le résultat obtenu par l'ensemble du Québec. Cependant, les résultats manquent de constance dans la performance des sous-dimensions. En effet, la sous-dimension liée à la stabilité du personnel, qui occupe le premier rang, et celle qui est rattachée à l'utilisation des ressources humaines, qui occupe le deuxième rang, ont des résultats supérieurs à ceux du Québec ; ils sont, respectivement, de 14,9 points et de 34,7 points. Par contre, on retrouve le Saguenay—Lac-Saint-Jean loin derrière les autres régions avec un pourcentage d'atteinte de la balise qui s'élève à 45,7 % pour la proportion des heures travaillées consacrées à la formation, ce qui lui confère le dernier rang dans cette sous-dimension. Sinon, la région occupe la neuvième et la dixième place pour les sous-dimensions relatives à la santé des professionnels et aux statuts d'emploi, avec des résultats en dessous du résultat québécois.



Le résultat de 79 % atteint par le Saguenay—Lac-Saint-Jean pour cette fonction est meilleur que celui de l'ensemble du Québec, lequel est de 77,2 %, et lui accorde un septième rang. La performance de la région est bonne en ce qui a trait à l'efficacité portant sur les facteurs de risque (80,5 %), à l'efficacité portant sur la santé maternelle et infantile (74,3 %), au bilan relatif à la santé mentale (83,7 %) et à l'équité (68 %), avec des résultats supérieurs à ceux du Québec par un écart qui varie de 2,5 à 10,6 points. Par ailleurs, le Saguenay—Lac-Saint-Jean se classe au quatrième rang pour la sous-dimension portant sur les traumatismes, avec un résultat de 71,9 %, ce qui est égal à celui du Québec. Ensuite, pour la santé globale, le Saguenay—Lac-Saint-Jean se classe au huitième rang, ce résultat se situant légèrement sous celui de l'ensemble du Québec. La région se classe également au huitième rang pour la morbidité (84 %) et au dixième rang pour la mortalité évitable (80,4 %) avec des résultats se situant sous ceux du Québec.

APERÇU PAR INDICATEUR

En adaptation, les indicateurs spécifiques qui se démarquent favorablement sont, d'abord, le taux de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, qui est de 35 % plus élevé que celui du Québec et le taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus pour 1 000 habitants, qui est, quant à lui, de 29,3 % plus élevé que le taux québécois. Par contre, nous remarquons que les dépenses pour le programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant âgé de 65 ans ou plus sont inférieures à celles du Québec par un écart de 15,3 %. En ce qui concerne les indicateurs des innovations technologiques, le deuxième rang occupé dénote une bonne performance en ce qui concerne le nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM) pour 1 000 habitants, mais l'inverse se fait remarquer pour les examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), car le rang occupé est le treizième.

Quelques indicateurs ressortent également en ce qui concerne la production. D'abord, la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean se classe première au Québec pour la proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille. En ce qui concerne les pratiques cliniques préventives, la région se distingue, tout particulièrement, pour la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre l'influenza (premier rang) et pour le dépistage du cancer du sein (troisième rang) avec près de 80 % des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années. Par contre, la proportion des femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi un test de Pap y est faible, le Saguenay—Lac-Saint-Jean se classant au dernier rang avec 23,1 points en dessous du taux québécois.

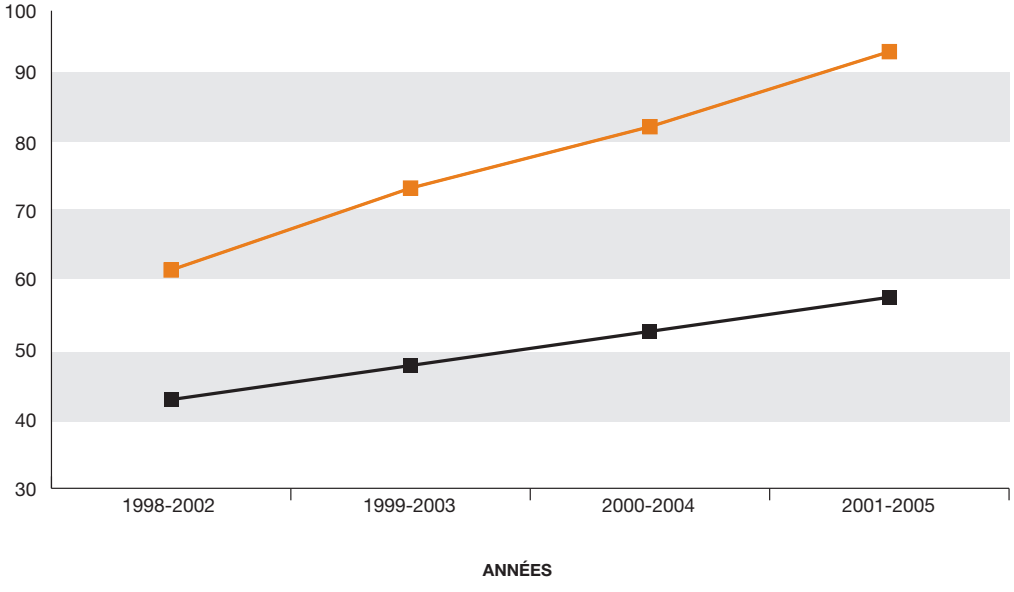
Sur le plan social, le Saguenay—Lac-Saint-Jean s'illustre positivement par un quatrième rang en ce qui concerne le taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux et par un troisième rang pour l'intensité des services sociaux, soit le nombre d'interventions par usager. Cependant, les performances rattachées à la protection de la jeunesse sont moins élevées, les deux indicateurs se situant dans la moyenne québécoise ; il s'agit particulièrement du délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, qui s'élève à 35,5 jours, ce qui le porte au quatorzième rang, comparativement à 19,8 jours pour le Québec.

En ce qui a trait aux habitudes de vie et aux comportements, la consommation d'alcool au Saguenay—Lac-Saint-Jean est la plus élevée au Québec. Néanmoins, nous y trouvons moins d'obésité, ce qui lui permet d'occuper un quatrième rang, et la région se classe première en raison de son faible taux de tabagisme et deuxième pour la prévalence du diabète, avec une donnée de 4,9 % comparativement à 5,9 % dans l'ensemble du Québec. Finalement, même si le taux de mortalité par suicide est supérieur à la donnée québécoise (19,1 pour 100 000 habitants contre 16,3 pour le Québec), davantage de gens de la région perçoivent leur santé mentale comme bonne ou excellente, ce qui place la région au septième rang, et moins de personnes y ont subi des dépressions majeures que dans la plupart des autres régions au Québec, ce qui permet à la région d'occuper le troisième rang ex æquo avec la Chaudière-Appalaches.

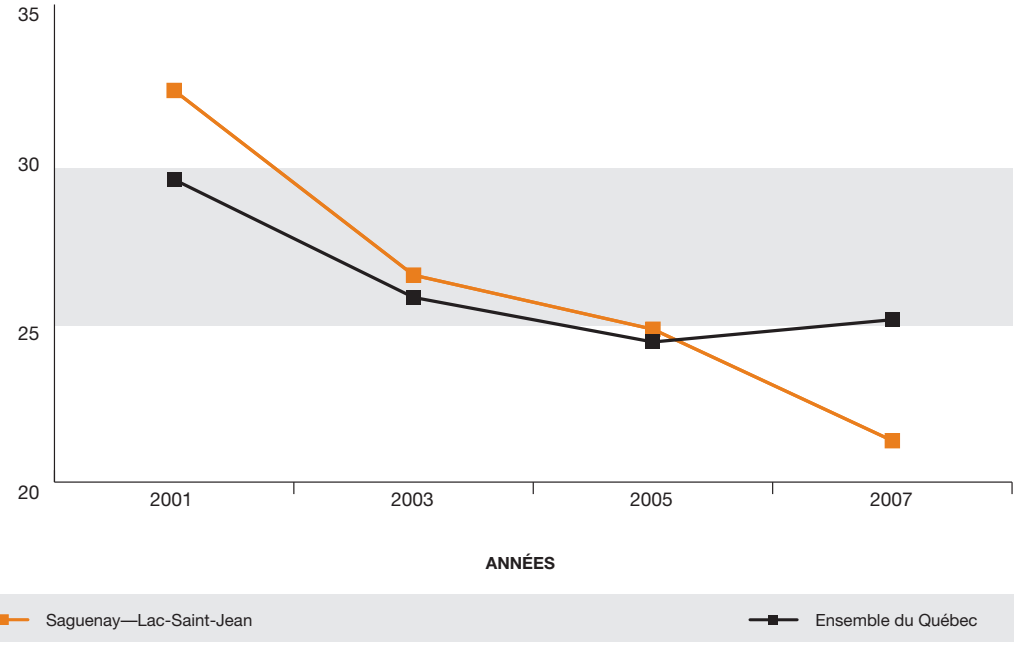
TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, le Saguenay—Lac-Saint-Jean a amélioré ses résultats de 2,6 % annuellement. Cela se traduit par une augmentation légèrement plus faible que celle du Québec pour chacune des fonctions analysées. Soulignons, toutefois, deux indicateurs qui se sont fortement illustrés, soit le taux d'arthroplasties du genou, qui affiche d'emblée un meilleur taux que celui du Québec, de même que le taux de tabagisme, qui diminue constamment depuis 2001 (voir les graphiques).

Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants, 1998-2002 à 2001-2005



Taux de tabagisme, en %, 2001 à 2007





RÉGION INTERMÉDIAIRE

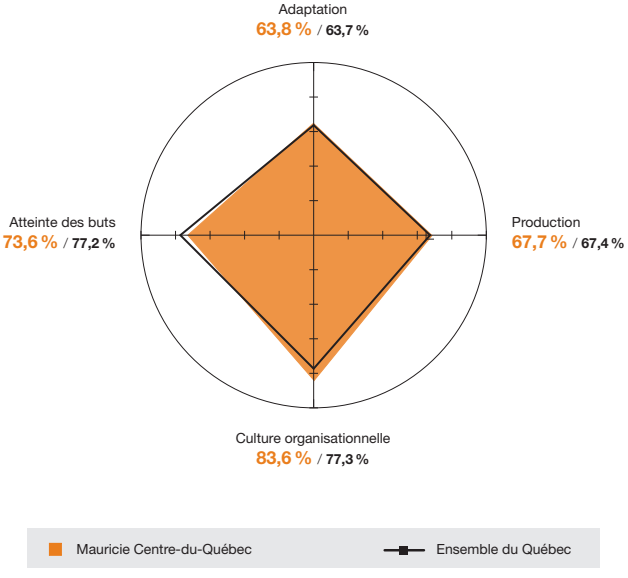
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

RÉGION 04

CONTEXTE GÉNÉRAL

Depuis 1996, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec se maintient autour de 484 000 habitants. Même si elle demeure stable, cette population vieillit, si bien qu'en 2009, la région affiche un âge médian de 44,7 ans et, avec un résultat de 17,6 %, elle obtient la troisième plus haute proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec. Comme plusieurs des régions situées à l'extérieur de la région métropolitaine, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est majoritairement francophone et elle compte peu d'immigrants. Davantage liée au secteur manufacturier, cette région vit au rythme de ses industries. Le revenu personnel par habitant et le taux d'emploi y sont peu élevés alors que les taux de chômage et de recours à l'assistance-emploi y sont relativement importants.

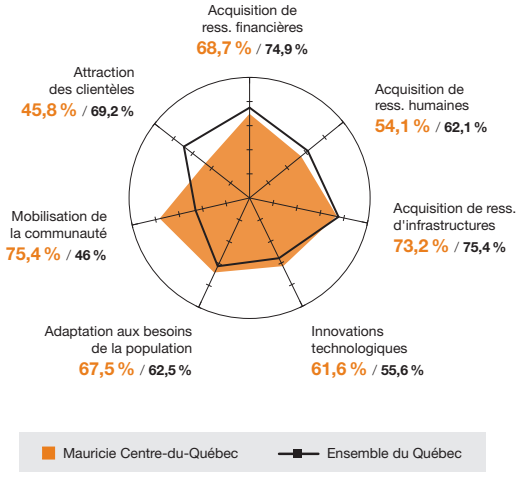
APERÇU GLOBAL



Globalement, lorsque nous examinons l'ensemble des sous-dimensions des différentes fonctions, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec tend à se situer parmi un groupe de régions qui présentent des défis à l'égard de la performance. Malgré une excellente deuxième position pour la culture organisationnelle, les résultats relatifs à l'atteinte des buts, qui placent la région au treizième rang à ce sujet, et les résultats relatifs à la production des services, qui la placent au douzième rang, font en sorte que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se compare défavorablement à deux des trois autres régions de ce groupe, c'est-à-dire le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay — Lac-Saint-Jean.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

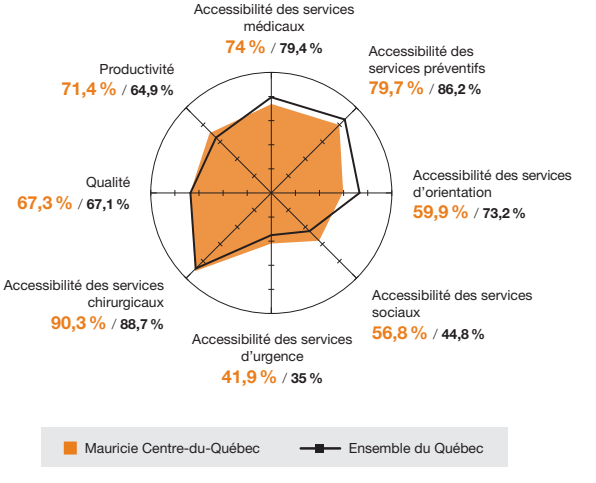
ADAPTATION



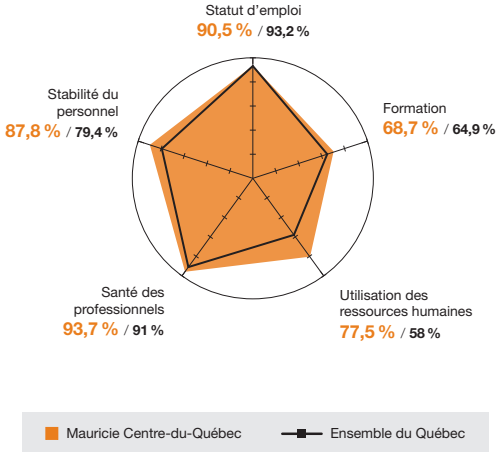
La performance en adaptation de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est comparable à celle de l'ensemble du Québec, puisque le résultat obtenu est de 63,8 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, ce qui situe la région au neuvième rang. Cependant, les trois sous-dimensions ayant trait à l'acquisition de ressources financières, de ressources humaines et d'infrastructures ont des taux inférieurs à ceux du Québec par des écarts qui varient de 2,2 à 8 points, ce qui permet à chacune de ces sous-dimensions d'obtenir une neuvième place à l'échelle du Québec. De plus, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient également une neuvième place pour l'attraction des usagers, résultat marqué par le faible taux de desserte extrarégionale (4,1 %), qui est une caractéristique commune aux régions intermédiaires. En contrepartie, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec tire relativement bien son épingle du jeu dans les résultats obtenus pour les sous-dimensions telles que les innovations technologiques (61,6 %) ou l'adaptation aux besoins de la population (67,5 %). Toutefois, nous observons que sa performance est particulièrement bonne au regard de la mobilisation de la communauté, où le score de 75,4 % obtenu en ce qui concerne l'atteinte de la balise est nettement supérieur à celui de l'ensemble du Québec (46 %).

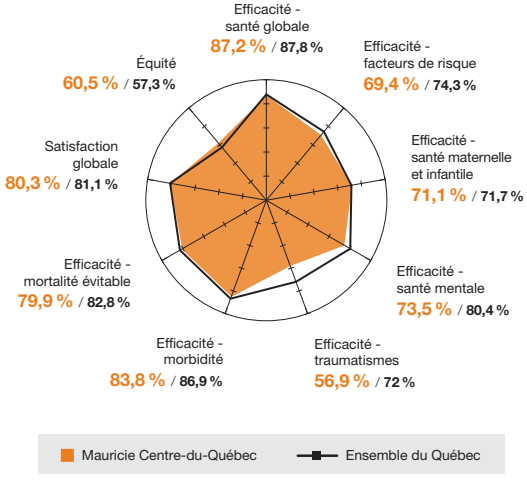
PRODUCTION

Pour ce qui est de la production, nous trouvons un profil semblable à celui de l'adaptation, c'est-à-dire que l'atteinte de la balise est de l'ordre de 67,7 %, ce qui donne un douzième rang. Ce résultat se situe tout près de la moyenne québécoise et des résultats par sous-dimension, qui sont variables. En effet, si l'accessibilité des services médicaux occupe un quatorzième rang, celle des services préventifs, un dernier rang, et celle des services d'orientation, un avant-dernier rang, ces sous-dimensions ont des écarts négatifs par rapport à ceux du Québec, les autres sous-dimensions obtenant une note favorable comparativement à celui-ci. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec obtient un neuvième rang pour l'accessibilité des services d'urgence, avec un résultat de 41,9 %, et un cinquième rang pour l'accessibilité des services chirurgicaux, avec un résultat de 90,3 %. Toutefois, l'écart favorable le plus marqué par rapport à la moyenne québécoise se trouve dans l'accessibilité des services sociaux, dont le score de 56,8 % est de 12 points au-dessus de celui obtenu par le Québec.



L'analyse des sous-dimensions relevant de la culture organisationnelle reflète une très bonne performance générale pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qui se classe en deuxième place parmi les régions du Québec avec un résultat de 83,6 % dans l'atteinte de la balise, ce qui lui donne 6,3 points au-dessus du résultat obtenu par le Québec. Cette région se distingue particulièrement en ce qui concerne l'utilisation des ressources humaines (19,5 points devant la moyenne québécoise) ; celle-ci est suivie par la stabilité du personnel, où la région obtient également un score favorable avec un écart de 8,4 points. De cette vue d'ensemble, la seule sous-dimension où cette région est moins performante est celle qui est liée au statut d'emploi ; en effet, le résultat de 90,5 % est considéré comme élevé, mais tout de même inférieur à celui de l'ensemble du Québec, qui se situe à 93,2 %.





Ayant obtenu un résultat de 73,6 % en ce qui a trait à l'atteinte de la balise et occupant un onzième rang, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec appartient au groupe des trois régions qui sont les moins performantes du Québec pour ce qui est de l'atteinte des buts, mais elle demeure quand même assez proche du résultat de l'ensemble du Québec, lequel est de 77,2 %. Les sous-dimensions relatives à l'efficacité occupent toutes une position qui varie du neuvième au quinzième rang et elles présentent toutes un résultat inférieur à celui du Québec. En conséquence, la région a obtenu respectivement un neuvième et un dixième rang pour la santé globale avec un résultat de 87,2 % et pour la santé maternelle et infantile avec un résultat de 71,1 %, ces résultats étant situés très près de ceux de l'ensemble du Québec. Nous y observons aussi des résultats situés de manière plus distincte sous ceux du Québec comme c'est le cas pour les facteurs de risque, dont la note de 69,4 % la fait occuper un douzième rang, pour la santé mentale, dont la note de 73,5 % la place au treizième rang et pour les traumatismes, dont le score de 56,9 % la situe au dernier rang. La morbidité et la mortalité évitable placent la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec sous le résultat québécois par environ 3 points : ces sous-dimensions occupent, respectivement, le neuvième et le onzième rang. Finalement, la satisfaction globale, qui obtient un résultat de 80,3 %, y est également en dessous du score de 81,1 % obtenu par le Québec. Toutefois, pour ce qui est de l'équité, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se démarque avantageusement avec un résultat de 60,5 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, comparativement au résultat de 57,3 % obtenu par le Québec.

APERÇU PAR INDICATEUR

Pour ce qui est des marques distinctives des indicateurs, dans la fonction d'adaptation, il en ressort d'abord que 37,5 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF) ; il s'agit de la proportion la plus élevée au Québec, et elle se situe bien au-dessus de la donnée pour l'ensemble du Québec, où 18,1 % de la population est inscrite en GMF.

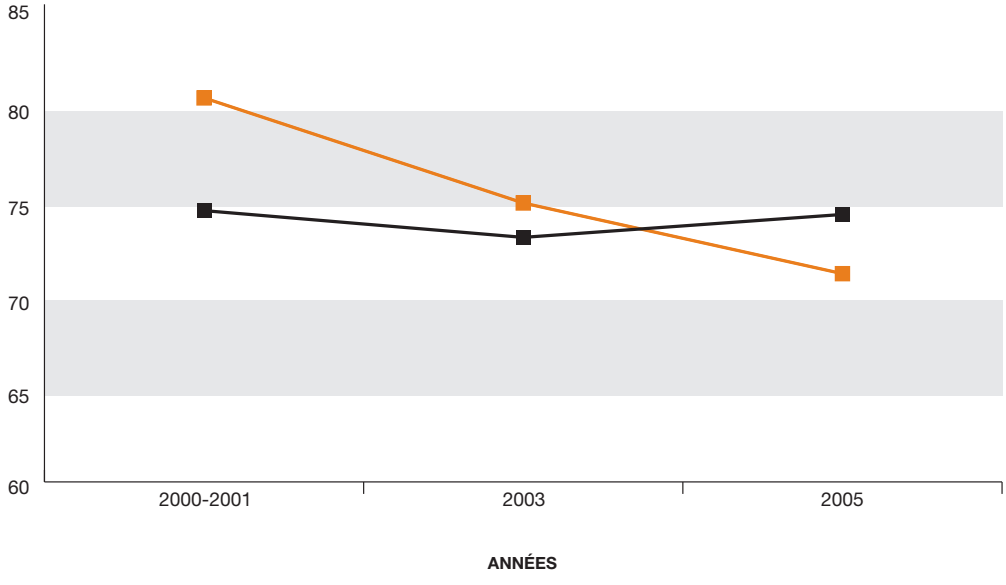
En ce qui concerne la production, les indicateurs de l'accessibilité des services préventifs sont défavorables, surtout celui qui a rapport à la proportion des femmes qui ont subi un test de Pap au cours des trois dernières années avec un résultat de 56,8 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise et avec un quatorzième rang occupé. Par ailleurs, la proportion des appels auxquels Info-Santé a répondu en moins de quatre minutes se situant à 59,4 %, ce résultat est nettement inférieur à celui obtenu par le Québec, ce qui classe la Mauricie et le Centre-du-Québec à l'avant-dernier rang. C'est également ce rang qu'obtient la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec avec 71,3 % de la population qui déclare avoir consulté un médecin dans la dernière année, comparativement à 75,2 % pour le Québec. Néanmoins, pour ce qui est de la protection de la jeunesse, la région obtient un troisième rang quant à son délai moyen d'attente en évaluation, dont le nombre de jours est moins de la moitié de celui observé dans l'ensemble du Québec.

Finalement, les indicateurs saillants de l'atteinte des buts sont le taux de mortalité infantile et la mortalité par suicide. D'abord, le taux de mortalité infantile occupe le quatorzième rang et il est plus élevé que celui de l'ensemble du Québec. Toutefois, c'est aussi l'indicateur pour lequel nous observons le plus grand écart intrarégional pour les résultats obtenus par les populations favorisées et défavorisées dans la sous-dimension d'équité. En deuxième lieu, notons que le taux de mortalité par suicide est de 22,6 pour 100 000 habitants, ce qui place la région au treizième rang pour cet indicateur, avec un écart relatif de 6,3 points de plus que la donnée obtenue par le Québec.

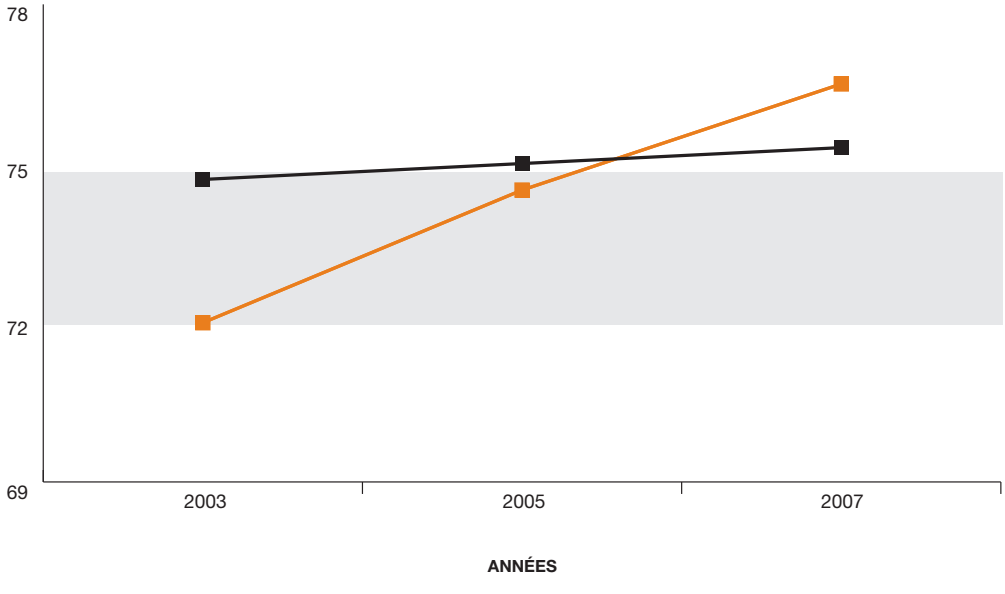
TENDANCE TEMPORELLE

Pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la variation annuelle moyenne de 2,8 % est semblable à celle du Québec, soit 3 %, quoique légèrement inférieure. Si, en adaptation et en production, l'amélioration des données est inférieure à celle du Québec, la progression de 2,3 % en atteinte des buts dépasse celle de l'ensemble du Québec, qui est de 2 %. Cette évolution est illustrée dans les graphiques ci-après. D'abord, pour la production, nous constatons une diminution constante de la proportion des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie depuis 2000-2001, alors qu'au Québec, la proportion demeure plutôt constante. Ensuite, pour l'atteinte des buts, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est améliorée dans les dernières années au sujet de la perception de l'état de santé mentale, entre autres. En effet, alors que la proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente était plus petite en Mauricie et au Centre-du-Québec que celle de l'ensemble du Québec en 2003, cette proportion est maintenant plus grande en raison d'une croissance plus rapide que celle du Québec.

Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2000-2001 à 2005



Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2003 à 2007





RÉGION INTERMÉDIAIRE

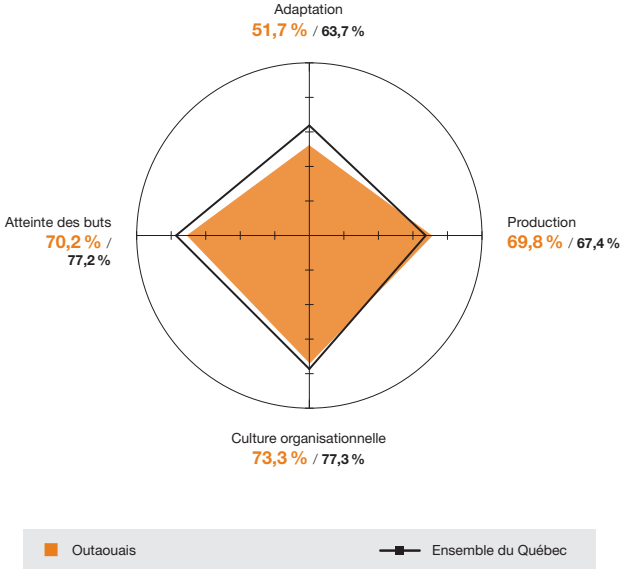
OUTAOUAIS

RÉGION 07

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, 353 177 personnes résident dans la région de l'Outaouais et la population y croît à un rythme deux fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Cette situation résulte, notamment, d'une bonne contribution de l'immigration et de la migration interne. De plus, l'Outaouais est la deuxième région la plus jeune du Québec avec un âge médian de 40,3 ans. Évidemment, une importante communauté anglophone réside dans la région de l'Outaouais ; 16,8 % de ses habitants utilisent l'anglais comme langue parlée à la maison. L'Outaouais bénéficie de conditions économiques favorables et, comparativement à l'ensemble du Québec, le taux d'emploi y est élevé alors que le chômage y est relativement bas. Cependant, la région occupe le deuxième rang au Québec pour son pourcentage de familles monoparentales qui s'établit à 24,8 %. Finalement, notons que l'Outaouais est une région qui se caractérise par le fait qu'elle est située en bordure de l'Ontario, séparée de la ville d'Ottawa par la rivière des Outaouais. Cet emplacement particulier cause des répercussions sur la mobilité de la population de la région, autant en ce qui a trait aux déplacements pour le travail qu'à ceux liés à la consommation de services de santé.

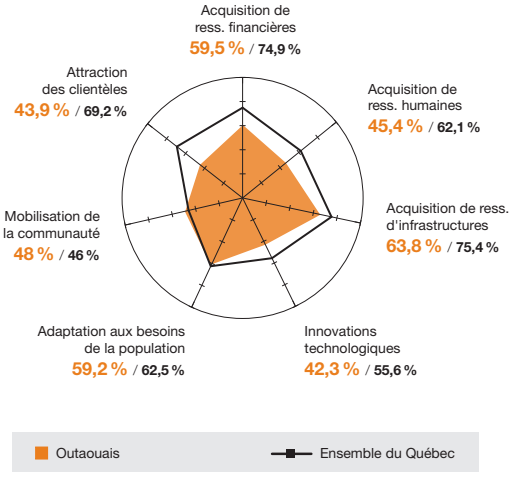
APERÇU GLOBAL



Globalement, l'Outaouais présente des défis importants à l'égard des différentes fonctions de la performance analysées. Cependant, même si l'Outaouais se classe parmi les régions intermédiaires, ses résultats sont très semblables à ceux de plusieurs des régions en périphérie des régions universitaires. Cela signifie que la fonction d'adaptation est celle qui a les résultats les plus faibles et que les autres fonctions oscillent autour de la moyenne québécoise. Plus particulièrement en ce qui concerne l'adaptation, le profil de la région de l'Outaouais ressemble à celui de ce groupe de régions situées en périphérie des régions universitaires, le taux étant inférieur d'une douzaine de points au pourcentage obtenu par l'ensemble du Québec au sujet de l'atteinte de la balise. Ce rapprochement entre l'Outaouais et le groupe des régions en périphérie des régions universitaires s'explique facilement, puisque même si la région de l'Outaouais est définie comme une région intermédiaire dans l'ensemble du Québec, il convient de tenir compte de sa proximité avec la région d'Ottawa, qui influence sur plusieurs plans le système de santé et de services sociaux en Outaouais. Dans un autre ordre d'idées, l'atteinte des buts et le développement et le maintien de la culture organisationnelle se classent en Outaouais plus défavorablement qu'ailleurs au Québec. Il y a seulement dans la fonction de production que la région de l'Outaouais inscrit un résultat supérieur à celui de l'ensemble du Québec.

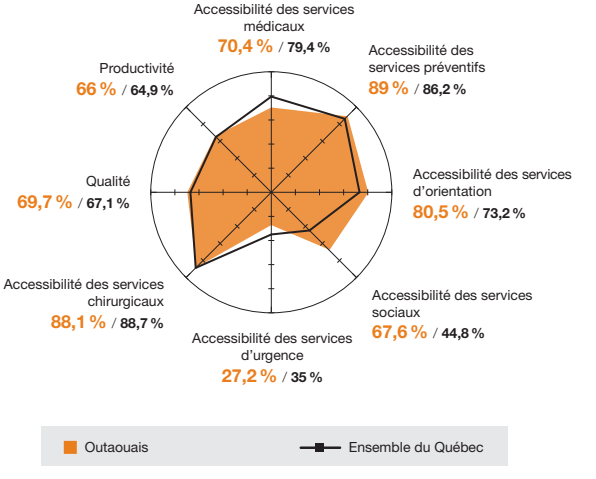
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



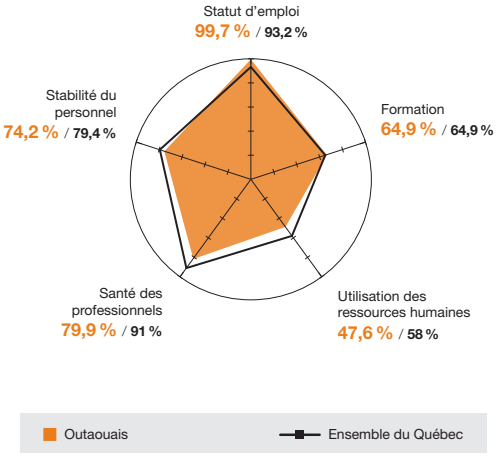
Avec une atteinte de la balise se situant à 51,7 %, soit le douzième rang, les capacités d'adaptation de la région de l'Outaouais sont généralement faibles dans l'ensemble. Ainsi, les performances régionales dans les sous-dimensions d'acquisition des ressources obtiennent toutes le onzième rang avec des écarts négatifs qui varient de 11,6 à 16,7 points de pourcentage par rapport au Québec, conformément au profil qui se dégage des régions en périphérie des régions universitaires. Par ailleurs, la sous-dimension des innovations technologiques obtient, quant à elle, un dernier rang à l'échelle du Québec. Toutefois, puisqu'il s'agit d'une sous-dimension comprenant deux indicateurs qui tiennent compte seulement des examens en tomodensitométrie et en imagerie par résonance magnétique qui sont faits dans le système de santé et de services sociaux public québécois, le résultat doit être interprété avec une extrême prudence. Sur la base de nos observations, il est possible de poser l'hypothèse que, pour l'Outaouais, plusieurs des services cités sont consommés dans la région d'Ottawa ou, encore, dans le secteur privé, ce qui nuancerait l'observation à propos des innovations technologiques. Ensuite, pour ce qui est de l'adaptation aux besoins de la population et de la mobilisation de la communauté, l'Outaouais se classe, respectivement, au douzième et au onzième rang avec des résultats qui se situent tout près de ceux de l'ensemble du Québec.

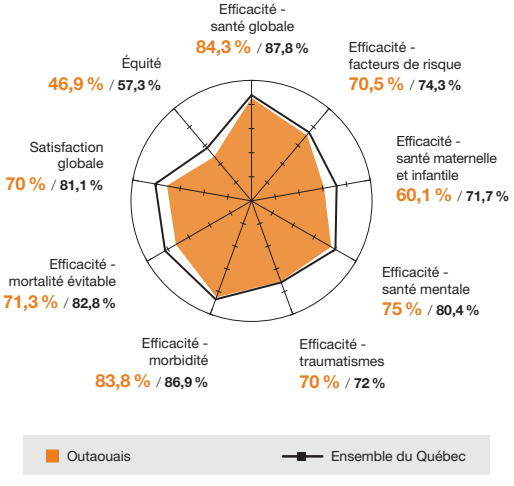
PRODUCTION



Occupant une dixième position sur les quinze régions comparées, le résultat obtenu en ce qui concerne l'atteinte de la balise dans la production de soins de santé et de services sociaux en Outaouais se situe à 69,8 %, soit 2,4 points de plus comparativement au score obtenu par le Québec. Les sous-dimensions portant sur l'accessibilité expriment des performances variables. En effet, la performance relative à l'atteinte de la balise en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux en Outaouais, soit 70,4 %, se classe en dernière position. Quant à elle, l'accessibilité des services d'urgence obtient un résultat de 27,2 % et occupe l'avant-dernier rang. Par contre, la région obtient de bons résultats en comparaison avec l'ensemble du Québec pour ce qui est de l'accès aux services préventifs, soit 89 %, ce qui lui permet d'occuper une quatrième position. Les résultats sont encore meilleurs en ce qui a trait à l'accessibilité des services sociaux ; en effet, la région se classe au deuxième rang, avec un résultat de 67,6 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, ce qui représente 22,8 points de plus que l'ensemble du Québec. Ensuite, l'Outaouais obtient un neuvième rang pour l'accessibilité des services chirurgicaux avec un score de 88,1 %, qui situe la région dans la moyenne québécoise. Étant donné la constitution de cette sous-dimension, il est possible d'affirmer que ce résultat découle, en bonne partie, non seulement de la très faible proportion de personnes en attente, depuis plus de six mois, d'une arthroplastie de la hanche (premier rang), du genou (premier rang) ou d'une chirurgie de la cataracte (huitième rang), mais aussi de la très haute proportion de personnes en attente, depuis plus de six mois, d'une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation (quinzième rang) et d'une intervention d'un jour (treizième rang).

Malgré une avant-dernière position en culture organisationnelle (73,3 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise) et un résultat inférieur de 4 points à celui du Québec, la performance de l'Outaouais est bonne pour ce qui est du statut d'emploi, puisque le résultat obtenu est de 99,7 %, soit 6,5 points de plus que le score obtenu par l'ensemble du Québec. Par contre, nous observons des résultats inférieurs à ceux du Québec pour l'utilisation des ressources humaines (quinzième rang), pour la santé des professionnels (onzième rang) et la stabilité du personnel (quatorzième rang), avec des écarts négatifs variant de 5,2 à 11,1 points. Néanmoins, le résultat de la sous-dimension de la formation se situe exactement dans la moyenne québécoise (64,9 %).





En atteinte des buts, la région de l'Outaouais affiche la plus faible performance parmi les régions du Québec. Le résultat obtenu est, en effet, de 70,2 % par rapport à 77,2 % pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, nous observons des résultats inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec pour toutes les sous-dimensions avec une position variant du dixième au quinzième rang, sauf pour l'efficacité rattachée aux traumatismes (sixième rang ex æquo avec la Montérégie), ce qui la place légèrement au-dessus de la moyenne du Québec. Les écarts négatifs les plus élevés par rapport au Québec sont observés dans les sous-dimensions portant sur l'efficacité en santé maternelle et infantile (11,6 points), sur l'efficacité en mortalité évitable (11,5 points), sur l'équité (7 points) et sur la satisfaction globale (11,1 points). En effet, en concordance avec ces résultats, la proportion de la population ayant déclaré des besoins qui n'ont pas été satisfaits en matière de santé est la plus prononcée au Québec et l'Outaouais se classe au dernier rang avec seulement 89 % de la population qui se déclare très ou assez satisfaite des services de santé fournis, comparativement à 92,9 % pour l'ensemble du Québec.

APERÇU PAR INDICATEUR

En adaptation, l'acquisition des ressources présente des indicateurs avec une performance moindre que celle de l'ensemble du Québec. Outre des résultats inférieurs pour les dépenses, l'Outaouais affiche 0,88 médecin omnipraticien et 0,61 médecin spécialiste pour 1 000 habitants comparativement au taux québécois de 1,02 médecin omnipraticien et de 1,09 médecin spécialiste pour 1 000 habitants. Nous y observons également un taux d'infirmières en équivalent temps complet (ETC) de 4,1 pour 1 000 habitants, alors qu'au Québec, celui-ci est de 5,8.

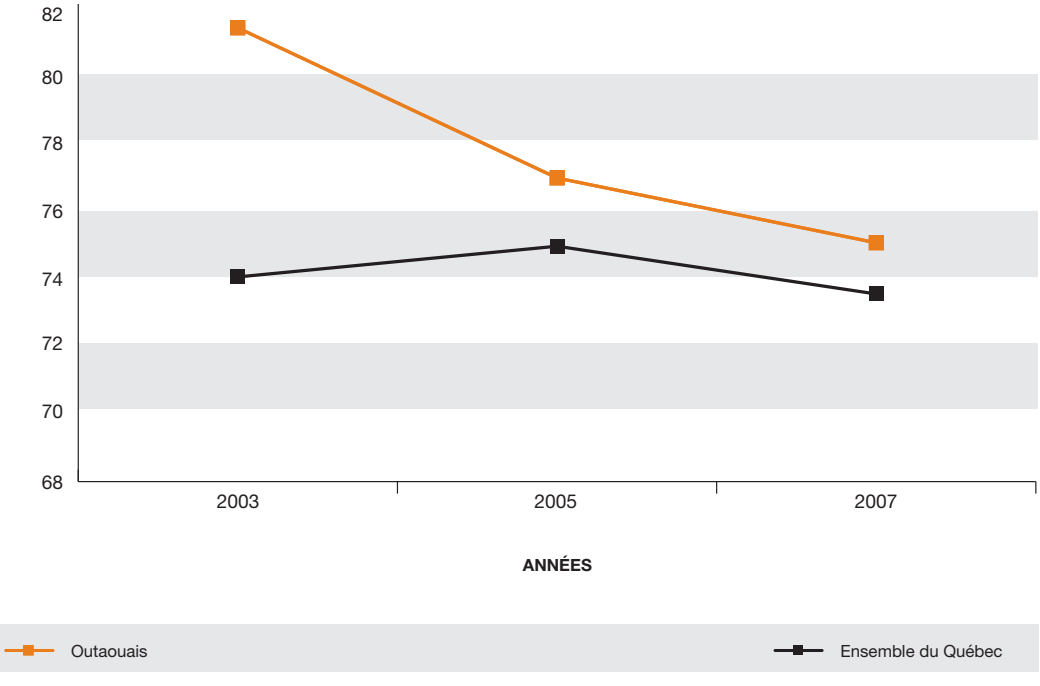
Dans le domaine de la production des services de santé, la région de l'Outaouais se démarque négativement quant à l'indice de consommation de services médicaux en médecine générale (treizième rang) et de services médicaux spécialisés (quinzième rang). En contrepartie, la région se distingue bien au-dessus de la moyenne québécoise avec une proportion de 72,3 % des femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi un test de Pap, ce qui équivaut à la deuxième meilleure proportion à l'échelle du Québec. De plus, les services de protection de la jeunesse enregistrent de très bons résultats ; en effet, pour ce qui est de la protection de la jeunesse, la région se classe deuxième avec ses 7,4 jours de délai moyen d'attente pour une évaluation, comparativement à 15,4 jours pour l'ensemble du Québec, et première avec 7 jours de délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, alors que ce délai est de 19,8 jours à l'échelle du Québec.

Ensuite, nous trouvons également une forte variabilité des résultats pour les indicateurs de l'atteinte des buts, ce qui donne des constatations qui semblent parfois contradictoires. Par exemple, la région de l'Outaouais se distingue comme étant la première au Québec pour la perception de l'état de santé mentale avec près de 79 % des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente. En contrepartie, l'Outaouais se classe au quatorzième rang par rapport à la proportion de la population qui a déclaré avoir vécu un épisode dépressif majeur (6,8 % comparativement à 4,7 % pour le Québec). Aussi est-il intéressant de noter que 20,5 % des habitants de la région souffrent d'obésité, soit 5,2 % de plus que dans l'ensemble du Québec, alors qu'avec un taux de 4,8 %, la prévalence du diabète y est la plus faible au Québec.

TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, la région de l'Outaouais a connu une variation moyenne annuelle de 2,6 %, une bonne partie de celle-ci étant liée à sa croissance en adaptation, la deuxième plus forte au Québec pour la période analysée. Toutefois, la fonction de production s'est détériorée quelque peu dans les dernières années, en grande partie en raison du recul observé dans l'accessibilité des services médicaux, des services d'urgence et des services chirurgicaux, tel que cela est illustré dans la proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille (voir le graphique), mais aussi par rapport au taux d'incidence de *C. difficile*, dont le bilan s'est détérioré entre 2004-2005 et 2006-2007.

Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2003 à 2007



Régions éloignées

Les régions éloignées ont leurs centres régionaux à plus de six heures de route de Québec ou de Montréal. Leurs populations respectives comptent de 90 000 à 160 000 personnes. Ce sont l'Abitibi-Témiscamingue (08), la Côte-Nord (09) et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (11).



RÉGION ÉLOIGNÉE

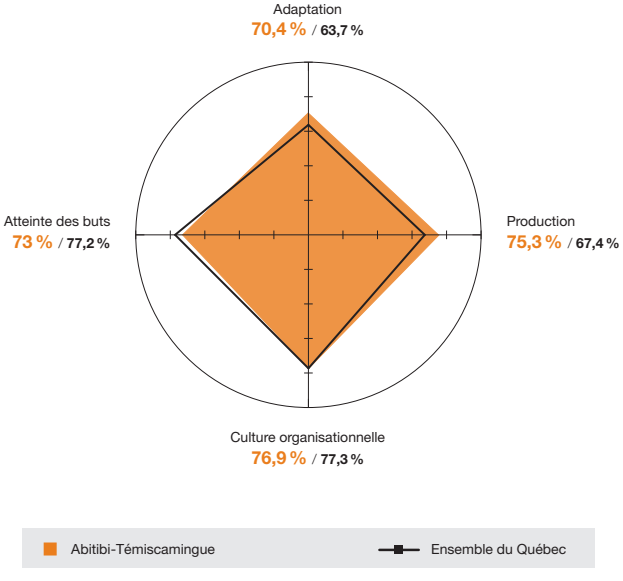
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

RÉGION 08

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, 140 926 personnes habitent la région de l'Abitibi-Témiscamingue. À l'image de plusieurs régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue a connu un déclin démographique ces dernières années. Néanmoins, l'Abitibi-Témiscamingue est la région au Québec qui présente le plus haut indice synthétique de fécondité, soit 1,65 enfant par femme de 15 à 49 ans, et le plus jeune âge moyen des mères à la naissance, soit 26,9 ans. Après une période plutôt difficile au cours des années 1990, l'économie de l'Abitibi-Témiscamingue semble se redresser. Toutefois, le taux d'emploi se révèle encore inférieur à celui du Québec et la région présente le deuxième taux de chômage le plus élevé au Québec (9,2 %). Par ailleurs, la scolarité atteinte est, en général, peu élevée, puisque le résultat obtenu démontre que 42,2 % de la population n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires. Finalement, le revenu personnel par habitant est relativement bas et plus de 60 % des personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficient du supplément de revenu garanti.

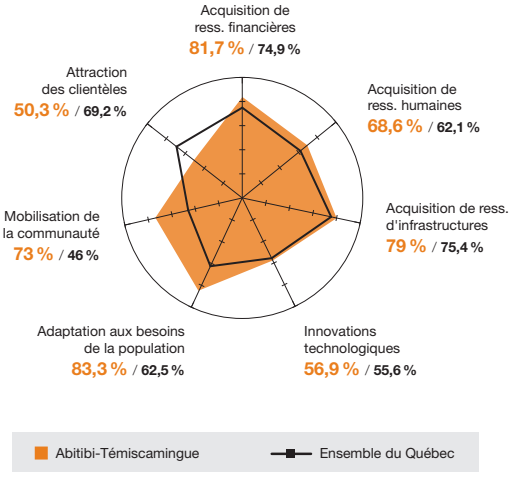
APERÇU GLOBAL



Lorsqu'on examine attentivement la vue d'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, nous constatons que celle-ci suit le même profil que les deux autres régions éloignées, soit la Côte-Nord et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Ce profil type se caractérise principalement par une capacité d'adaptation généralement plus forte que celle remarquée dans l'ensemble du Québec, et qui peut être associée au contexte d'éloignement géographique de ces régions. Par ailleurs, nous retrouvons habituellement, dans ce profil type, une capacité de production supérieure à celle du Québec et une culture organisationnelle quelque peu plus faible, alors que l'atteinte des buts tend à se situer autour de la moyenne québécoise. C'est spécifiquement par rapport à ce dernier élément du profil type des régions éloignées que l'Abitibi-Témiscamingue se démarque en ayant une performance plus faible que celle des régions comparables en ce qui concerne l'atteinte des buts.

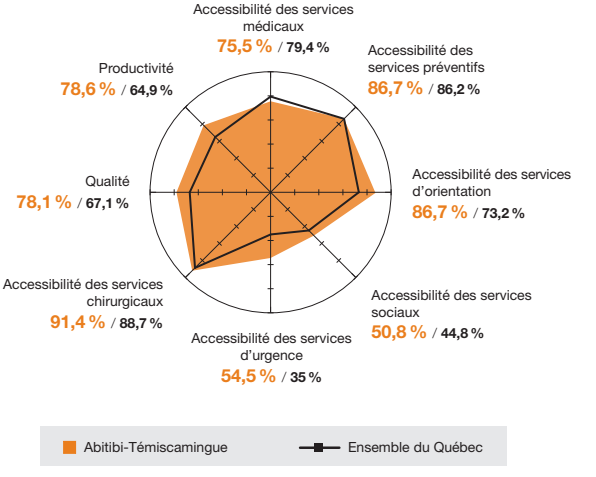
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION



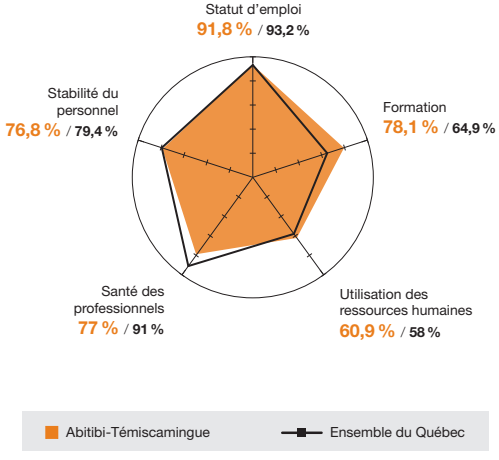
La région de l'Abitibi-Témiscamingue démontre une capacité d'adaptation supérieure à la moyenne québécoise par 6,7 points de pourcentage en atteinte de la balise, ce qui lui donne un score de 70,4 %. Bien que ce résultat la classe au cinquième rang à l'échelle du Québec, il est inférieur à ceux que nous observons dans le groupe des régions éloignées. En acquisition des ressources et en innovations technologiques, l'Abitibi-Témiscamingue obtient des résultats quelque peu au-dessus de ceux de la province, lui allouant un sixième ou un septième rang. Sa performance tranche davantage par rapport à celle du Québec dans les sous-dimensions liées à l'adaptation aux besoins de la population (83,3 %) et à la mobilisation de la communauté (73 %), où des écarts de performance positifs de 20,8 et de 27 points de pourcentage sont remarqués, ce qui donne une troisième position dans ces deux sous-dimensions. Pour ce qui est de l'attraction de la clientèle, l'Abitibi-Témiscamingue présente un résultat inférieur à celui du Québec et, conformément aux autres régions éloignées, nous observons que la région offre un faible taux de desserte extrarégionale (6,6 %). Cependant, parmi les trois régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue est celle qui présente le plus haut taux de rétention des hospitalisations : elle se place au cinquième rang avec un taux supérieur à celui obtenu pour l'ensemble du Québec.

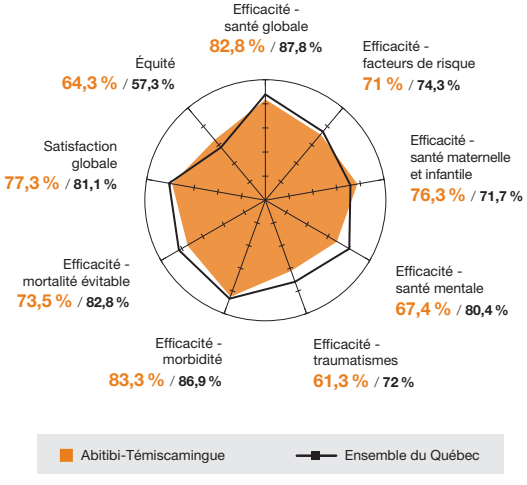
PRODUCTION



Avec un résultat de 75,3 % dans l'atteinte de la balise pour la fonction de production, l'Abitibi-Témiscamingue se démarque positivement de plus de 8 points de pourcentage par rapport à l'ensemble du Québec, ce qui la classe au troisième rang. Ainsi, l'accessibilité des services médicaux est la seule sous-dimension dont la performance se situe au dessous de celle du Québec (75,5 % contre 79,4 %). Le treizième rang obtenu pour cette sous-dimension s'explique par le fait que la région se classe avant-dernière au Québec avec seulement 66,9 % de la population qui déclare avoir un médecin de famille et par son faible indice de consommation des services médicaux spécialisés (0,87). La performance en accessibilité des services préventifs, soit un résultat de 86,7 %, se situe, quant à elle, à la hauteur des résultats obtenus par le Québec, soit 86,2 % ; cela lui permet d'occuper un huitième rang. L'Abitibi-Témiscamingue se classe également bien en ce qui a trait aux autres sous-dimensions mesurant l'accessibilité. Ainsi, elle occupe un troisième rang pour l'accessibilité des services d'orientation, un quatrième rang pour l'accessibilité des services d'urgence et un quatrième rang également pour les services chirurgicaux. En matière de qualité, la région fait belle figure avec un troisième rang et un résultat de 78,1 %, ce qui lui donne 11 points de plus par rapport à l'atteinte de la balise dans le Québec. Pour la productivité, la performance affichée est semblable, alors que l'Abitibi-Témiscamingue est à 13,7 points au-dessus du résultat obtenu par le Québec, ce qui lui permet de se classer au deuxième rang.

Pour ce qui est de la culture organisationnelle, l'Abitibi-Témiscamingue obtient un résultat de 76,9 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise. Ce résultat se situe au même niveau que celui obtenu par l'ensemble du Québec, soit 77,3 % ; il équivaut donc à une dixième position. Pour la proportion des heures consacrées à la formation, la région fait belle figure parmi les régions du Québec en obtenant un troisième rang. Toutefois, dans la sous-dimension portant sur la santé des professionnels, elle termine au treizième rang en ce qui concerne la proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées. Pour les autres sous-dimensions, l'Abitibi-Témiscamingue réalise des performances semblables à celles de l'ensemble du Québec, son classement variant de la huitième à la dixième position.





En ce qui concerne l'atteinte des buts, la région de l'Abitibi-Témiscamingue affiche une performance de 73 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise ; ce résultat est en dessous de celui du Québec par 4,2 points, ce qui place la région à l'avant-dernier rang au Québec. Dans son groupe de régions similaires, il s'agit du plus bas score obtenu pour l'atteinte des buts. En effet, pour toutes les sous-dimensions portant sur l'efficacité, sauf celle qui concerne la santé maternelle et infantile, où le rang occupé est le septième, l'Abitibi-Témiscamingue présente des écarts négatifs par rapport aux résultats obtenus par l'ensemble du Québec, ces écarts variant de 3,3 à 13 points. En matière de classement, la région occupe le dernier rang pour deux sous-dimensions, soit la santé globale avec un résultat de 82,8 % et la santé mentale avec une note de 67,4 %. De plus, l'efficacité liée à la morbidité, qui se place au onzième rang, semble fortement influencée par les résultats peu enviables notés pour les taux de mortalité par maladies du système circulatoire (222,3 pour 100 000 habitants comparativement à 203 pour le Québec) et par maladies du système respiratoire (71,4 pour 100 000 habitants comparativement à 60 pour le Québec). Le taux de mortalité par maladies du système circulatoire ne semble pas se refléter dans la mortalité évitable, puisque les années potentielles de vie perdues pour ces cas sont semblables à celles du Québec. L'Abitibi-Témiscamingue se place par ailleurs au dernier rang pour les années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire. Par ailleurs, en ce qui concerne la satisfaction globale, la région se classe au douzième rang avec un score inférieur à la moyenne québécoise, cela résultant principalement du fait que plus de gens en Abitibi-Témiscamingue déclarent des besoins qui n'ont pas été satisfaits en matière de santé, soit une proportion de 14,2 % de la population de cette région par rapport à une proportion de 12,3 % au Québec. Finalement, le meilleur résultat de la région pour l'atteinte des buts relativement au comparatif québécois se trouve dans l'équité (cinquième rang occupé), où il y a peu de variations entre les populations favorisées et défavorisées en matière de résultats relatifs à la santé.

APERÇU PAR INDICATEUR

À l'image des autres régions du Québec, celle de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue aussi à l'égard de certains indicateurs. Outre la proportion de 29,4 % de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), qui dépasse largement la donnée québécoise de 18,1 %, les indicateurs qui marquent la spécificité de la région se trouvent surtout en production et en atteinte des buts.

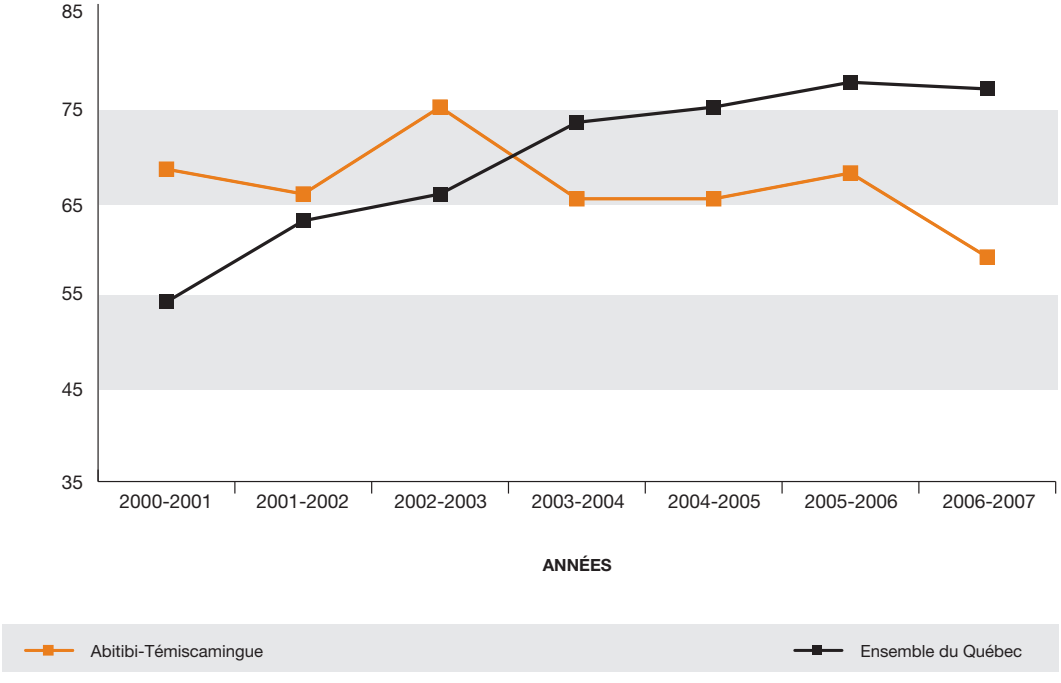
Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue, 86 % des appels adressés à Info-Santé reçoivent une réponse en moins de quatre minutes, comparativement à 72,6 % pour le Québec, ce qui place la région au troisième rang au Québec. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence, l'Abitibi-Témiscamingue est aussi très performante, puisque cette durée est de 11 heures, ce qui permet à la région d'obtenir le troisième rang ; ce rendement transparaît aussi dans la faible proportion de séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, laquelle se situe à 2,8 % et donne un quatrième rang, comparativement à 6,1 % pour le Québec. De plus, la région semble exceller en ce qui concerne les interventions chirurgicales de la hanche. L'Abitibi-Témiscamingue affiche le troisième plus haut taux d'arthroplasties de la hanche au Québec avec un résultat de 54 pour 100 000 habitants. Aucune personne ne fait face à une attente dépassant les six mois pour cette intervention chirurgicale. Quant à la durée médiane de séjour pour une hospitalisation en raison d'une fracture de la hanche, elle est de seulement 5 jours en comparaison de 12 jours pour l'ensemble du Québec. Néanmoins, il importe de noter que seulement 70,8 % de la population a déclaré avoir consulté un médecin durant les douze derniers mois, ce qui est la plus faible proportion à l'échelle provinciale.

En atteinte des buts, notons d'abord l'espérance de vie des résidents de l'Abitibi-Témiscamingue, qui est la plus faible au Québec avec 78,1 années, tandis que l'ensemble québécois se situe à 79,7 années. De plus, le taux de consommation d'alcool est plus élevé que la moyenne québécoise ; en effet, 24,6 % des habitants de la région ont déclaré avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois dans la dernière année. En santé maternelle et infantile, l'Abitibi-Témiscamingue est la région où nous observons le plus de naissances avec faible poids, soit 6,6 % comparativement à 5,7 % pour le Québec, mais la mortalité infantile, qui occupe le quatrième rang, et la mortalité néonatale, qui occupe le deuxième rang, se démarquent positivement face au Québec avec des taux respectifs de 4,2 et de 3 décès pour 1 000 naissances vivantes. Par contre, sur le plan de la santé mentale, les indicateurs sont moins encourageants ; en effet, seulement 72,2 % de la population considère avoir une santé mentale très bonne ou excellente, ce qui permet à la région d'occuper le onzième rang à ce sujet, et 5,7 % de la population rapporte avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année, ce qui la place au treizième rang. Pour ce qui est de la mortalité par suicide, avec 23,9 suicides pour 100 000 habitants, le résultat obtenu est le deuxième résultat considéré comme le plus élevé au Québec.

TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, la région de l'Abitibi-Témiscamingue a amélioré ses données de 4,8 % annuellement, comparativement à 3 % pour le reste du Québec. Parmi les régions du Québec, il s'agit de la deuxième plus grande variation. Cependant, cette variation résulte, en grande partie, d'une augmentation annuelle moyenne de 10,2 % en ce qui concerne les données portant sur l'adaptation : c'est la plus forte augmentation au Québec. Cependant, cette augmentation en adaptation n'est pas liée à l'acquisition des ressources, mais plutôt à l'étonnante augmentation de la proportion de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF) et au nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM). L'Abitibi-Témiscamingue s'est aussi distinguée pour d'autres indicateurs tels que le taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus, aussi appelées « plaies de lit » (voir le graphique), qui laisse voir une diminution, une évolution qui va à l'inverse de celle connue pour la totalité du Québec.

Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants, 2000-2001 à 2006-2007





RÉGION ÉLOIGNÉE

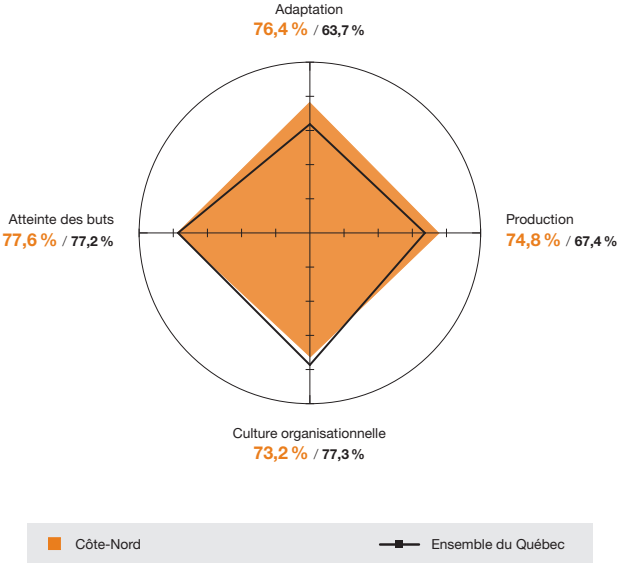
CÔTE-NORD

RÉGION 09

CONTEXTE GÉNÉRAL

Depuis plusieurs années, les résidents de la Côte-Nord quittent peu à peu leur région. Ainsi, en 2009, la population a baissé à 92 964 personnes. La démographie de cette région se distingue de celle des autres régions du Québec par la plus grande proportion d'hommes par rapport au nombre de femmes, par le deuxième plus haut pourcentage de population qui a de 15 à 64 ans (71,8 %) et par un indice synthétique de fécondité qui se classe au troisième rang, alors que l'âge moyen des mères à la naissance se situe à 27,2 ans. De plus, la région de la Côte-Nord affiche le deuxième plus faible taux de ménages à faible revenu au Québec, soit 14,3 %, et un revenu personnel par habitant supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Cependant, depuis quelques années, l'économie de la région connaît une situation difficile ; en effet, la population y est peu scolarisée, le taux d'emploi est plutôt faible et le chômage demeure élevé.

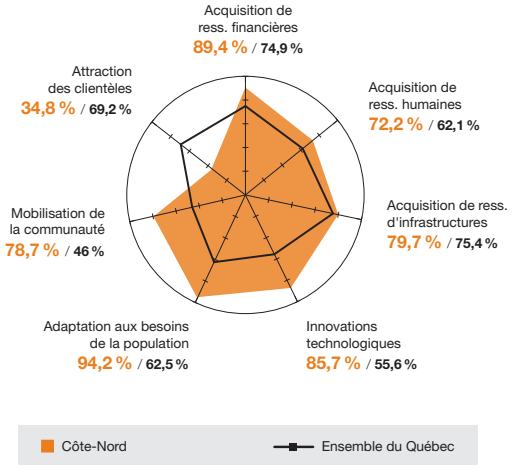
APERÇU GLOBAL



Si la Côte-Nord affiche une capacité d'atteindre ses buts qui est comparable à la moyenne québécoise, elle obtient une sous-performance en ce qui concerne les indicateurs liés à la culture organisationnelle. Par contre, la région se démarque de façon claire quant à sa capacité d'adaptation, étant même la deuxième meilleure au Québec, et, dans une moindre mesure, par sa capacité de production, qui lui fait occuper un cinquième rang. Néanmoins, même si la fonction de production se classe parmi les cinq premières positions à l'échelle du Québec, elle constitue la plus faible performance parmi le groupe des régions éloignées.

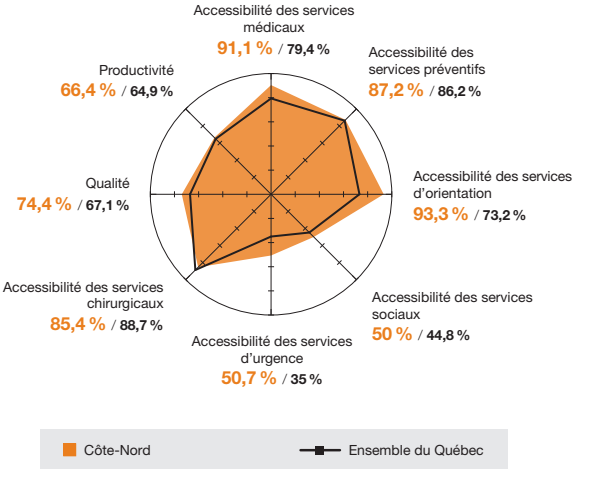
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION

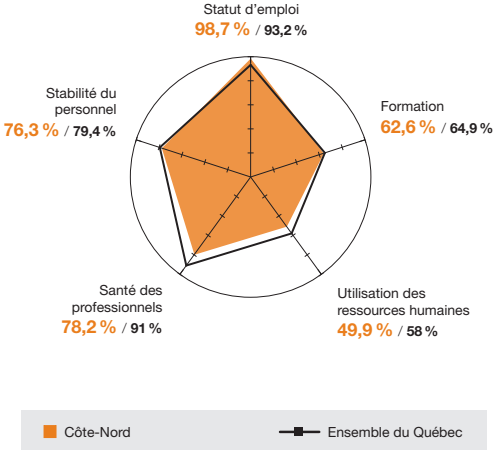


En matière d'adaptation, la Côte-Nord se classe deuxième au Québec avec un résultat de 76,4 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise ; cela représente 12,7 points de plus que la moyenne québécoise. En effet, pour pouvoir assurer des services de santé adéquats pour les Nord-Côtiers dans un contexte d'éloignement géographique et de faible densité populationnelle, la région de la Côte-Nord a dû se donner une forte capacité d'acquisition de ressources financières, ce que révèle le résultat de 89,4 %, de ressources humaines, ce dont témoigne le résultat de 72,2 %, et d'infrastructures, ce que signifie le résultat de 79,7 %. Toutefois, les résultats les plus marquants sont ceux qui sont inscrits dans les sous-dimensions suivantes : innovations technologiques (85,7 %), adaptation aux besoins de la population (94,2 %) et mobilisation de la communauté (78,7 %). Dans chaque cas, un écart de plus de 30 points leur permet de se placer en tête de peloton au Québec, sauf en adaptation aux besoins de la population qui, elle, obtient un deuxième rang. La Côte-Nord termine avant-dernière pour ce qui est de l'attraction de la clientèle, ce qui est plutôt normal dans le contexte, puisque cette région soigne très peu de clientèle venant de l'extérieur de son territoire et que plusieurs de ces résidents vont chercher des soins spécialisés à l'extérieur de la région.

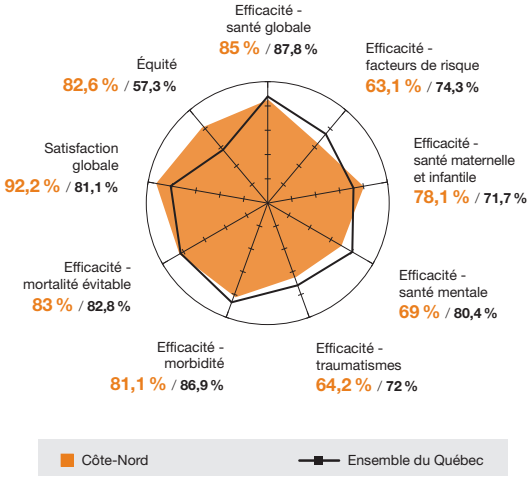
PRODUCTION



Avec un résultat de 74,8 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise en production, la région de la Côte-Nord se démarque favorablement de 7,4 points en comparaison avec le Québec, ce qui lui octroie la cinquième position parmi les quinze régions analysées. Cependant, cette position repose sur plusieurs résultats très variables selon les sous-dimensions. En effet, la région se classe au deuxième rang pour l'accessibilité des services médicaux (91,1 %) et au deuxième rang également pour celle des services d'orientation (93,3 %). De plus, la région se classe bien en obtenant un cinquième rang pour l'accessibilité des services d'urgence et un écart positif de 15,7 points par rapport au Québec. Par contre, la performance liée à l'accessibilité des services chirurgicaux (85,4 %) semble plus difficile, alors que la région obtient le douzième rang avec un résultat sous la moyenne provinciale. Cela s'explique par les proportions élevées de personnes en attente, depuis plus de six mois, pour l'ensemble des interventions chirurgicales, proportion encore plus marquée pour les chirurgies d'un jour et les arthroplasties de la hanche. À ce sujet, la Côte-Nord affiche un tableau inverse à celui de l'Abitibi-Témiscamingue pour les interventions chirurgicales de la hanche, c'est-à-dire que s'y trouve le deuxième plus faible taux d'arthroplasties de la hanche ainsi qu'un délai d'attente plus élevé que dans l'ensemble du Québec pour cette intervention de chirurgie. De plus, la Côte-Nord se situe au sixième rang en matière de qualité grâce à son très faible taux d'incidence de *C. difficile* (premier rang). Par contre, les autres indicateurs de la qualité ont un moins bon rendement, soit le taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (quatorzième rang) et le taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) (treizième rang). En matière de productivité (66,4 %), les résultats de la Côte-Nord correspondent à ceux du Québec.



Pour cette fonction, la Côte-Nord obtient un pourcentage de 73,2 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise ; cela représente 4,1 points sous le résultat obtenu dans l'ensemble du Québec. Même si la variation des résultats d'une région à l'autre est très faible pour la fonction de développement et de maintien de la culture organisationnelle, et même si le résultat obtenu par la Côte-Nord se rapproche de la moyenne québécoise, ce résultat constitue le plus faible pourcentage obtenu dans une région en ce qui concerne l'atteinte de la balise. Dans cette fonction, toutes les sous-dimensions obtiennent des résultats qui se situent sous ceux du Québec, sauf pour le statut d'emploi qui, avec un résultat de 98,7 %, compte 5,5 points au-dessus du comparatif québécois et permet à la région d'obtenir un deuxième rang. À ce sujet, la Côte-Nord possède la proportion la plus élevée d'employés qui, dans la province, occupent des postes à temps complet, et ce, par rapport au total des postes. Sinon, les écarts négatifs varient de 2,2 à 12,8 points de pourcentage, ce dernier résultat étant enregistré par rapport à la sous-dimension de la santé des professionnels (douzième rang). Le classement le moins avantageux se trouve, quant à lui, dans l'utilisation des ressources humaines, qui se classe au treizième rang, où nous constatons que la Côte-Nord possède la plus grande proportion pour les heures travaillées en temps supplémentaire par le personnel du réseau au Québec.



En atteinte des buts, la Côte-Nord obtient un résultat semblable à celui du Québec dans la globalité avec un score de 77,6 % pour l'atteinte de la balise, ce qui la place au dixième rang. Toutefois, lorsque nous décomposons ce résultat selon les sous-dimensions, nous constatons que celui-ci est constitué de résultats qui, d'emblée, sont très variables. Par exemple, en efficacité, la région se classe dernière pour les facteurs de risque avec un résultat de 63,1 %, alors qu'elle est avant-dernière pour la santé mentale avec son résultat de 69 %, et treizième en santé globale avec son résultat de 85 %. Par contre, la Côte-Nord obtient un cinquième rang pour son efficacité en santé maternelle et infantile avec un résultat supérieur de 6,4 points par rapport à celui du Québec. En ce qui concerne la morbidité, dont le résultat obtenu à ce sujet est de 81,1 %, et en ce qui a trait à la mortalité évitable, dont le résultat est de 83 %, la région se classe, respectivement, en treizième et en huitième position. Dans ces sous-dimensions spécifiques, les difficultés éprouvées quant au taux de mortalité par cancer (dernier rang) et aux années potentielles de vie perdues par cancer (treizième rang) semblent expliquer ces résultats. Finalement, la satisfaction globale est bonne dans l'ensemble. En effet, pour ce qui est de la proportion des résidents de la Côte-Nord qui déclarent des besoins qui n'ont pas été satisfaits en matière de santé, elle se révèle moins grande que dans l'ensemble du Québec, puisqu'elle occupe le troisième rang. De plus, la région termine au premier rang au Québec pour ce qui est de l'équité, ce qui signifie que les résultats relatifs à la santé varient très peu entre les populations favorisées et les populations défavorisées.

APERÇU PAR INDICATEUR

Dans les particularités observées à l'aide des indicateurs, il y a d'abord le nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), qui s'élève à 119,4 pour 1 000 habitants et le nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), qui s'élève à 38,8 pour 1 000 habitants, ce qui représente des résultats supérieurs de 23 % et de 88 % à ceux de l'ensemble du Québec. Nous remarquons également que la Côte-Nord investit beaucoup dans le soutien aux organismes communautaires, puisque la dépense par habitant est de 97,30 $ comparativement à 51,10 $ par habitant au Québec et nous observons que la région favorise beaucoup le modèle des groupes de médecine de famille (GMF), puisque 27,8 % de la population s'est inscrite dans un de ces groupes.

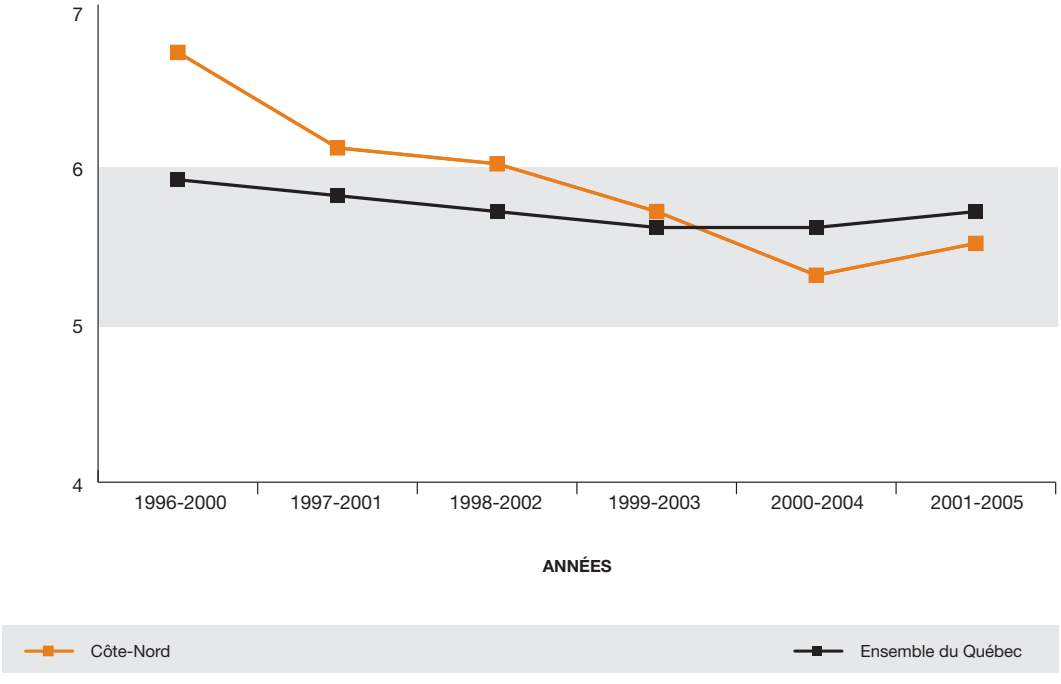
Parmi les indicateurs de la production, la Côte-Nord se démarque nettement, et de façon positive, par rapport à l'ensemble du Québec pour son indice de consommation des services médicaux en médecine générale, puisqu'elle occupe le premier rang. Elle se distingue également par la proportion de 68,6 % des personnes de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre l'influenza, ce qui lui permet d'occuper le deuxième rang, et par la proportion de 92,6 % d'appels à Info-Santé qui ont reçu une réponse en moins de quatre minutes, ce qui lui donne un deuxième rang. Cependant, en protection de la jeunesse, les délais moyens liés à l'évaluation s'établissent à 25,1 jours et ceux liés à l'application des mesures de protection de la jeunesse atteignent 42,7 jours. Il s'agit donc de résultats qui se situent parmi les résultats les plus faibles au Québec. Plus précisément, ils occupent le quatorzième et le quinzième rang, respectivement.

En atteinte des buts, certains indicateurs se révèlent tout aussi préoccupants. Dans les facteurs de risque, notons que la Côte-Nord arrive dernière au Québec avec 8,4 % de la population qui souffre du diabète comparativement à un résultat de 5,9 % pour le Québec. La région démontre de moins bons résultats en ce qui concerne le taux de tabagisme (29,8 %) et la consommation d'alcool, avec 24,7 % des résidents de la région qui ont déclaré avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois dans la dernière année. La Côte-Nord présente aussi l'un des plus haut taux de mortalité par traumatismes non intentionnels avec 38,3 pour 100 000 habitants et la plus grande proportion de la population qui a vécu un épisode dépressif majeur, soit 7,2 % de la population, alors qu'au Québec, cette proportion est de 4,7 %. En santé maternelle et infantile, on n'enregistre pas moins de 25,7 grossesses pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, ce qui est le taux le plus élevé au Québec. Par contre, sur une note plus positive, retenons que le taux de mortalité néonatale est le plus faible parmi les régions du Québec, c'est-à-dire qu'il y a seulement 2,6 décès, pour 1 000 naissances vivantes, qui sont survenus dans les 27 premiers jours de vie du nouveau-né.

TENDANCE TEMPORELLE

Au cours des dernières années, la région de la Côte-Nord a connu la plus forte croissance annuelle moyenne ; en effet, elle est de 5,2 % comparativement à 3 % pour l'ensemble du Québec. Ce résultat s'explique par le fait qu'en production ainsi qu'en atteinte des buts, la Côte-Nord présente une amélioration de ses données qui se révèle plus rapide que dans l'ensemble du Québec, principalement en ce qui concerne les services sociaux et les services d'urgence. L'exemple du graphique ci-contre témoigne du progrès effectué par la région sur le plan de la proportion des naissances de faible poids.

Proportion des naissances de faible poids, en %, 1996-2000 à 2001-2005





RÉGION ÉLOIGNÉE

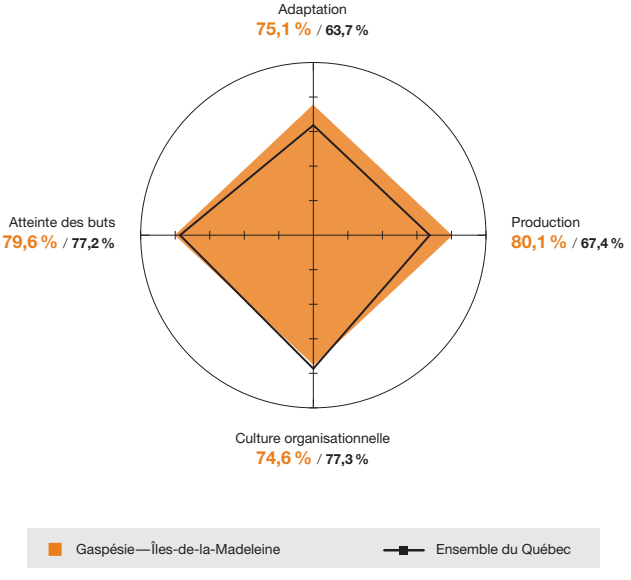
GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE

RÉGION 11

CONTEXTE GÉNÉRAL

Depuis la fin des années 1980, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine connaît un important déclin démographique qui l'amène, en 2009, à un décompte populationnel de 92 231 habitants, ce qui fait d'elle la région sociosanitaire la moins populeuse du Québec. En raison des perspectives d'emploi limitées par un taux de chômage de 17,3 %, soit un taux qui est de presque 2,5 fois plus élevé que celui de l'ensemble du Québec et le plus faible taux d'emploi de la province, de nombreux Gaspésiens et Madelinots quittent leur région ; en conséquence, la population qui reste vieillit rapidement. Cela fait en sorte que la région est devenue la plus âgée du Québec avec un âge médian de 47,8 ans et celle qui regroupe la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus la plus élevée au Québec (19,6 %). La région obtient également le deuxième plus faible indice synthétique de fécondité du Québec et n'attire guère d'immigrants, puisque ceux-ci représentent seulement 0,5 % de la population de la région, le plus faible pourcentage au Québec. Aussi, c'est en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine que nous trouvons la population la moins scolarisée du Québec. La région contient également la proportion la plus élevée de prestataires de l'assistance-emploi, soit 12,1 %, et de personnes âgées qui bénéficient du supplément de revenu garanti, soit plus de 70 % des personnes de 65 ans ou plus qui y ont recours. Finalement, même si le tableau de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sur les plans économique et démographique est négatif, les indicateurs portant sur la composition des familles démontrent, en contrepartie, plusieurs aspects positifs avec une assez faible proportion de familles monoparentales et une très faible proportion des personnes qui vivent seules comparativement au reste de la province. C'est aussi dans cette région que se trouve le plus grand nombre de ménages propriétaires de leur logement et de loin l'endroit au Québec où l'on fait le plus de bénévolat.

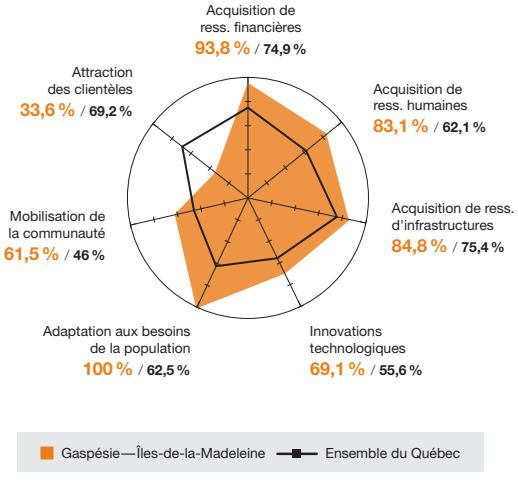
APERÇU GLOBAL



La région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se rapproche du profil général des régions éloignées, c'est-à-dire que les meilleures performances sont en adaptation et en production, alors que les résultats se situent près de ceux du Québec en atteinte des buts, mais avec une performance moindre en ce qui a trait à la culture organisationnelle. Néanmoins, il importe de noter que la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine démontre généralement des résultats supérieurs à ceux obtenus par l'Abitibi-Témiscamingue et par la Côte-Nord.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

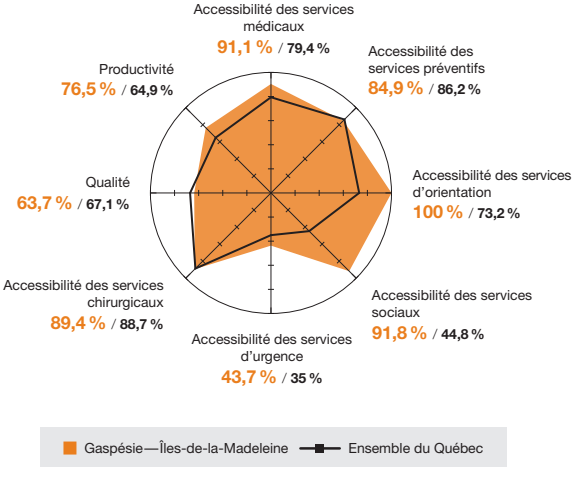
ADAPTATION



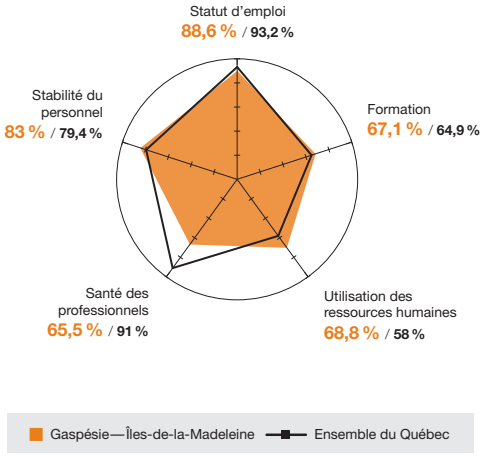
En troisième place, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est une région performante en adaptation avec un résultat de 75,1 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise. Partageant les principales caractéristiques des régions de ce groupe, tels un contexte d'éloignement géographique et une faible densité populationnelle, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se doit, en quelque sorte, d'assurer des services à la population du territoire. À cette fin, elle se classe dans les trois premiers rangs au Québec pour l'acquisition de ressources financières (93,8 %), de ressources humaines (83,1 %) et d'infrastructures (84,8 %), notamment avec un très haut taux de lits en soins aigus. De plus, l'utilisation des technologies y est parmi les plus élevées de la province, soit un résultat de 69,1 %, surtout grâce à son nombre élevé d'examens en tomodensitométrie pour 1 000 habitants. Toutefois, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est première au Québec pour son adaptation aux besoins de sa population (100 %) en ayant le plus haut taux d'hospitalisations en soins aigus, soit 120 pour 1 000 habitants. La seule sous-dimension qui connaît des résultats négatifs en atteinte de la balise par rapport à ceux du Québec est celle de l'attraction de la clientèle (33,6 %). En effet, puisqu'un nombre considérable de résidents de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine sont tributaires des régions universitaires ou autres pour une bonne part de leurs soins médicaux et que la région reçoit peu de personnes venant de l'extérieur, la région obtient conséquemment un faible taux de rétention des hospitalisations combiné à un très faible taux de desserte extrarégionale.

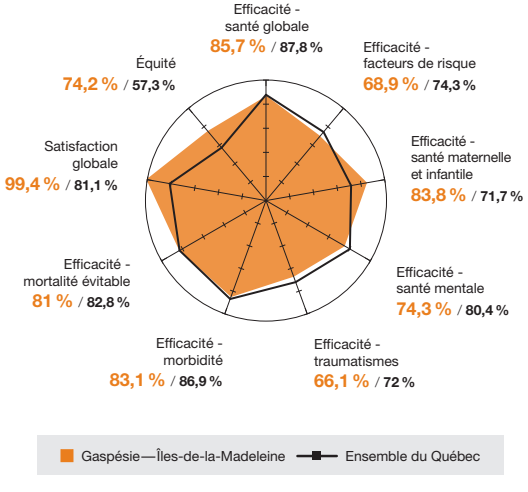
PRODUCTION

La région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine atteint 81,1 % de la balise pour sa capacité de production. Ce résultat, le plus élevé au Québec, est excellent aussi par rapport à celui de l'ensemble du Québec, lequel se situe à 67,4 %. Plusieurs résultats par sous-dimension se retrouvent conséquemment au premier rang, soit ceux de l'accessibilité des services médicaux (91,1 %), des services d'orientation (100 %) et des services sociaux (91,8 %). Toutefois, l'accessibilité des services chirurgicaux (89,4 %) se situe, quant à elle, parmi la moyenne québécoise avec un septième rang. Les résultats des sous-dimensions de l'accessibilité des services préventifs (84,9 %) et de la qualité (63,7 %) se classent, pour leur part, en treizième et en quatorzième position avec des résultats situés légèrement au dessous de ceux de la province. En productivité, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine affiche une quatrième place avec un résultat de 76,5 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise. Cela est principalement attribuable aux durées moyenne et médiane de séjour plus courtes en général que celles observées dans l'ensemble du Québec.



Se situant à 2,7 points sous le résultat du Québec et atteignant le score de 74,6 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise en développement et en maintien de la culture organisationnelle, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se situe au treizième rang. Plus précisément, elle se classe, respectivement, au cinquième, au sixième et au septième rang pour la formation (67,1 %), la stabilité du personnel (83 %) et l'utilisation des ressources humaines (68,8 %). Cependant, le résultat pour le statut d'emploi est inférieur de 4,6 points à celui du Québec, ce qui donne un quatorzième rang, et celui de la santé des professionnels représente un résultat de 65,5 % en atteinte de la balise comparativement à 91 % pour l'ensemble québécois, ce qui relègue la région au dernier rang à ce sujet. La proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées atteint 7,8 % pour la région.





Avec un écart positif de 2,4 points de pourcentage en ce qui concerne l'atteinte de la balise, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est la seule région parmi les régions éloignées qui obtient des résultats supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec pour l'atteinte des buts, ce qui la place au quatrième rang avec un pourcentage de 79,6 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise. Néanmoins, elle affiche des performances légèrement inférieures à celles de la province pour toutes les sous-dimensions portant sur l'efficacité : elle obtient ainsi une place qui oscille entre la neuvième et la treizième place, sauf pour la santé maternelle et infantile, alors que son résultat sur ce plan se situe à 12,1 points au-dessus de celui du Québec avec un troisième rang. De manière plus spécifique, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine obtient un onzième rang pour la santé globale (85,7 %), un treizième rang pour les facteurs de risque (68,9 %), un dixième rang pour les traumatismes (66,1 %) et un douzième rang pour la santé mentale (74,3 %) et pour la morbidité (83,1 %). La région obtient aussi un neuvième rang pour la mortalité évitable (81 %). Finalement, notons que la performance positive pour la fonction de l'atteinte des buts est, sans aucun doute, attribuable à son score de 99,4 % en satisfaction globale et à celui de 74,2 % en équité, ces aspects lui permettant d'arriver respectivement en première et en deuxième place au Québec.

APERÇU PAR INDICATEUR

Comme les autres régions, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a un certain nombre d'indicateurs qui sont remarquables. Parmi ceux qui portent sur l'adaptation, nous remarquons que la région bénéficie du plus haut taux de médecins omnipraticiens avec 1,85 médecin pour 1 000 habitants. Cependant, l'étendue du territoire et la faible densité de la population expliquent le fait que ce taux soit élevé dans les régions éloignées afin de pouvoir garantir un service de proximité minimale aux communautés situées sur le territoire. De plus, nous constatons un niveau de dépenses pour les organismes communautaires qui se situe à 116,90 $ par habitant, ce qui correspond à la somme la plus élevée au Québec. Par contre, sur le plan de l'inscription de la population dans un groupe de médecine de famille (GMF), la région se place nettement sous le résultat du Québec, en obtenant un quatorzième rang, avec seulement 8,6 % de la population qui s'est inscrite dans un tel groupe comparativement à 18,1 % dans l'ensemble du Québec.

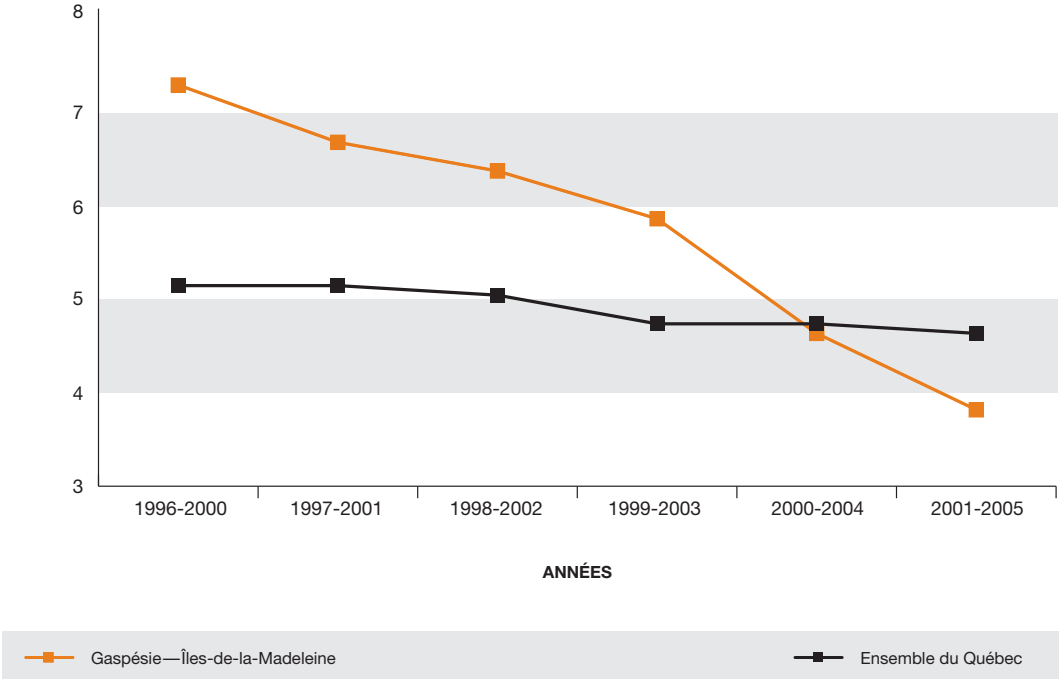
En ce qui a trait aux indicateurs de l'accessibilité des services sociaux, les résultats sont positifs avec des écarts très marqués par rapport à la moyenne québécoise, ce qui concorde avec le fait que les dépenses nettes par habitant en services sociaux et en réadaptation sont les plus élevées au Québec après celles de la Capitale-Nationale. D'abord, le taux d'accessibilité globale des services sociaux généraux, c'est-à-dire le nombre de personnes différentes qui ont reçu des services sociaux, est de 30,9 personnes pour 1 000 habitants, ce nombre étant nettement supérieur à la donnée de l'ensemble du Québec, soit 8 personnes. De plus, en protection de la jeunesse, le délai moyen d'attente en évaluation est aussi le meilleur au Québec avec 5,4 jours comparativement à 15,4 jours pour l'ensemble du Québec ; de même, le délai en application des mesures de protection de la jeunesse est de seulement 8 jours, ce qui donne un troisième rang, comparativement à 19,8 jours pour l'ensemble du Québec. En contrepartie, nous ne trouvons que 55,9 % des personnes de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre l'influenza (quatorzième rang) et la région se classe dernière pour son taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, lequel se situe à 865 pour 100 000 habitants de moins de 75 ans comparativement à 452 dans l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne les indicateurs de l'atteinte des buts, nous remarquons d'abord une proportion d'obésité supérieure à celle du Québec avec la présence de ce facteur de risque médical chez 18,5 % de la population, ce qui donne un treizième rang à la région. Par contre, les particularités de la région ne sont pas que négatives, car nous y notons la plus faible proportion de mortalité infantile au Québec, laquelle est inférieure de plus de 20 %, que le comparatif provincial. De plus, la satisfaction des Gaspésiens et des Madelinots envers les services de santé fournis est supérieure à celle des résidents des autres régions. En conséquence, c'est la deuxième région du Québec où nous trouvons le moins de gens ayant déclaré des besoins qui n'ont pas été satisfaits en matière de santé (8,3 %) et c'est également la région qui affiche le plus haut taux de satisfaction à l'égard des services de santé fournis avec une satisfaction de l'ordre de 97,2 % de la population qui se dit très ou assez satisfaite de ceux-ci.

TENDANCE TEMPORELLE

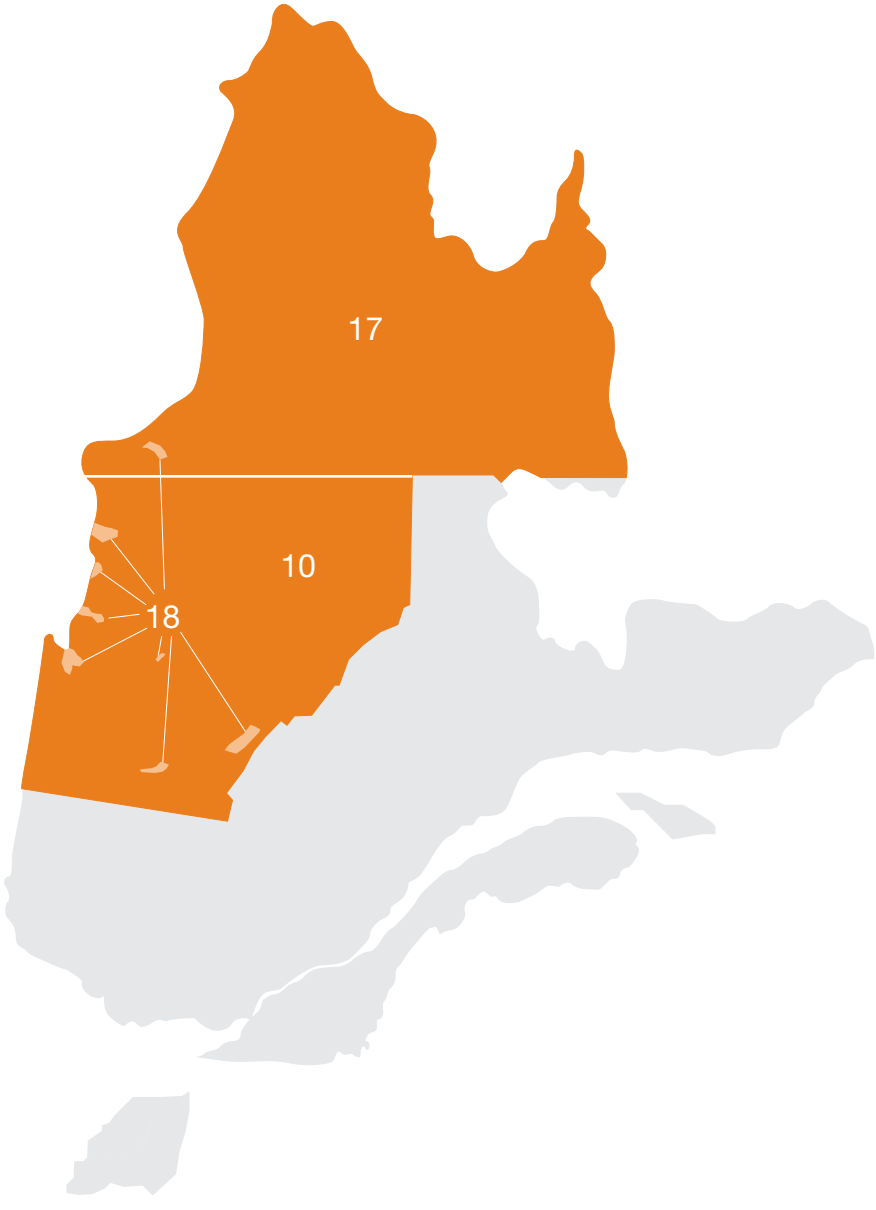
Dans les dernières années, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a connu une progression globale de 2,8 % en ce qui concerne ses indicateurs, cette progression étant semblable à celle du Québec, qui se situe à 3 %. Cependant, nous constatons un recul pour la fonction de production principalement au regard du taux d'incidence de *C. difficile*, dont les résultats se sont détériorés pendant la période étudiée. Néanmoins, pour l'atteinte des buts, l'exemple du taux de mortalité infantile montre de bons résultats (voir le graphique) avec une diminution constante et beaucoup plus accentuée que celle observée dans l'ensemble du Québec.

Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes, 1996-2000 à 2001-2005



Régions isolées

Les régions isolées comptent de 7 000 à 20 000 personnes. Ce sont les régions du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Elles se caractérisent par leur situation géographique isolée des grands centres et par une faible densité de population. Elles représentent ainsi un contexte particulier qui les rend difficilement comparables aux autres régions.



RÉGIONS ISOLÉES

NORD-DU-QUÉBEC
RÉGION 10

NUNAVIK
RÉGION 17

TERRE-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
RÉGION 18

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2006, 15 000 personnes habitent le vaste territoire du Nord-du-Québec. Tributaire des grands projets du secteur primaire (hydro-électricité, mines), le Nord-du-Québec se vide littéralement devant l'absence de perspectives d'emplois à court terme. La population est encore relativement jeune, et la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus est inférieure à celle de l'ensemble du Québec (*Institut national de santé publique du Québec*, 2006).

Bien que peu peuplé, le Nunavik connaît, depuis 10 ans, une poussée démographique fulgurante. En 2006, 10 497 personnes y résident dans 14 petites communautés, dont 9 comptent moins de 600 habitants. Composée à 90 % d'Inuits, la population du Nunavik est jeune, la plus jeune du Québec. En 2006, 35,1 % de la population a moins de 15 ans et 3,0 %, plus de 65 ans. Par ailleurs, plus de 85 % de la population parle l'inuktitut à la maison. Enfin, dans cette région, peu de personnes vivent seules, mais plus d'une famille sur trois est monoparentale, ce qui est de loin la proportion la plus élevée du Québec (*idem*).

La population des Terres-Cries-de-la-Baie-James est estimée à 14 118 habitants en 2006 et résulte d'une croissance démographique soutenue depuis plusieurs années. Durant les dernières années, la population de la région s'est accrue de 8 %, ce qui représente le triple du taux de croissance du Québec pour la même période. La population des Terres-Cries-de-la-Baie-James est jeune, 31 % de la population ayant moins de 15 ans, mais la proportion des personnes âgées croît plus vite que celle des jeunes de moins de 15 ans. Plus de 90 % de la population parle la langue crie à la maison (*idem*).

Les conditions économiques des trois régions nordiques restent très difficiles. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James se concentrent surtout dans le secteur des services, tandis que la région du Nord-du-Québec est plutôt liée au secteur primaire. Le contexte social de ces régions est probablement difficile, mais peu d'indicateurs nous renseignent sur l'ampleur de ce phénomène. Également, peu de renseignements sont disponibles en ce qui a trait aux habitudes de vie et aux comportements de la population de ces régions isolées.

APERÇU GLOBAL

Plusieurs points sont marquants dans la description des régions isolées. La réalité socioéconomique nous renseigne sur le contexte difficile des habitants de ces régions, et cela se reflète dans les problématiques de santé qui se classent souvent en dessous de la moyenne québécoise. En effet, notons que ces régions se démarquent nettement de la moyenne provinciale dans l'atteinte des buts, et ce, en ce qui concerne de nombreux déterminants. Par la rareté des services spécialisés, ces régions consomment davantage de ces ressources dans les autres régions, mais renferment tout de même un potentiel en médecine générale qui pourrait être soutenu pour renforcer la productivité et l'adaptation de ces régions. La culture organisationnelle pourrait constituer un levier important pour ces régions qui renferment des caractéristiques uniques au Québec.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

ADAPTATION

En ce qui concerne la capacité de production des régions isolées, les données se font rares à ce sujet et elles doivent être interprétées avec une grande précaution. En matière de soins ambulatoires, les quelques données disponibles sur les régions isolées montrent que ces régions ont un ratio élevé omnipraticiens-population, mais un nombre moindre de médecins spécialistes. Notons aussi que l'indice de consommation de services de médecine générale est environ de deux à trois fois plus élevé pour les régions nordiques, surtout au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. La rareté des services spécialisés dans ces régions se constate à travers l'indice de consommation des services spécialisés, qui est inférieur à la moyenne provinciale, excepté au Nunavik, où l'on consomme davantage de services spécialisés que dans l'ensemble du Québec ou dans les autres régions isolées.

Cette réalité oblige généralement la population de ces régions à recourir aux ressources spécialisées dont la prestation des soins est tributaire des autres régions du Québec. Au Nunavik, plus du quart des hospitalisations se font ou doivent se faire à l'extérieur de la région, principalement dans la région de Montréal. Cette réalité est similaire dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, où à peine le cinquième des hospitalisations des résidents des Terres-Cries-de-la-Baie-James s'effectue dans la région même, le reste étant principalement dirigé vers l'Abitibi-Témiscamingue dans une proportion de 34,0 %, vers le Nord-du-Québec dans une proportion de 28,4 % et vers Montréal dans une proportion de 14,4 %, tandis que les hospitalisations du Nord-du-Québec se font à l'extérieur de la région, soit 20,9 % en Abitibi-Témiscamingue, 15,2 % au Saguenay—Lac-Saint-Jean, 6,1 % dans la Capitale-Nationale, etc. (*Institut national de santé publique du Québec*, 2006). Lorsqu'ils ont lieu sur place, les séjours hospitaliers pour les trois régions sont relativement courts.

PRODUCTION

Ces hospitalisations sont souvent les conséquences de l'éloignement de ces régions. En effet, en ce qui a trait au taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux conditions ambulatoires, les régions isolées connaissent une réalité régionale fort spécifique en rapport avec leur éloignement, ce qui explique des taux jusqu'à cinq fois supérieurs à la moyenne provinciale, augmentant selon le degré d'isolement de la région (plus rapprochée de la moyenne provinciale pour le Nord-du-Québec, cinq fois la moyenne québécoise pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James et cinq fois pour la région du Nunavik). Toujours en rapport avec la qualité des services, les taux d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit) sont très importants pour l'ensemble des régions isolées ; en effet, ils y sont presque le double des taux moyens provinciaux, les taux les plus élevés se trouvant dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Compte tenu de la rareté des services spécialisés et du manque d'indicateurs qui s'y rapportent, il est difficile de se prononcer sur l'accessibilité des services chirurgicaux. Notons, cependant, que les taux d'arthroplasties du genou pour 1 000 habitants dépassent largement la moyenne québécoise, surtout pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, à plus du double de la moyenne provinciale. Les durées de séjours pour les hospitalisations de soins aigus, tout comme pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), se comparent bien à celles des autres régions du Québec, car elles se situent légèrement au-dessus de la moyenne provinciale.



En ce qui concerne la culture organisationnelle, l'analyse des régions isolées révèle une vue d'ensemble mitigée. C'est la région du Nord-du-Québec qui se distingue le plus de l'ensemble des régions isolées en étant première au Québec pour le développement et le maintien de sa culture organisationnelle, suivie de près par les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Plus spécifiquement, les régions nordiques affichent une proportion, au-dessus de la moyenne provinciale, d'employés qui occupent des postes à temps complet. Elle oscille entre 80,1 % pour le Nord-du-Québec et 87,6 % pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James. La région du Nord-du-Québec est celle dont la proportion d'heures consacrées à la formation est la plus grande, alors que le Nunavik se classe troisième parmi les trois régions isolées à ce sujet ; il en est de même pour la proportion des heures en temps supplémentaire travaillées par le personnel infirmier et par le personnel des agences privées. En ce qui concerne l'absentéisme, les régions nordiques connaissent généralement moins d'absentéisme que dans l'ensemble québécois. Par contre, pour ce qui est de la stabilité du personnel, la région du Nunavik connaît de très hauts taux de départ, contrairement à la situation inverse observée pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Lorsque nous examinons l'efficacité en santé globale des régions isolées, nous observons que, autant pour l'espérance de vie à la naissance que pour celle à 65 ans, les régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James se comparent à la moyenne québécoise, quoique les taux soient légèrement inférieurs. Par contre, lorsque nous examinons la région du Nunavik, la réalité est nettement défavorable, avec une espérance de vie à la naissance qui est de 16,2 années inférieure à celle du reste du Québec.

Depuis plusieurs années, la santé de la population de ces régions est précaire et, malheureusement, peu de signes laissent entrevoir une amélioration. Les données sont rares à ce sujet, mais, à la lecture du *Portrait de santé du Québec* (2006), nous constatons que ces populations souffrent davantage d'obésité et connaissent un taux supérieur de maladies chroniques et de cancers.

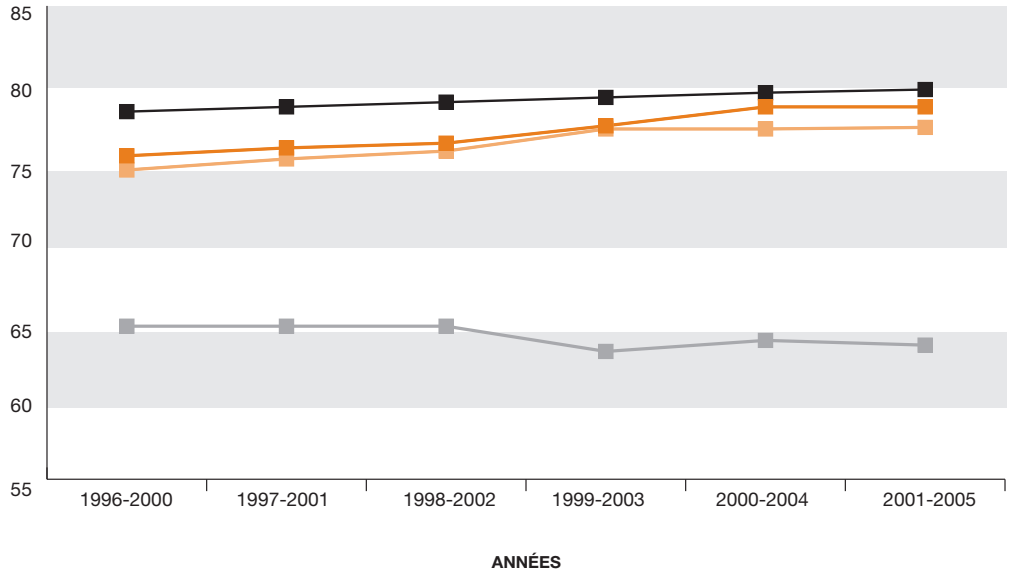
L'efficacité en santé maternelle et infantile varie fortement dans les régions isolées. En effet, au Nunavik, le taux de grossesses chez les adolescentes se situe à près du quadruple du taux québécois mais, dans le Nord-du-Québec, il est semblable à celui de l'ensemble du Québec. De plus, pour le Nunavik et le Nord-du-Québec, la proportion des naissances de faible poids se compare à la moyenne québécoise, mais elle est nettement inférieure pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En ce qui concerne l'efficacité en morbidité, la moyenne des régions isolées est légèrement supérieure à la moyenne provinciale, surtout en ce qui a trait aux années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire. Ces régions se comparent cependant à la moyenne provinciale pour la mortalité évitable, quoiqu'elles affichent un taux légèrement supérieur. Il importe de noter qu'autant en ce qui concerne l'efficacité en morbidité que celle en mortalité évitable, la région du Nunavik se démarque défavorablement des autres régions pour les différents indicateurs, indice d'une santé plutôt précaire chez ses habitants.

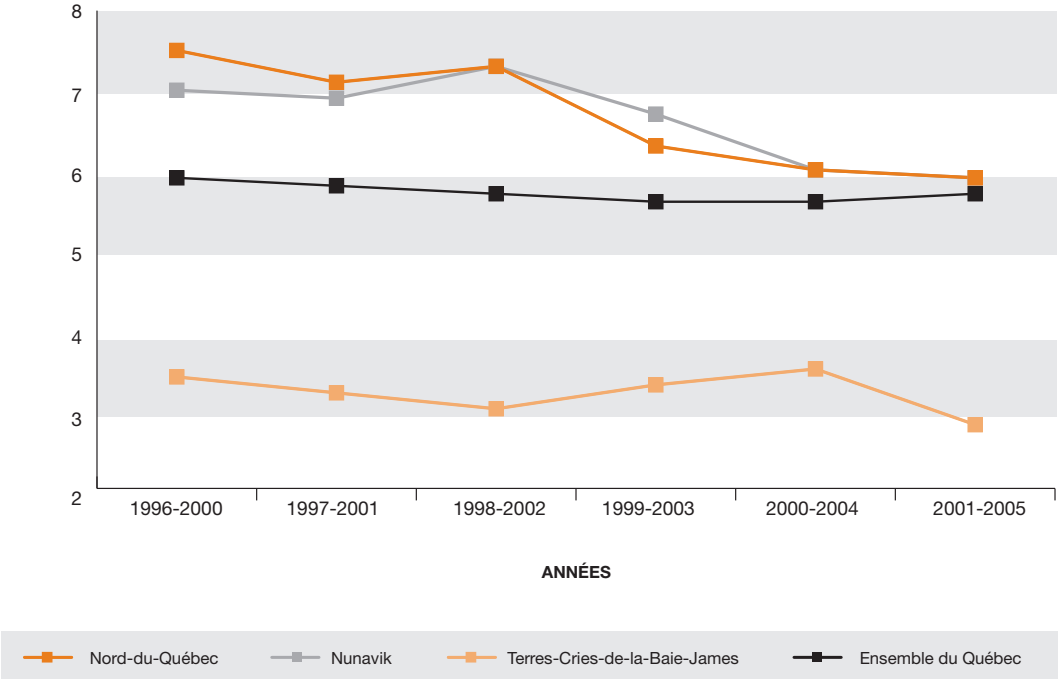
TENDANCE TEMPORELLE

Globalement, sur la base des indicateurs disponibles pour ces régions, nous remarquons pour celles-ci une amélioration des données qui se révèle légèrement supérieure à celle connue dans l'ensemble du Québec. Or, pour plusieurs de ces indicateurs, l'amélioration notée ne suffit pas pour combler l'écart qui les sépare des résultats observés à l'échelle des autres régions du Québec. Néanmoins, il convient de noter que la réalité est bien différente dans chacune des trois régions incluses dans le groupe des régions isolées. Par exemple, pour les régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, l'amélioration se concentre principalement dans les fonctions d'adaptation et d'atteinte des buts, alors que les régions affichent une détérioration des résultats en production pour la période étudiée. Au Nunavik, c'est plutôt la dynamique inverse qui est visible avec une légère amélioration en adaptation et en atteinte des buts, alors que la production s'est nettement améliorée. Dans les exemples particuliers que nous illustrons, notons, pour l'espérance de vie, la nette démarcation du Nunavik avec les autres régions éloignées. En effet, contrairement aux régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nunavik ne semble pas afficher une tendance marquant un rattrapage par rapport aux résultats de l'ensemble du Québec. Pour le deuxième exemple illustré graphiquement, c'est plutôt la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui se distingue, mais de façon favorable, à l'égard de sa proportion des naissances de faible poids, alors qu'au cours des dernières années, nous observons également une nette amélioration pour cet indicateur dans les régions du Nord-du-Québec et du Nunavik.

Espérance de vie à la naissance, en années, 1996-2000 à 2001-2005



Proportion des naissances de faible poids, en %, 1996-2000 à 2001-2005



LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, Sondage national des médecins 2004 et 2007 [*demande d'analyse au Comité consultatif technique du Sondage national des médecins, le 9 juillet 2008* http://www.national physiciansurvey.ca/nps/resources/access-f. asp].

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance*, Document d'orientation, Québec, 99 p.

DAVIS, K. et *al.* (2007). *Mirror, Mirror on the Wall : An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, New York, The Commonwealth Fund, 30 p.

GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé le modèle EGIPSS : rapport de recherche*, Québec, 182 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques — Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Gouvernement du Québec*, 659 p.

LEVESQUE, J. F. et *al.* (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec, 16 p.

SCHOEN, C. et *al.* (2006). «On The Front Lines of Care : Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views in Seven Countries», *Health Affairs Web Exclusive*, vol. 25, n° 6, w555-w571, [http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/6/w555] (publié en ligne le 2 novembre 2006).

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM (2006). *Why Not the Best ? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*, New York, The Commonwealth Fund, 32 p.

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR
QUATRE AUTEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque*,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

Maxime Ouellet

Daniel Labbé,
coordination du monitorage

Abdo Shabah

AVEC LA COLLABORATION DE

Ghislaine Cleret de Langavant,
commissaire adjointe à l'éthique

Claire Boily

Marie-Alexandra Fortin

Marie-France Hallé

Anne Marcoux,
directrice générale

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT ET
À L'ANALYSE DES INDICATEURS

Mathilde Bélanger

Junichiro Boutet-Nakamura

Mélissa Généreux

COMITÉ D'ORIENTATION

Paul Bernard,
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos,
Université de Montréal

Véronique Déry,
Agence d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé

Jean-Pierre Duplantie,
Ex-directeur général du Centre jeunesse
de Montréal — Institut universitaire

Denis A. Roy,
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

GRAPHISME

Matteau Parent graphisme et communication inc.

Mathilde Hébert (figure 1)

ÉDITION

Chantal Racine

© 2009 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, 2009
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Mars 2009

ISBN : 978-2-550-55142-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-55143-0 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin-conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'Institut, il agit à titre de commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

REMERCIEMENTS

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux.

À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

M[me] Myriam Bergeron	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M[me] Caroline Boucher	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Yvon Brunelle	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Robert Choinière	Institut national de santé publique du Québec
M[me] Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
M[me] Johanne Fournier	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M[me] Yolaine Galarneau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Josée Gauthier	Institut national de santé publique du Québec
M. François Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Jonathan Keays	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
M[me] Carolle Lessard	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Daniel Marleau	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
M. Robert Pampalon	Institut national de santé publique du Québec
M. Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Daniel Poirier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Denis A. Roy	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Robert Sainte-Marie	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Marc-André Saint-Pierre	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Sarah Scott	Coordonnatrice du Sondage national des médecins et du Projet Janus, Collège des médecins de famille du Canada
M. José Vélasco	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M[me] Lynne Villeneuve	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessous.

En effet, la collecte des données provenant des enquêtes du Commonwealth Fund s'est faite grâce à la collaboration du Commonwealth Fund et de la Health Foundation (Royaume-Uni) ; du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (Pays-Bas) et du Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen ; du German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Allemagne) ; de la Haute Autorité de santé (France) ; du Conseil canadien de la santé (Canada), du Commissaire à la santé et au bien-être (Québec) ; du Ontario Health Quality Council (Ontario).

Certes, toutes les personnes qui nous ont partagé leurs avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leurs noms ne figurent pas dans ces lignes.

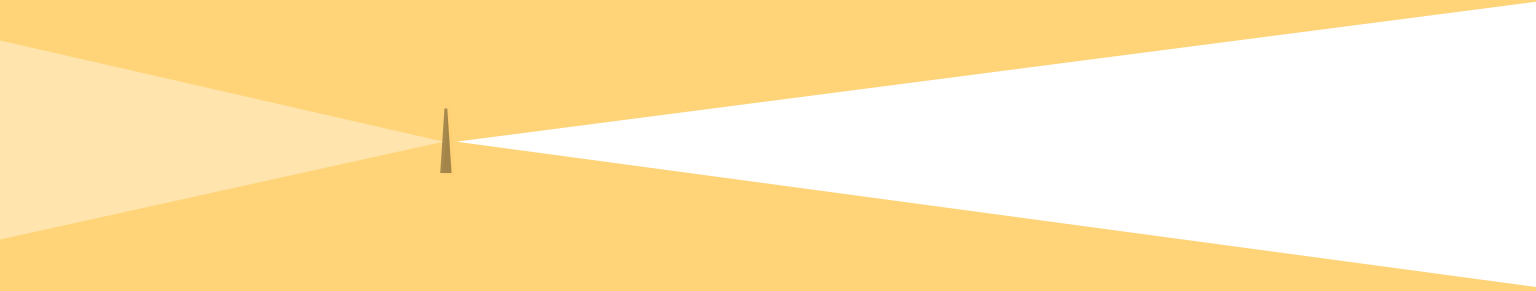
Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec

LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2009

RAPPORT DE LA DÉMARCHE DE CONSULTATION PORTANT SUR LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS



Québec



apprécier

recommander

consulter

informer

MOT DU COMMISSAIRE _4

AVANT-PROPOS _6

INTRODUCTION _9

MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION _13

La consultation des experts 17

La consultation des décideurs 18

La consultation du Forum de consultation du Commissaire 18

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION _21

Les aspects les plus importants pour les membres du Forum de consultation au regard de l'organisation des services et de l'accès aux soins de première ligne 23

L'analyse de l'environnement dans lequel les soins de première ligne évoluent 26

Les domaines d'action prioritaires 31

Domaine 1 La participation active et la prise en considération des perspectives des patients et de la population 33

Domaine 2 L'accessibilité et la continuité des services 36

Domaine 3 L'utilisation optimale des ressources humaines 39

Domaine 4 Les liens entre la première et la deuxième ligne de soins et services 41

Domaine 5 Les modes novateurs d'organisation des soins en réseau local 46

Domaine 6 Les nouvelles technologies de l'information et de la communication 48

Domaine 7 L'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé 53

Domaine 8 Les enjeux du financement des services de santé 57

Domaine 9 La gouvernance du système de santé et de services sociaux 59

Les domaines d'action approfondis par le Forum de consultation 62

Ce qu'il faut retenir 64

CONCLUSION _69

ANNEXES _73

Annexe 1 – Liste des personnes ayant participé
au séminaire d'experts sur les services médicaux de première ligne
tenu à Montréal, les 26 et 27 novembre 2007 74

Annexe 2 – Liste des personnes ayant participé
au panel de décideurs sur les services médicaux de première ligne
tenu à Montréal, les 21 et 22 février 2008 75

Annexe 3 – Liste des membres du Forum de consultation du Commissaire 76

RÉALISATION _77

REMERCIEMENTS _78

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

Apprécier la performance d'un système de santé et de services sociaux n'est pas une mince affaire. Pour remplir notre mandat, nous avons opté pour une approche unique, fondée sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs, ainsi que sur la consultation citoyenne, que nous avons placée au cœur de notre démarche. C'est pourquoi notre appréciation emprunte deux voies : d'une part, l'étude quantitative d'indicateurs de monitorage et, d'autre part, une série de consultations, dont celle du Forum de consultation du Commissaire, qui permettent de donner un sens aux chiffres.

La première ligne de soins fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation. En tant que porte d'entrée du système, la première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut construire une amélioration de l'ensemble du système. De plus, du fait qu'elle répond aux besoins courants des personnes en matière de santé, cette première ligne de soins est une façon de rejoindre une majorité de personnes, près de leur milieu de vie. Finalement, nombre de commissions, de groupes de réflexion et d'études se sont penchés sur la première ligne de soins. Il existe, par conséquent, un vaste ensemble de constats et de propositions de changement à son égard.

Partant de ces constats, nous avons consulté un ensemble d'experts, de décideurs et de citoyens, ainsi que divers groupes professionnels et divers milieux cliniques. Un ensemble de propositions en a émergé. Certaines font consensus, tandis que d'autres suscitent encore des débats. Nous avons retenu celles pour lesquelles l'ensemble des acteurs consultés s'entendait, tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur faisabilité, de leur acceptabilité dans notre contexte et de la démonstration de leurs effets.

Le rapport d'appréciation que je soumets est conçu en quatre documents, chacun ayant sa vocation propre, qui s'adressent à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Avant tout cependant, notre démarche est empreinte du désir d'informer et d'apporter des pistes d'amélioration. Il faut l'admettre, ce système est complexe au point qu'il n'est pas toujours bien compris. Nous avons ainsi privilégié une approche où un ensemble de renseignements sont présentés, de manière structurée, pour alimenter la réflexion de plusieurs acteurs pouvant faire une différence pour notre système.

L'envergure du sujet nous pousse à adopter une attitude humble devant la difficulté de la tâche qui consiste à apprécier la performance d'un système tel le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela nous incite aussi à la prudence de manière à ne pas faire de jugements trop hâtifs sur des questions que nous commençons seulement à appréhender. C'est pourquoi, dans certains cas, nous avons réservé notre opinion, faute de preuves. Dans de tels moments, nous avons plutôt exposé la problématique et convié l'ensemble de nos concitoyens à l'examiner. Dans plusieurs domaines, cependant, nous disposons d'une information suffisante pour formuler des recommandations.

Notre appréciation ne consiste pas en une réponse toute faite, ni en un palmarès, mais bien en une invitation à prendre en main, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Notre objectif n'était pas de chercher des responsables aux problèmes constatés, ni de pointer quiconque du doigt, mais plutôt de mettre en évidence les problèmes systémiques en cause et les façons prometteuses d'organiser les services. Chacun à notre façon, nous sommes responsables de la performance de notre système : il nous appartient donc à tous de contribuer à son appréciation et à son amélioration.

L'ampleur de la collaboration dont j'ai été témoin à chacune des étapes de consultation et lors de la collecte de données quantitatives, de même que la richesse de ces sources d'information, m'inspire confiance. Le désir et la volonté, qui existent dans notre réseau, de travailler en synergie pour maintenir et améliorer la performance de celui-ci sont bien vivants. Ce contexte me semble donc propice au renouveau. Donnons-nous alors les moyens de relever les défis qui se présentent et faisons nôtre ce projet d'amélioration continue.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois





> AVANT-PROPOS

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONSISTE À DONNER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PUBLIE UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. POUR CE FAIRE, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS CONSULTATIFS ET DÉLIBÉRATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. LA DÉMARCHE REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE, COMME L'INDIQUE LE DOCUMENT D'ORIENTATION DU COMMISSAIRE (CSBE, 2008).

L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle de la première ligne de soins. Pour bâtir son opinion, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données, notamment des indicateurs de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de points de vue résultant de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations du Forum de consultation du Commissaire, composé de citoyens dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et du bien-être.

Notre examen fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer des résultats le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens ; et, enfin, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, intitulé *État de situation sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins*, dresse un portrait sommaire de notre système, mais, surtout, de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figure aussi.

Le deuxième volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats et observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, **l'objet du présent document**, intitulé ***Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins***. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, nous détaillons certaines conditions liées à leur implantation, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec certaines propositions.

À la lumière des analyses de la performance et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations qu'il y a tout lieu de considérer comme étant attendues.

INTRODUCTION



INTRODUCTION



Le Commissaire à la santé et au bien-être, de par sa mission, doit apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois. Pour ce faire, il apprécie les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Chaque année, le Commissaire produit un rapport d'appréciation du système de santé et de services sociaux. Son approche de travail repose sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs de la société québécoise et se distingue en plaçant la participation citoyenne au cœur de sa démarche.

Dans cette perspective, le Commissaire a adopté un cadre d'appréciation globale et intégrée pour remplir sa fonction d'appréciation. Il a intégré et mis en place des processus consultatifs et délibératifs pour soutenir ses travaux. La démarche préconisée par le Commissaire repose sur différentes sources d'information, d'ordre scientifique, organisationnel et démocratique, tel que décrit dans le document d'orientation produit en 2008. En d'autres mots, ce processus de consultation et de délibération a pour but de recueillir les connaissances et positions d'experts, de décideurs ainsi que des membres du Forum de consultation du Commissaire. Cette démarche permet d'intégrer plusieurs aspects de notre contexte particulier à l'appréciation de la performance et à l'élaboration de recommandations d'améliorations de façon à en permettre une meilleure instauration. L'objectif du Commissaire est de proposer des actions qui sont à la fois démontrées efficaces et réalisables vu les caractéristiques propres à notre système et, de manière ultime, en cohérence avec nos valeurs.

Le présent document vise à exposer la démarche de consultation adoptée par le Commissaire ainsi que les résultats qui y sont associés. En tout premier lieu, les aspects jugés les plus importants par les membres du Forum de consultation relativement à l'organisation des services et de l'accès aux soins de première ligne sont abordés. L'environnement dans lequel les soins de première ligne évoluent est ensuite analysé. Neuf domaines d'action prioritaires identifiés par les experts et les décideurs ainsi que les visions d'une première ligne de soins performante que chacun de ces domaines leur suggère sont exposés. Les actions que les experts et décideurs considèrent nécessaires à l'atteinte de chacune des visions et les enjeux qui y sont associés sont de plus discutés. Pour chacun de ces domaines d'action, les positions et préoccupations exprimées par les membres du Forum relativement aux conditions sociales devant être prises en considération par les autorités décisionnelles dans la mise en œuvre éventuelle des actions qu'elles suggèrent sont également présentées. À cet effet, certains domaines d'action ont été choisis par les membres du Forum de consultation comme sujets nécessitant une délibération plus approfondie. Enfin, les éléments que le Commissaire retient de cette démarche de consultation sur la première ligne de soins sont rapportés.

MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION



MÉTHODOLOGIE DE LA CONSULTATION

Tel que le décrit le document d'orientation, le Commissaire entend bâtir son jugement quant à l'appréciation du système en se basant sur l'analyse d'indicateurs de la performance du système, ainsi qu'à l'aide d'un processus de consultation et de délibération en trois étapes interreliées (voir la Figure 1), 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[1] issus des milieux de pratique et venant de divers horizons ;
- faire appel à la participation de citoyens et d'experts, en misant sur l'expertise du Forum de consultation, afin de délibérer sur des sujets soumis par le Commissaire en tenant compte des connaissances, des expériences et des valeurs des membres.

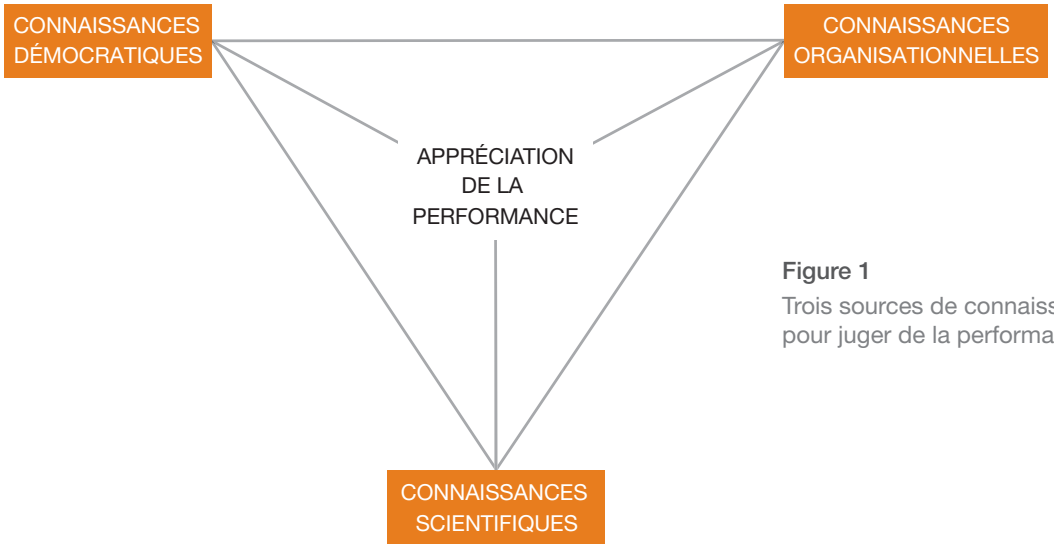


Figure 1
Trois sources de connaissances pour juger de la performance

Selon cette démarche, les différentes étapes de la consultation sont interreliées et les constats issus de chacune d'elles sont complémentaires et peuvent servir de base de discussion aux autres. En effet, si, à chacune des étapes, les personnes sont consultées sur un même sujet, les questions qui leur sont adressées et les objectifs visés par chaque étape sont différents. Un accent particulier est porté aux éléments qui font consensus à chaque étape de la consultation.

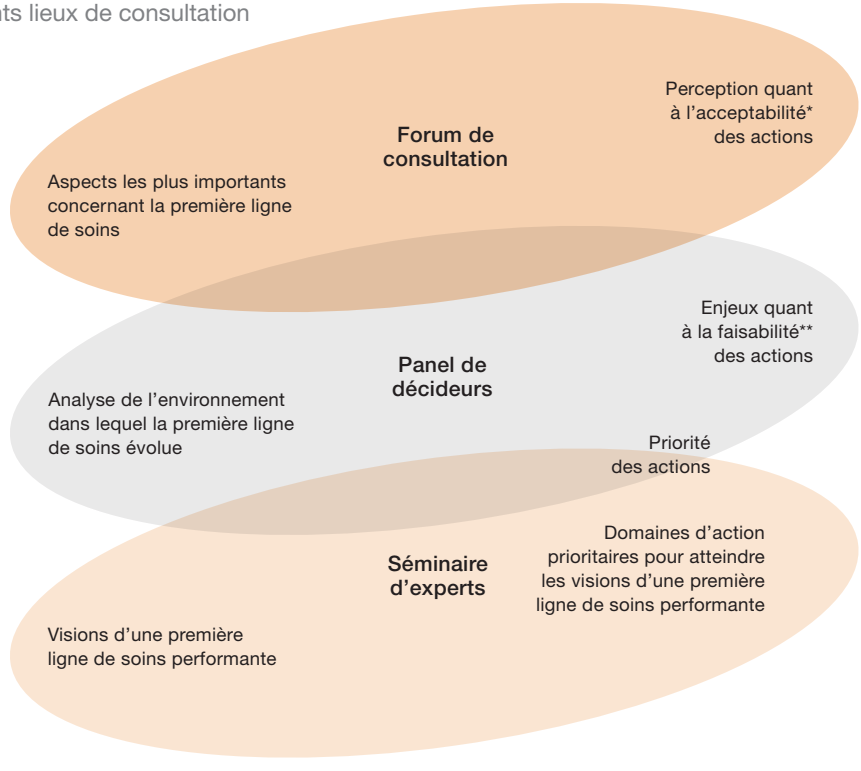
De façon générale, auprès des experts, nous tentons de cerner ce qu'il faudrait faire selon les connaissances scientifiques pour accroître la performance de notre système de santé et de services sociaux ; nous cherchons aussi à faire le point sur les bases scientifiques des diverses options possibles. Auprès des décideurs, nous tentons de cibler ce que le

1. 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.

système est en mesure de faire pour améliorer sa performance ; nous cherchons également à faire le point sur les causes organisationnelles des écarts actuels de performance et sur la faisabilité de certaines actions proposées pour en améliorer la performance. Auprès des membres du Forum, finalement, nous désirons recueillir leurs réflexions, préoccupations et positions communes par rapport aux sujets que leur soumet le Commissaire. Il s'agit de connaître les enjeux qui, selon eux, sont soulevés et les éléments à prendre en considération dans le cadre des décisions gouvernementales concernant certaines propositions d'action.

La démarche de consultation portant sur la première ligne de soins visait à mieux comprendre le positionnement des membres du Forum de consultation, des experts et des décideurs du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard de divers aspects illustrés dans la Figure 2. Cette figure présente les principaux aspects de la consultation ainsi que la prédominance des questionnements spécifiques à chaque étape de la consultation. Elle n'illustre pas la séquence temporelle dans laquelle les consultations ont eu lieu.

Figure 2
Les aspects abordés auprès des différents lieux de consultation



* L'acceptabilité réfère ici aux aspects et enjeux soulevés et non en une acceptation ou approbation par les membres du Forum de consultation.

** La faisabilité des actions réfère aux aspects et enjeux importants à considérer en ce qui concerne la capacité à implanter les actions et non en un engagement à les implanter.

Dans le cas de la consultation pour l'appréciation de la performance de la première ligne de soins, le Commissaire a entendu en premier lieu les experts, ensuite les décideurs et, en troisième lieu, le Forum de consultation[2]. Ainsi, des chercheurs et des analystes québécois, reconnus par leurs pairs pour leur expertise, ont été conviés à un séminaire d'experts. Des décideurs de divers secteurs et paliers du système de santé et de services sociaux ont été invités à un panel de décideurs[3]. Finalement, le Forum de consultation a délibéré, lors de deux séances, sur divers enjeux relatifs aux soins de première ligne.

> LA CONSULTATION DES EXPERTS

La première étape de consultation a consisté en l'organisation, en novembre 2007, d'un séminaire réunissant un groupe de 28 experts québécois sur les soins de première ligne. Les personnes ayant participé au séminaire d'experts présentaient une grande diversité de domaines d'expertise : la recherche organisationnelle évaluative, l'épidémiologie, la relation patient-médecin, l'évaluation économique, l'analyse du changement organisationnel, les technologies de l'information et de la communication, la recherche appliquée et clinique et l'analyse des politiques de santé (voir l'annexe 1). Les participants venaient de toutes les régions du Québec. Ce séminaire d'experts visait à documenter des faits et à mener des discussions sur les résultats de la recherche relative au fonctionnement de la première ligne de soins, à l'atteinte de ses objectifs et à sa performance. De plus, cette consultation avait pour but de cerner les raisons pouvant expliquer ces constats et de déterminer les pratiques exemplaires qui devraient être mises en application au Québec pour favoriser l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux. Ainsi, cette étape de consultation devait permettre de répondre à la question suivante : « Que faire pour accroître la performance du système de santé et de services sociaux ? »

Cette première étape a permis aux experts d'exprimer leurs inquiétudes, leurs idées, leurs commentaires et leurs connaissances sur l'organisation des soins de première ligne au Québec. Par la suite, ils ont participé à une démarche de synthèse et de consensus où neuf principaux domaines d'action à considérer dans le contexte d'une démarche d'amélioration de la performance de la première ligne médicale ont été établis. Une vision sommaire a été élaborée pour chacun de ces domaines d'action. Ces visions étaient accompagnées d'actions permettant une revalorisation des soins de première ligne. Finalement, une mise en priorité des actions a été effectuée par les personnes participantes. Les éléments qui ont fait consensus sont présentés dans la section suivante.

2. Cet ordre de consultation s'explique par le fait que le Forum de consultation a été constitué en février 2008 et qu'une première séance a eu lieu en mars. Afin de ne pas retarder la production du rapport d'appréciation, les travaux de consultation ont commencé dès l'automne 2007.

3. Le séminaire d'experts et le panel de décideurs ont été réalisés en adaptant une approche méthodologique mise au point par M. Tony Nash, du groupe de consultants Inter-Connex Consulting inc. Cette approche, à l'instar d'un remue-méninges dirigé, vise à faire émerger un consensus.

> LA CONSULTATION DES DÉCIDEURS

La deuxième étape de consultation a consisté en l'organisation d'un panel, en février 2008, réunissant un groupe de 25 décideurs afin de discuter des principaux enjeux organisationnels caractérisant les soins de première ligne au Québec. Les personnes qui y ont participé venaient de divers secteurs, tels que les milieux cliniques, administratifs et politiques, de divers paliers locaux, régionaux et provinciaux et de diverses régions du Québec (voir l'annexe 2). Ce panel de décideurs visait à discuter du fonctionnement de la première ligne de soins, de l'atteinte de ses objectifs et de sa performance. De plus, cette consultation visait à cerner les raisons pouvant expliquer ces constats et à déterminer les actions qui devraient être mises en application au Québec pour favoriser l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux. Cette étape de consultation avait pour objectif de répondre à la question suivante : « Que peut-on faire pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux ? »

Cette deuxième étape a permis de repérer les principaux éléments qui caractérisent l'environnement des soins de première ligne au Québec. Cette activité avait pour objectif de permettre à tous les participants d'exprimer leurs idées, leurs commentaires et leurs constatations à l'égard de l'environnement dans lequel les soins de santé évoluent. Par la suite, les visions proposées lors du séminaire d'experts ont été discutées et bonifiées pour chacun des neuf domaines d'action. Diverses actions à entreprendre ont accompagné ces visions. Ces actions ont pour but de permettre une revalorisation des soins de première ligne. Ensuite, chaque action retenue a fait l'objet d'une analyse plus détaillée, ce qui a permis aux personnes participantes d'émettre leur opinion au regard de leur faisabilité. Finalement, les participantes et participants ont hiérarchisé les priorités à donner aux actions. Les éléments qui ont fait consensus sont présentés dans la section suivante.

> LA CONSULTATION DU FORUM DE CONSULTATION DU COMMISSAIRE

La troisième étape de consultation s'est déroulée avec les membres du Forum de consultation lors de deux séances de délibération, qui ont eu lieu en juin et en septembre 2008. Pour chaque séance de délibération, le bureau du Commissaire a élaboré un guide de consultation qui permettait aux membres de se familiariser avec les sujets soumis à la délibération. Entre autres choses, ces guides présentaient des notions de base, par exemple les différents domaines d'action proposés par les experts et les décideurs, les différents enjeux soulevés par ceux-ci ainsi que des questions pour entamer les échanges. D'abord, les membres ont été invités à s'exprimer sur les aspects qu'ils jugent les plus importants en ce qui concerne l'organisation des services et l'accès aux soins de première ligne. Dans un deuxième temps, ils ont participé à des ateliers de discussion sur les domaines d'action présentés dans les guides de consultation, en se penchant plus particulièrement sur diverses questions ayant des implications éthiques. Par la suite, ces mêmes domaines d'action ont été discutés en assemblée plénière et certains ont fait l'objet de délibérations plus approfondies. Chaque domaine d'action proposé a fait l'objet d'une délibération portant sur les perceptions des membres du Forum quant à l'acceptabilité des actions potentielles. La consultation du Forum visait ainsi à répondre à la question suivante : « Que devrait-on faire pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux ? »

Le Forum de consultation du Commissaire

Le Forum de consultation du Commissaire est constitué de 27 membres, dont 18 citoyens venant de chacune des régions du Québec et 9 citoyens possédant une expertise particulière en lien avec le domaine de la santé et du bien-être (voir l'annexe 3). Ces membres sont nommés pour un mandat de trois ans. Le Forum a pour mandat de fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions que celui-ci lui soumet dans le contexte de ses travaux. En vertu de l'article 22 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, le rapport d'appréciation sur la performance doit faire état de la consultation du Forum de même que de ses conclusions ou recommandations sur chacun des éléments ou questions qui lui ont été soumis au cours de cette consultation.

Les résultats des délibérations du Forum de consultation sont consignés à l'intérieur d'un compte rendu évolutif, et ce, à la suite de chacune des séances. Lorsque l'ensemble des délibérations sur un sujet est terminé, le compte rendu doit être adopté par les membres avant que le contenu soit utilisé pour les travaux du Commissaire. Le compte rendu de la délibération du Forum de consultation sur les services médicaux de première ligne a été adopté par la majorité des membres le 22 octobre 2008. Des extraits de ce compte rendu sont repris dans la section suivante. Il est important de souligner que les actions n'ont pas été proposées au Forum pour obtenir leur approbation ou leur acceptation, mais plutôt pour discuter des conditions, enjeux ou aspects fondamentaux liés à de tels domaines d'action dans une perspective citoyenne. Ainsi, les résultats de leurs délibérations ne doivent pas être considérés comme une acceptation des actions mises de l'avant ou comme des recommandations.

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION



> LES ASPECTS LES PLUS IMPORTANTS POUR LES MEMBRES DU FORUM DE CONSULTATION AU REGARD DE L'ORGANISATION DES SERVICES ET DE L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Le Commissaire a demandé aux membres du Forum de consultation de réfléchir et d'échanger entre eux sur les aspects qu'ils jugent les plus importants en ce qui a trait à l'organisation ou à l'accès aux soins de première ligne. Ainsi, en répondant à la question *Quels sont les aspects les plus importants pour les membres du Forum dans l'organisation des soins de première ligne ou dans l'accès à ceux-ci ?*, les membres ont dressé divers constats au regard de la situation actuelle. Les préoccupations qu'ils ont ainsi exprimées portent sur différents aspects de la première ligne, soit l'organisation du système de santé et de services sociaux, les ressources humaines, l'information de la population, la participation des citoyens, la prévention en matière de santé ainsi que les transformations du système.

« D'abord, sur le plan de l'**organisation du système**, les membres du Forum jugent primordial que la priorité soit véritablement accordée aux soins de première ligne, notamment en matière de financement. L'une des préoccupations exprimées rappelle l'importance de miser sur une meilleure répartition des services sur tout le territoire québécois. On considère aussi comme très important que les citoyens aient le sentiment que le système est bien géré et que les services sont bien coordonnés. Cela les mettrait davantage en confiance.

On croit également qu'il faut favoriser une meilleure cohésion et une plus grande intégration des différents services. Cela passe, notamment, par un partage des pratiques avec les cliniques privées, alors que les professionnels y travaillent de manière isolée. On juge d'ailleurs important d'adopter des moyens pour rejoindre les cliniques privées, lesquelles jouent un rôle déterminant dans l'amélioration des services médicaux de première ligne. Des incitatifs pourraient être mis en place pour favoriser leur intégration. L'agrément des cliniques faciliterait également ce mouvement. On croit, par ailleurs, que des contrôles de la qualité devraient être faits de façon régulière dans les cliniques privées, comme cela est la norme dans les établissements publics. De plus, le même processus de plaintes actuellement en vigueur pour les établissements publics devrait s'appliquer aux cliniques privées.

Une autre préoccupation a été exprimée au regard de l'efficacité des systèmes de gestion, en particulier les systèmes de reddition de comptes. Ceux-ci supposent des processus lourds qui ont tendance à se multiplier. Il faudrait donc revoir ces systèmes afin de les améliorer. La reddition de comptes devrait aussi être demandée aux médecins, puisque ceux-ci étant directement engagés dans l'offre de soins, ils ont, par conséquent, un impact sur les résultats du système.

Par ailleurs, les membres ont émis de nombreux commentaires relativement aux ressources humaines. D'abord, plusieurs ont abordé cette question sous l'angle de l'accessibilité des soins de première ligne. On a notamment affirmé qu'il faudrait augmenter le nombre de médecins dans ce domaine et assurer une meilleure distribution de ces professionnels sur le territoire québécois. Il faudrait aussi assurer une plus grande disponibilité de l'ensemble des ressources de première ligne dans toutes les régions du Québec, car celles-ci répondent aux besoins essentiels en matière de santé. Des mesures devraient également être mises en œuvre pour permettre une meilleure organisation du travail des professionnels de la santé et maximiser leur utilisation. On pense, par exemple, à la mise au point d'outils de travail plus appropriés, à la réduction de la duplication des tâches, à la révision des formulaires à remplir par les professionnels. L'organisation du travail constitue l'une des clés du succès dans le cas de l'amélioration de l'accès aux services. On s'inquiète, par ailleurs, devant le fait que les médecins subissent beaucoup de pression dans leur travail, qu'ils manquent de temps pour suivre leurs patients adéquatement. Il en résulte un travail moins efficace. On note, cependant, que ce ne sont pas tous les médecins qui sont aussi occupés, ce qui dénote une certaine inégalité dans la répartition du travail. Enfin, la diminution du nombre d'heures travaillées par les médecins (modulée par certains quotas) se révèle préoccupante, étant donné la diminution de services qui en résulte.

Plusieurs membres ont également rappelé l'importance du rôle joué non seulement par les médecins pour améliorer les soins de première ligne, mais aussi par d'autres professionnels de la santé. On recommande une meilleure utilisation de ces derniers dans le premier contact des citoyens avec le système afin de favoriser une approche globale et holistique de la santé. On souhaite que les pratiques en première ligne soient davantage exercées dans une perspective d'interdisciplinarité. Pour ce faire, il faudrait mettre en place des incitatifs, notamment pour encourager les médecins à reconnaître l'apport positif des autres intervenants et à travailler en collaboration avec eux. On propose, entre autres, de créer des équipes multidisciplinaires autour des groupes de médecine de famille (GMF) plutôt que de miser seulement sur les ententes que concluent les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) avec les ressources autres que médicales, car celles-ci ne sont pas toujours suffisantes. Il faudrait donc créer une synergie qui oblige les différents intervenants à se parler, changer la culture des pratiques, les rendre stimulantes et non pas contraignantes. Il faudrait également miser sur le partage des meilleures pratiques[4]. À cet égard, la mobilisation des médecins s'avère nécessaire pour que s'instaure un véritable travail en interdisciplinarité, plutôt qu'une pratique de la médecine en vase clos. Enfin, il semble que des changements doivent être apportés dans la formation des médecins, notamment pour les préparer à travailler en interdisciplinarité, pour qu'ils adoptent une approche globale de la santé, pour qu'ils misent davantage sur la prévention et l'autosoins et pour qu'ils reconnaissent la capacité d'agir et de comprendre de leurs patients. Ce travail en interdisciplinarité devrait s'apprendre à l'université, notamment en misant sur la collaboration entre les départements et les différentes universités.

4. Il s'agit de faire la promotion des façons d'organiser les soins ou de rendre des services qui ont été démontrées comme les plus pertinentes et efficaces selon les études et analyses disponibles.

L'importance de l'**information des citoyens** a été évoquée à plusieurs reprises par les membres du Forum. On devrait, notamment, fournir aux citoyens des renseignements de base sur les services offerts et l'organisation du système, de manière à leur indiquer où ils devraient se diriger en cas de besoin. On doit également augmenter la promotion et expliquer à la population les changements et les réformes qui ont cours dans le système de santé. L'information pourrait aussi viser la promotion de la santé et la prévention. On souligne, par ailleurs, que l'information doit absolument être accessible et vulgarisée. On propose l'idée de mettre en place une source unique d'information (téléphone, Internet, etc.) d'accès facile, laquelle source serait personnalisée dans le but de répondre aux besoins des citoyens, pour s'assurer qu'ils sont bien orientés dans le système et qu'ils font une bonne utilisation des services.

À plusieurs reprises, les membres ont fait référence à la **participation des citoyens**. Certains estiment qu'il faut leur donner plus de pouvoir dans le système, notamment au regard de la prise de décision relative aux orientations du système, de la gestion et de l'organisation des services. On constate que le système a régressé ces dernières années sur le plan de la démocratisation, notamment avec la réduction de la place accordée aux citoyens au sein des instances du réseau, comme les conseils d'administration des établissements. À cet égard, on croit que les moyens nécessaires au soutien de la participation des citoyens n'ont pas été au rendez-vous, notamment pour les informer et leur donner de meilleures connaissances sur le système. Par ailleurs, certains observent que la démocratisation du système se fait autrement depuis quelques années, notamment avec le développement des coopératives de santé qui, en quelque sorte, sont des propriétés collectives. Ces coopératives confèrent un pouvoir différent aux citoyens, puisqu'il s'agit de communautés qui se mobilisent pour garder un accès aux soins de première ligne dans un quartier ou une localité, qui mettent en place des infrastructures et qui gèrent les services par l'intermédiaire d'un conseil d'administration. Si l'émergence des coopératives de santé paraît prometteuse, on voit néanmoins dans ce mouvement le témoignage de problèmes importants sur le plan de l'accessibilité des services médicaux de première ligne dans plusieurs communautés.

Le thème de la **prévention** est aussi revenu à plusieurs reprises dans les discussions au sein du Forum. D'abord, on juge que les actions en matière de prévention sont d'une importance capitale. Il faut également faire davantage de prévention en milieu scolaire, dès la petite enfance, car les citoyens doivent être sensibilisés, dès leur plus jeune âge, à

l'égard de la santé et être informés sur l'organisation des services de santé. On rapporte qu'une étude a démontré récemment que la génération qui suit la génération actuelle va vivre moins longtemps que celle-ci, ce qui démontre qu'il y a un travail primordial à faire pour contrecarrer cette tendance, notamment par la prévention en santé. On souligne également qu'il faut tenir compte des déterminants de la santé et agir sur ce plan. Enfin, on rappelle que, lorsque le système de santé et de services sociaux a été fondé au Québec, la prévention devait être au cœur de ce dernier. La conjugaison du médical et du social, du préventif et du curatif, devait se faire en première ligne dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), mais ces établissements n'ont pas pu remplir leur mission. Encore aujourd'hui, il semble que le meilleur moyen de réduire les coûts du système, autrement dit de garder la population en santé, est de faire de la prévention et d'avoir une porte d'entrée unique pour le système. Si les groupes de médecine de famille (GMF) sont porteurs de ce principe, alors il faut favoriser leur mise en place.

Pour terminer, plusieurs commentaires ont été émis au regard des transformations du système. On observe que beaucoup de changements organisationnels ont été apportés au cours des dernières années. Toutefois, ceux-ci n'ont pas été suffisamment discutés avec les principaux intéressés, soit les personnes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux. On estime, par ailleurs, que les changements prennent du temps à se mettre en place dans le système et à donner des résultats. C'est pourquoi il faut penser davantage à long terme. Des défis se posent pour les prochaines années et il faut se préparer, dès maintenant, à faire face à de nouvelles réalités. On pense, entre autres, au vieillissement de la population, qui va sans doute conduire à accorder une grande importance au développement des soins à domicile. Enfin, on propose que les changements à apporter au système se traduisent par des mesures efficaces et très concrètes, qui ont une influence sur les perceptions des citoyens, comme la réduction des temps d'attente pour l'obtention de services. On rappelle ainsi combien les perceptions jouent un rôle important dans le lien de confiance que les citoyens tissent envers le système. »

> L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ÉVOLUENT

L'analyse de l'environnement organisationnel dans lequel les soins de première ligne évoluent au Québec a été effectuée lors du panel de décideurs. Ainsi, les décideurs ont été invités à décrire les caractéristiques de l'organisation des soins de première ligne au Québec. L'analyse s'est faite à partir des questions suivantes posées aux personnes ayant participé au panel de décideurs :

- Quels sont les facteurs présents dans l'environnement (politique, social, économique, etc.) dans lequel nous évoluons qui auront un impact sur le futur de la première ligne au Québec ?
- Quelles sont les principales tendances actuelles et émergentes qui vont façonner le futur de la première ligne au Québec ?
- Lorsqu'on considère la première ligne au Québec, quelles en sont les forces et les faiblesses ?

> Lorsqu'on considère le futur de la première ligne au Québec, quelles sont les principales perspectives d'avenir et les principales menaces ?

Il y a été question, notamment, de l'évolution démographique, de la hausse de la demande d'accès aux soins, de la pénurie de ressources humaines, financières et technologiques ainsi que du contexte politique actuel. Ces propos illustrent bien que l'environnement dans lequel les soins de première ligne évoluent n'est pas un environnement stable. Plusieurs transformations, certaines plus marquées que d'autres, ont par ailleurs eu lieu ou ont lieu depuis les dernières années dans cet environnement organisationnel. Ces bouleversements ont un impact certain sur l'organisation des services. En effet, bien que certains changements soient plus prévisibles que d'autres, il n'en demeure pas moins que les soins de première ligne doivent s'adapter au contexte environnant.

Des facteurs ayant un impact sur le futur de la première ligne

Tout d'abord, les décideurs consultés ont fait ressortir divers facteurs présents dans l'environnement politique, social ou économique dans lequel le Québec évolue et qui pourraient avoir un impact sur le futur de la première ligne de soins au Québec. Parmi ceux-ci, notons le contexte du vieillissement de la population s'accompagnant de transformations dans les besoins des populations relativement aux soins et services. Ce vieillissement entraînerait un accroissement du fardeau de traitement lié aux maladies chroniques. Ainsi, les besoins dans le domaine des soins seraient de moins en moins de nature ponctuelle et ils demanderaient une organisation des services orientée vers une prise en charge à plus long terme.

De plus, la nature même de ces problèmes chroniques, pour lesquels les habitudes de vie représentent les causes principales et sont associées à leur évolution, nous amènerait à revoir qui sont les professionnels pouvant le mieux répondre aux besoins dans le domaine des soins des personnes ainsi que le rôle des patients eux-mêmes dans le maintien de leur santé.

Au-delà de ces transformations à l'égard des besoins dans le domaine des soins des personnes, le vieillissement de la population et la réduction de la natalité modifient aussi l'équilibre entre générations. Cela pourrait exercer une influence sur les dynamiques sociales ayant un impact sur la santé, telles que le rôle des proches aidants et le soutien social des personnes. Les familles moins nombreuses et l'accroissement de la proportion de personnes vivant avec un problème de santé chronique résulteraient en un accroissement du rôle d'aidant pour l'ensemble de la population.

La composition de la population change aussi en ce qui a trait aux origines culturelles des personnes. Plusieurs de nos milieux de vie subissent des transformations importantes, à la suite de l'intégration de nouveaux arrivants, qui appellent aussi à revoir nos façons d'offrir les soins. Ces transformations dans la composition culturelle de notre population, couplées à une capacité générale accrue d'obtenir, de comprendre et de transmettre de l'information en santé, aussi appelée *littératie en santé*, entraînent des modifications dans les attentes des personnes envers les soins. Les personnes sont de plus en plus renseignées sur les traitements disponibles et elles veulent de plus en plus participer aux décisions entourant les soins qui leur sont donnés. Cette observation est particulièrement importante pour la première ligne de soins, principal point de contact des personnes avec notre système de santé.

Les décideurs consultés ont aussi souligné que nous vivons dans un contexte politique où la durée des mandats des élus est, en général, plus courte que le temps nécessaire à la mise en place de réformes. Cette situation entraînerait souvent un morcellement de l'action politique et un choix des priorités en ce qui concerne les actions à court terme, au détriment de changements plus fondamentaux dans la façon dont le système de santé et de services sociaux est organisé. Plusieurs perçoivent que la volonté politique est déterminante pour l'implantation de réformes dans les soins. Il est aussi souligné que les médias continuent de jouer un rôle prépondérant à cet égard. De manière ultime, la population entend parler du système de santé et de services sociaux surtout par l'intermédiaire de la presse écrite ou instantanée. Cette situation a une influence importante sur les propositions de changement et les relations qu'entretiennent les acteurs importants de notre réseau que sont les fédérations professionnelles, les établissements du réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Finalement, les décideurs consultés soulignent le contexte économique et son rôle dans l'organisation du système. Les médicaments et les nouvelles technologies représentent des dépenses croissantes, les ressources humaines sont limitées et l'équilibre entre le financement des soins généraux de première ligne et les soins spécialisés demeure questionnable. Souvent, les débats portent sur le niveau de financement et sur la source du financement des services — publique ou privée — plus que sur la façon de distribuer les fonds et d'organiser les services dans le réseau. Moteur important de l'économie, le système de santé et de services sociaux évolue dans un contexte de mondialisation. Des acteurs économiques puissants font aussi pression pour en influencer l'évolution et on assiste à une privatisation du financement de divers services tels les services médicaux diagnostiques. La première ligne de soins fait aussi l'objet d'investissements privés importants, diverses cliniques prodiguant, en plus des services médicaux remboursés par le régime public, des soins complémentaires qui sont aux frais des usagers.

Des tendances dans l'évolution des soins de première ligne

Les décideurs rencontrés ont aussi souligné diverses tendances actuelles ou émergentes qui pourraient avoir un impact majeur sur l'évolution de la première ligne de soins au Québec. Notons, tout d'abord, des transformations importantes en ce qui concerne l'organisation des soins par l'émergence des nouveaux modèles d'organisation de première ligne que représentent les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseaux, ainsi que la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS). Ces transformations s'inscriraient aussi dans une prise de conscience globale de l'importance de la première ligne pour la performance des systèmes de santé, issue des enseignements tirés des expériences à l'échelle internationale. Corollaire de cette prise de conscience, une plus grande volonté politique de réorganiser les soins de première ligne serait présente au Québec.

Une autre tendance forte qui a été soulignée consiste en la modification des pratiques professionnelles. Notre contexte est présentement caractérisé par un accroissement du travail interdisciplinaire et une révision du partage des champs d'expertise. La première ligne de soins est particulièrement touchée dans le contexte de l'émergence de nouveaux modèles organisationnels qui se développent dans les secteurs public et privé ainsi que dans celui du transfert d'activités des institutions vers le milieu ambulatoire. Parallèlement, une tendance à la spécialisation des activités médicales des médecins généralistes (par exemple, médecine du sport, esthétique, suivi partagé) est vue comme un enjeu actuel.

Finalement, une tendance importante est mise en relief en ce qui concerne nos approches à l'égard de la planification des services. D'une gestion centrée sur les volumes de services et d'une planification de l'offre de soins en fonction de l'expertise des professionnels en place, le réseau est l'objet de développements importants en ce qui concerne la planification sur la base des besoins des populations à desservir. Cette situation se traduirait par une plus grande participation des cliniciens et des professionnels de santé publique, intéressés par la prévention, dans les activités de gestion du réseau.

Les forces et les faiblesses de notre première ligne de soins

Les décideurs consultés ont été questionnés à propos des forces et des faiblesses de notre première ligne de soins, lesquelles doivent être prises en considération dans l'appréciation qui sera faite par le Commissaire. Plusieurs forces ont été relevées relativement aux compétences professionnelles, à l'innovation et à la concertation des acteurs. En effet, les décideurs ont mis en évidence la grande qualité des médecins et des autres professionnels, dont dispose le réseau pour répondre aux besoins des personnes. De plus, les pénuries à l'égard des ressources humaines incitent à une plus grande collaboration.

Sur le plan de l'organisation du réseau, de nouveaux modèles d'organisation des services sont en émergence et un fort sens de l'innovation, parfois stimulé par le manque de ressources dont le système souffre, est aussi présent à l'échelle locale. Ainsi, le système compte déjà sur un ensemble divers d'organisations de première ligne (cabinet solo, polycliniques, coopératives, groupes de médecine de famille (GMF) ou centres locaux de services communautaires (CLSC)), sur lesquelles il faut organiser en réseau les actions à accomplir. Ce foisonnement de nouvelles organisations serait aussi le reflet d'une ouverture actuelle au changement. Les ententes récentes entre les fédérations de médecins et le gouvernement représenteraient aussi une force actuelle.

Quelques faiblesses à considérer ont aussi été soulevées. Le manque de ressources humaines et financières prend, certes, une position importante dans ces constats, mais il est aussi accompagné d'observations à l'égard d'une sous-utilisation du potentiel de certains professionnels, d'un réseautage interdisciplinaire lent à s'inscrire dans les pratiques et d'une organisation d'ensemble des services mal coordonnée.

Plusieurs décideurs l'ont souligné, le système présente des lacunes importantes en ce qui concerne l'accessibilité des services médicaux de première ligne, l'accès aux plateaux techniques nécessaires aux traitements de patients et à la mise en place des nouvelles technologies de l'information et de la communication en première ligne. Bien souvent, les cabinets médicaux privés demeurent isolés du reste du réseau de la santé et des services sociaux, bien que leurs services soient financés dans le contexte du régime public. Certains constatent une réticence à la prise en charge de la part des médecins et à l'adoption de plus en plus fréquente de modes de pratique de médecine générale associés aux établissements ou aux contextes d'interactions ponctuelles avec les patients.

Des perspectives d'avenir et des menaces pour le futur

Finalement, les décideurs consultés se sont prononcés sur les occasions qui se présentent pour le système de santé et de services sociaux, de même que sur certaines menaces qui nous guettent. Encore ici, les réformes actuelles, par la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF), sont vues comme une occasion favorable pour notre réseau. Ces réformes actuelles sont perçues comme l'évolution de réformes antérieures, le système étant l'objet d'améliorations constantes suivant un développement cohérent, bénéficiant d'un leadership sur le plan politique. Un certain consensus émerge aussi parmi les décideurs cliniques à l'égard de plusieurs actions cliniques nécessaires. De plus, diverses percées technologiques importantes relatives aux outils d'information clinique et aux traitements se présentent à nous et pourraient grandement modifier nos façons de faire. Finalement, les problèmes vécus par les personnes en ce qui a trait à l'accès aux services médicaux, particulièrement ceux de première ligne, pourraient aussi devenir des moteurs de changement pour notre système.

Diverses menaces ont aussi été repérées. Si le réseau de santé et de services sociaux se structure de façon cohérente, les orientations pour la première ligne de soins ne sont pas aussi claires et, encore une fois, elles pourraient laisser partiellement inachevée la réorganisation des cabinets médicaux et leur intégration à l'ensemble du réseau de la santé. De plus, si les réformes permettent des améliorations d'ensemble, les décideurs consultés soulignent aussi le risque que des changements perpétuels au sein du système minent la confiance des acteurs du réseau et de la population à l'égard des réformes en cours. Cela est en lien avec la perception de divers acteurs selon que la gouverne du système de santé et de services sociaux demeure orientée, principalement, vers les établissements et qu'elle est centralisée ainsi que bureaucratique. Cela réduirait les chances de voir les réformes nécessaires recevoir l'assentiment des acteurs concernés, autant que les chances de voir la nécessité d'adapter à l'échelle locale les actions à instaurer.

Finalement, pour plusieurs, la privatisation des services médicaux est une menace à la performance du système public. Dans un contexte de ressources limitées, l'ouverture à un financement des services de santé, sur une base de capacité individuelle de payer, pourrait voir une migration des professionnels vers des secteurs où ils pourront obtenir des bénéfices économiques et une plus grande autonomie sur le plan professionnel, au détriment de la disponibilité dans le secteur public.

> LES DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

Lors du séminaire d'experts et du panel de décideurs, les participants ont exprimé au Commissaire la façon dont ils envisageaient le futur de la première ligne pour en accroître la performance et son impact sur la santé et le bien-être de la population québécoise. Cette démarche de consultation a permis d'élaborer des visions qui décrivent ce que serait une première ligne de soins performante et de déterminer quelles seraient les actions nécessaires pour transformer l'organisation des services, en vue de réaliser les visions exprimées. Le Commissaire a utilisé ces visions et actions, issues d'un consensus auprès des experts et des décideurs consultés, comme base pour la recension de la documentation scientifique. Enfin, les membres du Forum de consultation se sont penchés sur les résultats de la consultation des experts et des décideurs afin de délibérer sur les visions et actions proposées.

Les experts consultés ont déterminé neuf domaines d'action prioritaires méritant notre attention pour l'amélioration de la performance de la première ligne de soins au Québec. Ces neuf domaines d'action couvrent un ensemble d'enjeux et permettent de mieux structurer la réflexion sur les actions prioritaires à accomplir dans notre contexte. Si l'on y retrouve divers éléments à propos de la façon dont les soins sont organisés, ils incluent aussi la participation des personnes et de leurs proches, l'appréciation de la performance et la gestion clinique ainsi que des domaines relatifs à la gouverne et au financement de notre système de santé et de services sociaux. Ces neuf domaines d'action sont :

- la participation active et la prise en considération des perspectives des patients et de la population ;
- l'accessibilité et la continuité des services ;
- l'utilisation optimale des ressources humaines ;
- les liens entre la première et la deuxième ligne de soins et services ;
- les modes novateurs d'organisation des soins en réseau local ;
- les nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- l'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé ;
- les enjeux du financement des services de santé ;
- la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Domaine 1 La participation active et la prise en considération des perspectives des patients et de la population

Une vision à propos d'une première ligne performante

Dans le contexte de la démarche de consultation, les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante en lien avec la participation active et la prise en considération des perspectives des patients et de la population.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque les patients et leurs proches participeront activement à la gestion de la promotion et de la prise en charge de leur santé, tout en ayant un accès facilité à des services professionnels de première ligne qui prennent en considération la réalité des patients et de la population. Cette prise en charge s'effectuera grâce à des outils comme l'information sur la santé pour prévenir les problèmes de santé ; des outils d'aide à la décision ; une approche structurée pour favoriser l'autosoins par les personnes ; un soutien aux proches aidants ; et des systèmes de soutien à l'entraide. La réalisation de cette vision requiert de mettre au point des approches de marketing social afin de renforcer des capacités au sein de la population pour participer activement à leurs soins de santé et dans le but de former les cliniciens au bien-fondé et aux façons de faire participer la population à la gestion de sa santé. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont déterminé les actions qui seraient nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne. Cinq actions principales ont été proposées :

- favoriser, dans le réseau de la santé et des services sociaux, des actions intersectorielles de soutien aux proches aidants afin de contribuer au maintien des personnes malades dans leur communauté ;
- mettre au point et rendre accessibles dans les milieux cliniques des approches pour favoriser l'autosoins par les personnes ;
- informer les citoyens sur divers moyens de prendre en charge leur état de santé et d'accéder aux services de santé et aux services sociaux ;
- reconnaître les cliniques et les cabinets médicaux comme portes d'accès à l'information sur la santé pour les personnes et les proches aidants ;
- adapter à différentes cultures présentes dans la société québécoise l'information relative à l'autosoins et à la participation des proches aidants et diversifier les moyens utilisés pour rejoindre les personnes.

On constate que les actions suggérées sont orientées vers le soutien des professionnels du système de santé et de services sociaux qui interagissent avec des personnes qui présentent des problèmes de santé de nature physique ou psychologique. L'objectif est de favoriser des actions d'enseignement et de développement des capacités des personnes pour susciter l'autosoins ou la participation des proches aidants. Le fait que les cliniques de première ligne soient identifiées comme des portes d'accès à l'information sur la santé fait ressortir l'importance, pour les experts et les décideurs consultés, de faire participer la communauté médicale dans le soutien aux personnes et aux proches aidants.

Pour l'ensemble de ce domaine, les actions sont considérées comme étant majoritairement faisables dans notre contexte. De manière plus spécifique, les actions relatives au développement des approches d'autosoins et à l'information donnée aux citoyens quant aux moyens à retenir pour prendre en charge leur état de santé ont été les actions perçues comme le plus facilement réalisables par les décideurs.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les membres du Forum ont discuté en petits groupes, puis en assemblée plénière, du domaine de la participation active et de la prise en considération des perspectives des patients et de la population, plus particulièrement sous l'angle de la promotion de l'autosoins et de la participation des proches aidants. Le Commissaire a soumis à la délibération ces deux thèmes plus précis étant donné que les experts et les décideurs les ont identifiés comme étant des actions à considérer pour actualiser la vision proposée pour ce domaine.

« Dans le contexte de l'atelier de discussion portant sur la promotion de l'autosoins et de la participation des proches aidants, des membres se sont penchés sur les questions suivantes :

- La promotion de l'autosoins et la participation accrue des proches aidants sont-elles souhaitables, et ce, tant du point de vue des patients, des proches aidants, des professionnels de la santé que de la société dans son ensemble ?
- Si oui, quelles sont les conditions nécessaires à cette approche et par quelles mesures ou actions cela devrait-il se faire ?
- Sinon, pour quelles raisons ne devrait-on pas développer davantage l'autosoins et la participation des proches aidants ?
- La situation actuelle des proches aidants vous semble-t-elle acceptable ?

D'abord, les membres qui ont participé à cet atelier voient d'un point de vue favorable la proposition d'accroître l'autosoins et la contribution des proches aidants, mais seulement si certaines conditions sont mises en place au préalable.

Il importe, entre autres, d'informer adéquatement les citoyens afin qu'ils puissent bien prendre en charge leur santé et leurs soins. Cela peut se faire au moyen d'activités de prévention et de promotion de façon précoce, par exemple, dès l'école primaire et la maternelle.

Les intervenants doivent également être en mesure de former les personnes malades et les proches aidants pour qu'ils puissent prendre sous leur responsabilité certains soins de façon appropriée. La mise sur pied de ressources de soutien et d'encouragement est aussi considérée comme importante, notamment pour prévenir l'épuisement des patients ou des proches aidants. Il faut s'assurer que les personnes malades qui sont invitées à pratiquer l'autosoins se trouvent dans un environnement sécuritaire et qu'elles ne sont pas victimes d'abus ou de violence par leurs proches ou dans l'établissement où elles résident. On considère également comme important que les citoyens acquièrent la confiance en soi en matière de santé, ce qu'un grand nombre de personnes n'ont pas actuellement.

Les professionnels de la santé ont aussi des responsabilités à cet égard. Ils doivent être formés adéquatement et être sensibilisés à l'égard des attitudes à adopter pour favoriser l'autosoins. On pense, notamment, à l'importance de bien préparer le moment où vont intervenir les personnes malades et les proches aidants et la manière dont ils vont le faire, de même que l'on pense au suivi à leur apporter. Les professionnels de la santé doivent aussi être vigilants face à l'épuisement des personnes engagées dans ce processus et aux situations qui pourraient compromettre leur sécurité. Par ailleurs, ils doivent « démater-niser » leur approche avec les patients et accepter que certains d'entre eux cherchent à mieux comprendre leurs problèmes de santé, par exemple en posant beaucoup de questions, en consultant d'autres professionnels ou en se reportant à d'autres sources d'information comme l'Internet. Il importe donc que se construise une bonne collaboration entre les médecins et les patients ou proches aidants dans une perspective d'autosoins et que s'instaure un certain partage des compétences. À cet égard, on propose de mettre en place des incitatifs, notamment financiers, pour valoriser ce partage.

Ainsi, pour les membres de l'atelier, la promotion de l'autosoins semble intéressante dans une perspective citoyenne, car le citoyen devient un acteur important de l'amélioration de la santé. Cependant, lorsque ce thème a été discuté en assemblée plénière par l'ensemble des membres du Forum, plusieurs ont exprimé certaines réserves au regard de l'accroissement de l'autosoins et de la contribution des proches aidants. D'abord, on considère que cela doit être favorisé dans le but d'améliorer le mieux-être des malades seulement, et non pas pour dégager des ressources du système. En situant cette proposition dans le contexte du rôle que doit jouer l'État en matière de santé et de bien-être et de ses capacités financières limitées, les membres ont soulevé plusieurs questions et manifesté des inquiétudes, notamment à l'égard de la forme concrète que pourrait prendre l'autosoins et de l'aide qui serait véritablement apportée aux proches aidants. Il faudrait que le gouvernement soit transparent dans ses intentions et qu'il favorise un énoncé de politique clair sur le travail que les malades eux-mêmes ou les proches aidants devraient effectuer à domicile, ainsi que sur les services à domicile qui seraient offerts par le système public (par exemple, les soins d'hygiène, les services alimentaires, les soins spécialisés). Il serait aussi important de comparer ce qu'il en coûte d'être hébergé dans un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou de recevoir des services à domicile, afin de voir quelles mesures seraient plus appropriées. Enfin, on souligne l'importance que l'autosoins soit fait dans un contexte de respect des personnes et en toute sécurité. Il faut aussi avoir une préoccupation particulière pour les personnes vulnérables, notamment les plus démunies, car celles-ci n'ont pas toutes les capacités pour prendre en charge leur santé. »

Domaine 2 L'accessibilité et la continuité des services

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante en lien avec l'accessibilité et la continuité des services de santé de première ligne.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque toute la population sera affiliée, ou inscrite, à une équipe de première ligne qui connaît et prend en charge ses patients, offre des soins appropriés pour le patient, offre des services multidisciplinaires financés publiquement et correspondant aux besoins du patient, et offre l'accès à des modes d'intervention qui soutiennent l'autosoins (sites Internet, consultations téléphoniques, consultations par courriels, enseignement et soutien au patient, consultations de groupes, etc.).
>
> La réalisation de cette inscription doit être associée à une garantie d'accès aux soins de première ligne, ainsi qu'à l'accès, dans des délais raisonnables, à un plateau technique et à des spécialistes en deuxième ligne pour les médecins de première ligne. De manière ultime, cette inscription et cette affiliation à un médecin ou à une clinique de première ligne permettraient de mieux orienter les personnes dans l'ensemble du réseau et de mieux utiliser les services spécialisés que sont les services d'urgence ainsi que les médecins spécialistes, et ce, afin d'optimiser l'utilisation globale du système de santé et de services sociaux par la population. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont identifié les actions suivantes qu'ils jugent nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne :

- associer l'inscription de toute la population à une responsabilité de la part des professionnels, à des forfaits de prise en charge et à l'accent sur la pratique médicale en première ligne ;
- négocier la prise en charge des clientèles vulnérables en ajoutant des ressources supplémentaires (infirmières et autres professionnels) aux équipes médicales de première ligne ;
- accroître le nombre de groupes de médecine de famille (GMF) et adapter ce modèle aux réalités des diverses régions du Québec ;
- instaurer des mécanismes qui permettent de garantir, aux clients inscrits auprès du médecin ou du groupe de médecins, l'obtention d'un accès rapide aux soins de première ligne.

Ainsi, les actions proposées sont orientées vers une inscription auprès d'un médecin ou d'une clinique médicale de première ligne. Cette inscription serait accompagnée de mesures servant à assurer un accès réel aux personnes qui acceptent d'identifier formellement un médecin comme leur prestataire principal de soins. L'inscription serait également accompagnée de mesures de soutien aux médecins ou aux cliniques qui acceptent de prendre la responsabilité officielle des soins des personnes inscrites. L'accroissement du nombre de GMF et la modulation de ce modèle pour assurer son instauration dans une multitude de contextes sont vus comme des mesures pour faciliter cette inscription, cette prise en charge et cette fidélisation de la clientèle des cliniques.

Dans l'ensemble, des actions proposées pour le domaine de la continuité et de l'accessibilité ont été considérées comme étant faisables dans notre contexte par les décideurs consultés. De manière plus spécifique, trois actions de ce domaine ont un plus grand potentiel de faisabilité, soit celles qui concernent la prise en charge de clientèles vulnérables en ajoutant des ressources supplémentaires (infirmières et autres professionnels) aux équipes médicales de première ligne, la mise en place d'un guichet d'orientation pour aiguiller les clientèles vers les ressources appropriées (accueil clinique, Info-santé, etc.) et celle qui concerne l'accroissement du nombre de GMF.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les délibérations des membres qui ont porté sur le domaine de l'accessibilité et de la continuité se sont réalisées plus particulièrement sous l'angle de l'inscription de la population étant donné que les experts et les décideurs ont reconnu ce thème comme étant incontournable.

« En ce qui a trait à l'atelier portant sur le thème de l'inscription de la population, les questions suivantes ont été abordées de façon plus spécifique :

- L'inscription formelle apparaît-elle comme une solution acceptable au regard du problème d'affiliation avec un médecin de famille ?
- Est-il acceptable pour les personnes de voir leur liberté de choix réduite en échange d'une inscription formelle qui garantira leur accès aux services ?
- Est-ce que les besoins d'inscription varient selon les différents stades de la vie ?
- Devrait-on inscrire toute la population ou seulement des clientèles en particulier (par exemple, les personnes âgées, les enfants, les personnes défavorisées) ?

Les personnes qui ont participé à cet atelier conviennent que l'inscription de la population semble une avenue intéressante afin que chaque citoyen puisse bénéficier d'une référence en matière de services médicaux de première ligne. Bien que l'état actuellement limité des ressources demeure une contrainte, on pense néanmoins que cela pourrait être atténué par une meilleure organisation des services médicaux de première ligne et une réorganisation du travail. On considère également que la sollicitation de cette référence ne serait pas la même selon l'âge des citoyens et leurs problèmes de santé.

On propose que soient élaborés des contrats de services entre les usagers et les professionnels ou établissements qui dispensent les soins. L'inscription serait régionalisée et déterminée en fonction des besoins des personnes en matière de services. Elle serait disponible pour tous les clients. Des recours pourraient être mis en place afin de ne pas restreindre la liberté qu'ont les citoyens de choisir le professionnel et l'établissement de leur choix, étant donné que ce droit demeure important.

L'inscription devrait aussi être développée avec une certaine souplesse pour s'ajuster à des situations particulières. On pense, entre autres, aux problèmes qui pourraient survenir lorsqu'un enfant est pris en charge par la Protection de la jeunesse et quand il change de territoire de résidence, ou lorsque des citoyens déménagent.

On estime que l'inscription pourrait entraîner des gains importants sur le plan de la planification des services, de la stabilisation de l'offre de services en fonction des besoins et de l'uniformisation de la collecte des données médicales (ce qui devrait être favorisé avec l'informatisation). L'inscription permettrait d'établir un meilleur lien de confiance avec un médecin. Cela permettrait aussi d'avoir une meilleure vue d'ensemble du réseau de la première ligne de services et de repérer les failles. Certains sont d'avis que l'inscription pourrait diminuer le « magasinage » des services médicaux pourvu que l'existence d'un tel phénomène soit démontrée par des études spécifiques ou des données objectives.

En assemblée plénière, plusieurs membres ont réagi aux affirmations qui ressortent de cet atelier de discussion. D'abord, on juge que, si l'inscription est mise en place, elle doit demeurer volontaire et non pas obligatoire ou systématique. On pense également qu'elle doit devenir attrayante et que les citoyens doivent être informés des expériences qui fonctionnent bien. À cette fin, on s'interroge quelque peu sur les effets réels des groupes de médecine de famille (GMF), car ils sont peu connus jusqu'à présent. Ont-ils des conséquences aussi bénéfiques qu'on le croit ? Quelques questionnements ont eu lieu en ce qui concerne les modalités de fonctionnement de ces groupes, par exemple à propos de l'inscription réelle des patients et de la désactivation des dossiers. Enfin, on s'interroge sur la faisabilité de mettre en place l'inscription dans le contexte actuel. On doute que le système soit capable d'absorber rapidement un tel changement. »

Domaine 3 L'utilisation optimale des ressources humaines

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante en lien avec l'utilisation optimale des ressources humaines.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque le bon professionnel, de compétences et de qualifications appropriées, prodiguera les bons soins au bon moment, au bon endroit, selon les besoins des patients et à un coût raisonnable. Cette interdisciplinarité suppose une collaboration entre les membres de l'équipe interdépendante et le développement d'une pratique concertée. Une telle pratique sera possible à plusieurs conditions : lorsqu'il y aura une reconnaissance de l'expertise générale et spécifique des professionnels par les autres professionnels, les gestionnaires et la population ; lorsque le travail de première ligne sera valorisé, au cours de la formation et dans la pratique (environnement de pratique, incitatifs) ; et lorsque le professionnel sera appelé à relever des défis en lien avec ses compétences, dans un environnement qui le valorise, qui le soutient et qui encourage son développement professionnel et personnel.
>
> L'atteinte d'un tel niveau d'interdisciplinarité nécessite de rendre accessible à l'ensemble des professionnels un environnement stimulant favorisant le développement de nouvelles connaissances et l'acquisition des meilleures pratiques. Elle requiert aussi une plus grande flexibilité quant au partage des tâches et des responsabilités selon les compétences de chacun en fonction des lois régissant la pratique professionnelle. En contrepartie, en étant soutenus par des professionnels de premier contact, les clients peuvent aussi être mieux orientés dans le réseau de services et, ainsi, assurer l'utilisation optimale des divers professionnels. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont déterminé des actions qui seraient nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne. Trois actions ont été proposées relativement à cette vision :

- décloisonner les ressources des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les rendre accessibles aux équipes de première ligne de soins du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) ;
- revoir l'organisation du travail avec les gestionnaires et les professionnels pour mieux utiliser les compétences de tous les intervenants du RLSSSS ;
- favoriser la concertation pour optimiser la trajectoire de services, en réunissant l'ensemble des professionnels autour d'un continuum d'interventions, et favoriser la promotion et la prévention en matière de santé auprès des personnes sur l'ensemble de ce continuum d'interventions.

Pour le domaine d'action relatif à l'utilisation optimale des ressources humaines, les actions sont considérées comme faisables selon les décideurs. De manière plus spécifique, le décloisonnement des ressources des CSSS pour les rendre accessibles aux équipes de première ligne de leur RLSSSS et la révision de l'organisation du travail par les gestionnaires et les professionnels pour mieux utiliser les compétences de tous les professionnels du RLSSSS ont été perçus comme étant le plus facilement réalisables. Il importe de noter que ces deux actions ont aussi été celles qui ont été considérées comme prioritaires par l'ensemble des décideurs à la fin du panel de décideurs. Par ailleurs, la concertation pour l'optimisation de la trajectoire de services et la valorisation de la promotion et de la prévention a été perçue comme faisable, mais à la condition qu'il y ait des modifications au contexte actuel de prestation de soins au Québec.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les membres ont discuté en petits groupes, puis en assemblée plénière, du domaine de l'utilisation optimale des ressources humaines, plus particulièrement sous l'angle de l'interdisciplinarité.

« Le thème de l'interdisciplinarité a été discuté selon les questions suivantes :

- Devrait-on favoriser davantage l'interdisciplinarité entre les divers intervenants qui offrent des services de santé et des services sociaux ?
- Serait-il acceptable de favoriser l'accroissement de la prestation de services privés par des professionnels autres que des médecins pour bénéficier d'une plus grande interdisciplinarité dans la pratique des soins de première ligne, et ce, compte tenu des enjeux que cela soulève sur le plan de l'équité en matière d'accès et de santé ?
- Quels seraient les compromis acceptables en ce qui concerne le partage des ressources entre les établissements de santé et de services sociaux et les autres sources de soins de première ligne médicale ?

Pour les membres du Forum qui ont participé à cet atelier, l'interdisciplinarité permet d'atteindre plusieurs objectifs bénéfiques pour améliorer la première ligne, notamment utiliser le plein potentiel des diverses professions dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il semble que ce mouvement soit sur une bonne voie de réalisation, mais qu'il y ait certaines contraintes de nature structurelle. On pense, entre autres, aux pratiques qui ont cours dans les cliniques privées, alors que les médecins qui y travaillent sont payés à l'acte et font parfois des interventions qui pourraient être faites par d'autres professionnels. Ainsi, on pense que l'interdisciplinarité va pleinement se développer si une révision du mode de rémunération des médecins est effectuée. On se demande comment les fédérations de médecins vont réagir. Les médecins doivent y trouver leur compte afin d'amorcer un changement vers l'interdisciplinarité. Toutefois, cela semble être moins problématique étant donné que la nouvelle génération de médecins attache davantage d'importance aux valeurs familiales et à la qualité de vie et qu'elle se révèle moins carriériste. De plus, les jeunes médecins sont habitués à travailler en équipe ; ils manifestent donc une plus grande ouverture au partage avec d'autres professionnels.

Il faudrait prévoir des incitatifs pour que les médecins dirigent leurs patients vers les centres locaux de services communautaires (CLSC) afin d'avoir accès à une équipe interdisciplinaire. Par ailleurs, on ne voit pas de problème à l'élargissement et à la diversification des équipes professionnelles au sein des groupes de médecine de famille (GMF), dans la mesure où les services qui y sont offerts demeurent financés par l'État. Il y aurait, cependant, un important problème d'équité si les patients devaient payer pour des services offerts par un autre professionnel que le médecin, par une diététicienne par exemple.

Pour terminer, on pense que la reconnaissance du plein potentiel de chacune des professions dans le domaine de la santé nécessite, au préalable, une meilleure connaissance de ce que chacune peut apporter pour le mieux-être des citoyens. Cette reconnaissance favorise aussi le développement d'une interdisciplinarité concertée, et non pas prescriptive. La connaissance des autres professionnels passe par la formation. »

Domaine 4 Les liens entre la première et la deuxième ligne de soins et services

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative aux liens entre la première ligne et la deuxième ligne de soins de santé.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque les praticiens de première et de deuxième ligne auront des rôles clairs qu'ils seront en mesure d'exercer pleinement de manière complémentaire et coordonnée. Une telle complémentarité et coordination suppose l'assurance d'une bonne connaissance de la trajectoire optimale du patient et une clarification des rôles respectifs pour éviter les situations de chevauchement. De plus, cette bonne coordination entre la première et la deuxième ligne de soins requiert que les praticiens de première ligne aient la formation et les outils nécessaires pour jouer leur rôle, y compris les mécanismes de référence bidirectionnels à des fins de coordination et de continuité, et que les praticiens de deuxième ligne offrent un soutien continu à l'équipe de première ligne. Finalement, une circulation fluide de l'information et une hiérarchisation entre les différents paliers de soins sont fondamentales. De manière ultime, cette coordination s'effectuera en cohérence avec les activités des autres professionnels constituant les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS), y compris les dimensions sociales de la santé qui font l'objet d'une offre de soins de première ligne. »

Ainsi, cette vision d'une première ligne performante à l'égard du lien qu'elle entretient avec les soins plus spécialisés se concentre fortement autour des notions de coordination et de complémentarité. Ces notions nécessitent de mieux baliser le concept de soins de première ligne pour les clients qui requièrent des soins complexes et l'établissement d'une hiérarchisation de ces soins.

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont retenu les actions suivantes qu'ils jugent nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne à l'égard des liens entre la première et la deuxième ligne de soins :

- bâtir de nouveaux partenariats entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, notamment par la formation et le développement d'ententes de type « spécialistes répondants », où ces derniers offrent un appui aux médecins de famille sans pour autant être obligés de voir le patient en consultation ;
- donner la priorité au dossier clinique partageable, qui permet à un ensemble de professionnels du réseau d'avoir accès aux renseignements, portant sur la santé des personnes, qui sont pertinents en ce qui concerne les soins à donner à chacune d'elles ;
- instaurer une variété de mécanismes de coordination utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication, comme les dossiers médicaux informatisés, le Dossier de santé du Québec et les prescripteurs électroniques ;
- mettre en place, entre les différentes lignes de soins, des structures de coordination en lien avec les mécanismes de liaison et d'intégration ;
- instaurer des guides de pratiques et des protocoles de soins visant la standardisation des pratiques, des compétences et des traitements des multiples professionnels concernés par les soins à donner aux patients, et visant également l'élaboration de trajectoires prédéfinies de services vécus par les patients.

Le domaine traitant des liens entre la première et la deuxième ligne semble être un domaine pour lequel les actions ont, par contre, été jugées comme plus difficilement réalisables. En effet, parmi les cinq actions recommandées, une seule semblait faire consensus quant à sa faisabilité au sein des décideurs consultés. Les quatre autres actions étaient jugées faisables, mais avec des modifications importantes du contexte de prestation actuel de services au Québec. De manière plus spécifique, l'action « Bâtir de nouveaux partenariats entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, notamment par la formation et des ententes de type "spécialistes répondants" » est celle qui a retenu le plus l'attention.

D'autres actions ont été suggérées par les experts et décideurs. Par contre, ces actions plus limitées en portée pourraient gagner en faisabilité. Parmi celles-ci, notons les suivantes :

- définir, pour chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS), groupe de médecine de famille (GMF) et clinique, un réseau de référence en deuxième ligne ;
- instaurer des consultations auprès de certains spécialistes (pédiatres, psychiatres, internistes) au sein des GMF pour favoriser la collaboration aux activités des médecins de première ligne, de même que le suivi conjoint et le soutien de ces activités ;
- assurer au CSSS de régions non universitaires un recrutement adéquat en médecins spécialistes ;
- mettre en place des groupes de travail de médecins généralistes et spécialistes visant à planifier les services aux patients sur un continuum hiérarchisé de soins ;
- revoir l'équilibre entre la médecine familiale et la médecine spécialisée dans la formation ;
- donner à la première ligne un rôle de filtre pour l'accès aux autres paliers de services de santé et de services sociaux.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les membres ont discuté en petits groupes, puis en assemblée plénière, du domaine des « liens entre la première et la deuxième ligne de soins et services », plus particulièrement sous l'angle de la révision du partage des responsabilités entre généralistes et spécialistes à la suite de ce qui a été retenu de la vision proposée par les experts et les décideurs.

« En ce qui a trait à l'atelier portant sur le thème de la révision du partage des responsabilités entre généralistes et spécialistes, les questions suivantes ont été posées de façon plus spécifique :

- L'amélioration de l'accès aux soins de première ligne et aux soins spécialisés pour l'ensemble de la population justifie-t-elle en contrepartie une réduction de l'accès et des choix sur une base individuelle ?
- Si oui, est-ce acceptable d'obliger les citoyens à être dirigés vers la première ligne pour avoir accès à des services spécialisés ? En échange de quelles garanties ou de quels engagements ?
- Préféreriez-vous augmenter le nombre de médecins généralistes ou le nombre de médecins spécialistes pour accroître la disponibilité des médecins et l'accès à des soins appropriés pour les personnes ?

Les membres du Forum qui ont participé à cet atelier conviennent que la révision du partage des responsabilités entre médecins généralistes et médecins spécialistes semble nécessaire pour arriver à une meilleure complémentarité des expertises. Leurs propos ont été orientés vers les conditions qui devraient favoriser cette répartition et vers les enjeux que cela soulève.

Tout d'abord, il est important de préciser que, pour les membres de cet atelier, la notion de hiérarchisation est moins bien perçue, car elle fait référence à l'idée que la première ligne est subordonnée à la deuxième et à la troisième ligne. Tous les paliers de services ont leur fonction propre et sont nécessaires à la prestation de services. Ces membres du Forum préfèrent donc faire référence au concept de complémentarité entre les professionnels, entre les paliers de soins.

Ils ont soulevé le fait que ce n'est pas nécessairement tous les citoyens qui connaissent la différence entre les divers paliers de soins, donc la différence entre un médecin généraliste et un médecin spécialiste. On cite, en exemple, le recours au pédiatre au lieu du médecin de famille. Cette méconnaissance influence le citoyen quand ce dernier doit se diriger vers l'un ou l'autre des intervenants afin de trouver le bon intervenant pour répondre à ses besoins en services de santé. Un système permanent de triage qui favorise l'accueil et l'écoute du patient, tout en permettant de le sécuriser, de l'évaluer et de l'orienter vers la bonne ressource, semble une solution intéressante. Ainsi, les patients seraient orientés, dès le départ, vers le professionnel compétent pour répondre à leurs besoins. Ce système d'orientation pourrait être présent à divers paliers et dans différents lieux (dans les écoles, par exemple). Ce système existe déjà à l'urgence ou dans le centre de santé et de services sociaux (CSSS) ; il est communément nommé le service d'AEO (accueil, évaluation et orientation). Un professionnel pivot, par exemple l'infirmière de liaison, pourrait également jouer un rôle dans la référence à un spécialiste ou vers un autre intervenant. Il est important de souligner que lorsqu'un patient est dirigé vers un médecin généraliste ou vers un médecin spécialiste, cela ne devrait pas engendrer un délai supplémentaire qui mettrait le patient dans une situation défavorable quant à son suivi de santé. Dans la perspective où il y aurait une référence pour accéder aux médecins spécialistes, le délai doit toujours être raisonnable sur le plan clinique. Les participants à cet atelier sont d'avis que, dans une telle situation, les droits individuels pourraient être limités dans la mesure où les citoyens ne possèdent pas toutes les connaissances pour se diriger vers la bonne ressource. Ainsi, un lien de confiance doit être établi entre les intervenants responsables de la référence (AEO ou professionnel pivot, par exemple) et les patients, afin qu'ils orientent ces derniers vers la bonne ressource pour répondre à leurs besoins.

Si la hiérarchisation des services semble être intéressante, on doit toutefois faire attention au chevauchement et à la duplication des tâches. Il ne faudrait pas complexifier davantage le système et alourdir ainsi le cheminement des patients.

Une perception est actuellement présente dans le système à savoir que les médecins spécialistes sont considérés comme des médecins plus compétents pour répondre aux besoins des patients comparativement aux médecins généralistes. Ce phénomène explique peut-être pourquoi certains patients se dirigent en premier lieu vers les médecins spécialistes. Il faudrait donc renseigner les citoyens à la fois sur les compétences des médecins généralistes et sur celles des médecins spécialistes.

Par ailleurs, si l'on souhaite que soient instaurés des mécanismes d'accès aux différents paliers de soins, il faudrait s'assurer que les ressources compétentes seront en nombre suffisant, disponibles et bien formées.

Le mode de rémunération des médecins doit également favoriser la référence. Si la meilleure ressource pour répondre aux besoins est autre que médicale, on doit prévoir des mécanismes de rémunération en conséquence pour ces autres professionnels. Afin de désengorger l'accès aux médecins généralistes et spécialistes, il faut également miser sur l'interdisciplinarité, sur le travail en équipe. Ainsi, le rôle de chaque intervenant (médecin généraliste ou spécialiste, infirmière, travailleur social, pharmacien, etc.) doit être clair, spécifique selon les compétences de celui-ci et complémentaire à des fonctions exercées par d'autres intervenants. Chacun doit être imputable de ses décisions cliniques. Une rémunération spécifique pourrait aussi être prévue pour que les médecins spécialistes soient incités à laisser aux médecins généralistes le soin d'effectuer le suivi auprès de leurs patients.

Pour les participants à cet atelier, il ne s'agit pas nécessairement d'augmenter le nombre de médecins généralistes ou le nombre de médecins spécialistes, mais bien de miser sur la complémentarité de tous les intervenants en santé et en services sociaux, et ce, surtout dans le contexte démographique actuel. Ainsi, le nombre absolu de médecins n'est pas forcément un bon indicateur. En effet, les médecins ont présentement un horaire qui les amène à travailler à temps partiel ou à temps complet ; par conséquent, le nombre de médecins n'est pas un indicateur des heures travaillées et de la quantité de services offerts.

Plusieurs membres du Forum ont réitéré et approfondi, lors de l'assemblée plénière, certains éléments présentés par les participants à l'atelier de discussion. En effet, le mode de rémunération des médecins ainsi que leur statut (les médecins sont considérés comme des entrepreneurs indépendants) doivent être revus. Dans l'optique de l'interdisciplinarité, il faudrait aussi assurer une rémunération aux intervenants autres que les médecins même s'ils pratiquent dans le privé (les travailleurs sociaux, par exemple). La révision du partage des tâches devrait concerner à la fois les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les autres intervenants, tout en ayant le souci de ne pas trop augmenter la lourdeur des tâches de chacun et viser ainsi un équilibre dans le partage des tâches et dans les champs de pratique. On doit également prendre en considération les disparités régionales. Parfois, les citoyens des régions dites éloignées n'ont pas accès à tous les services en raison d'une pénurie de main-d'œuvre, ce qui affecte la continuité des services. Ils doivent toutefois avoir l'assurance que les services seront disponibles en région ou ailleurs advenant que le besoin se fasse sentir.

Par ailleurs, il est rapporté que la société québécoise désire un plus grand nombre de médecins généralistes, mais que, dans les faits, lorsque les citoyens ont besoin de services, ils préfèrent avoir des services de santé offerts par des médecins spécialistes. Certains membres du Forum préféreraient que le nombre de médecins généralistes augmente, car ces médecins constituent la porte d'entrée du système. Toutefois, dans le contexte actuel lié à la démographie, il faut peut-être miser sur d'autres intervenants (par exemple, les infirmières cliniciennes), bref miser sur la complémentarité. »

Domaine 5 Les modes novateurs d'organisation des soins en réseau local

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative aux modes novateurs d'organisation des soins en réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSSS).

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque les professionnels de la santé accepteront non seulement une responsabilité par rapport à la prise en charge de leurs patients, mais aussi une responsabilité à l'égard d'une population locale, et lorsqu'ils se considéreront, à ce titre, comme parties prenantes d'un RLSSSS en lien avec les ressources du milieu et les services de deuxième ligne, avec lesquels ils interagissent dans une perspective de soutien mutuel. Pour ce faire, ils s'appuient sur divers outils et stratégies, y compris l'inscription de la clientèle, la mise en place de systèmes d'information, des pratiques professionnelles polyvalentes, la collaboration interprofessionnelle, divers modèles adaptables d'organisation des soins et des incitatifs financiers et organisationnels au travail en réseau. Pour favoriser l'émergence de tels réseaux de soins, les futurs praticiens seront formés en fonction de la nature complexe des besoins de services qu'exige la prestation de soins de première ligne de qualité. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont retenu les actions suivantes qu'ils jugent nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne à l'égard des modes novateurs d'organisation des soins en RLSSSS :

- instaurer localement un mécanisme de concertation entre les cabinets et les services courants des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ;
- procéder à l'inscription pour toute la population auprès d'un médecin de famille, tout en garantissant en contrepartie l'accès aux services et la disponibilité de ceux-ci ;
- établir une concertation à l'échelle locale pour l'optimisation de la trajectoire de services impliquant tous les professionnels autour d'un continuum de services. Mettre au point des stratégies d'intégration et d'indicateurs de suivi de la performance ;

- assurer la coordination locale et multidisciplinaire à l'aide d'un représentant médical local et d'un comité de coordination. Favoriser l'inscription d'un plus grand nombre de patients par médecin, la contribution des infirmières de liaison et la mise en place d'une équipe paramédicale et spécialisée en première ligne.

Le domaine des modes novateurs d'organisation en RLSSSS est un domaine pour lequel les participants au panel de décideurs croient qu'il y a un grand potentiel de faisabilité. Selon ces décideurs, l'action qui a le plus grand potentiel de faisabilité est l'action « Instaurer localement un mécanisme de concertation entre les cabinets et les services courants des CSSS ». À l'opposé, l'action relative à l'inscription de la population a reçu un accueil contrasté, paraissant fortement faisable, pour certains, et difficilement réalisable, pour d'autres.

D'autres actions ont été suggérées par les experts et décideurs. Plus limitées en portée, ces actions pourraient, par contre, gagner en faisabilité. Parmi celles-ci, notons les suivantes :

- développer des équipes multidisciplinaires dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques réseaux ;
- assurer la diffusion, auprès de l'ensemble des acteurs du réseau, des nouveaux outils de gestion clinique et des guides de pratiques ;
- mettre en place un principe coopératif dans chaque territoire de CSSS et instaurer un « ticket motivateur » où la personne se sent concernée par sa clinique de santé ;
- mettre au point un projet pilote avec la santé publique pour la promotion et l'intégration de l'approche populationnelle en soins de première ligne ;
- aligner l'inscription à la rémunération par capitation des médecins ;
- créer une prime pour les patients liée à l'inscription en vue de favoriser l'acceptation de l'inscription au sein de la population ;
- favoriser l'intégration des infirmières praticiennes en première ligne ;
- favoriser l'engagement des acteurs à une intégration des services à l'échelle locale (RLSSSS) ;
- mettre en place des mécanismes locaux de concertation associant les professionnels et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Le Commissaire n'a pas soumis à la délibération du Forum des questions rattachées au domaine des modes novateurs d'organisation des soins en RLSSSS. Les divers enjeux relatifs à ce domaine ont été couverts dans d'autres domaines d'action et ils ne sont pas soulignés de nouveau ici.

Domaine 6 Les nouvelles technologies de l'information et de la communication

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

> « Les nouvelles technologies de l'information clinique permettront de déployer des applications cohérentes avec la planification des services cliniques. Ces applications incluent le dossier médical informatisé (contenant l'histoire de santé de la personne, sa médication, les résultats de laboratoire et d'imagerie, des outils de suivi systématique, des outils d'aide à la décision clinique, etc.). Des applications favorisant la télésanté, ou prestation de soins à distance, notamment les soins à domicile à distance et la consultation spécialisée à distance, seront mises au point. Ces systèmes permettront aussi la formation en ligne des professionnels et le développement d'outils d'aide à la décision clinique et d'aide à l'autosoins pour les patients et le grand public. L'exploitation de ces nouvelles technologies de l'information sera régie par des "conventions de partage de données" qui précisent, entre autres, l'architecture des systèmes d'information et d'accès, les règles de confidentialité, de propriété, d'accès, d'agrégation, de gestion et de conservation des données. En conformité avec cette convention, les données peuvent être exploitées à des fins d'amélioration de la qualité, de reddition de comptes, d'appréciation de la performance et de recherche. Les systèmes d'information qui auront été mis au point faciliteront le partage de l'information entre différents intervenants qui interagissent avec le patient et une utilisation plus efficiente du système de santé et de services sociaux. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont identifié les trois actions suivantes qui seraient nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne au regard des nouvelles technologies de l'information :

- assurer la mise en réseau informatique de tous les médecins qui travaillent en dehors des établissements de santé et de services sociaux, y compris les autres intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) ;
- établir un programme de partenariat public-privé pour favoriser le suivi clinique des patients par des technologies de l'information. Le partage des coûts entre les milieux cliniques et le gouvernement pourrait être fait dans un rapport 30 %/70 % ;
- mettre en place l'infrastructure informatique qui permettra de préparer des interventions de prévention et de promotion (continuum préclinique) en relation avec un dossier de santé électronique pour les patients, lui-même rattaché au dossier médical informatisé.

Par contre, lors de la consultation des décideurs, le domaine d'action des nouvelles technologies de l'information et de la communication n'a pas fait l'unanimité quant à sa faisabilité. En effet, si un ensemble d'intervenants s'entendent sur le fait qu'il serait faisable de mettre en place ces nouvelles technologies de l'information dans notre contexte, la majorité d'entre eux croit que des changements importants sont nécessaires avant que l'on puisse les instaurer.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Il est important de mentionner que les membres ont discuté en petits groupes, puis en assemblée plénière à deux reprises, du domaine des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Une première fois, le domaine a été soumis aux membres du Forum sous l'angle des nouvelles technologies de l'information.

« Les participants à cet atelier se sont révélés favorables à l'introduction des nouvelles technologies de l'information dans les services de première ligne, mais à certaines conditions.

D'abord, ils ont reconnu des avantages possibles aux nouvelles technologies de l'information, elles qui pourraient favoriser l'interdisciplinarité ; permettre de mieux servir les patients ; diminuer les risques d'erreurs dans les ordonnances du médecin en ce qui a trait aux médicaments ; assurer une plus grande rapidité et une sûreté dans la transmission des résultats d'examen ; permettre différents degrés d'accès à l'information, ainsi que des gains financiers et d'efficacité qui pourraient être réalisés à long terme.

Les nouvelles technologies de l'information présentent aussi plusieurs désavantages : leur coût d'instauration est important ; il faut être en mesure de gérer des problèmes de piratage ou des pannes de système ; il y a toujours un risque de conflit d'intérêts (par exemple, des médecins associés à des compagnies d'assurance pourraient divulguer des renseignements sur des patients) ; les droits des citoyens peuvent être brimés, notamment au regard de la confidentialité des renseignements personnels et de la protection contre la discrimination. Des inquiétudes sont aussi exprimées au regard de la rapidité avec laquelle la masse d'information que peut contenir un système informatisé de données médicales pourrait être transmise et utilisée à d'autres fins. On manifeste aussi une certaine réticence à livrer sa vie privée dans un dossier électronique auquel pourraient avoir accès plusieurs professionnels. À cette fin, on suggère que chaque citoyen soit responsable de la conservation de son propre dossier médical et qu'il le présente aux professionnels de la santé lorsqu'il a recours à des services.

Enfin, on juge important que le gouvernement fasse preuve de transparence dans ses objectifs au regard des nouvelles technologies de l'information et qu'il explique clairement quels renseignements seraient intégrés dans les dossiers informatisés. À ce sujet, il semble y avoir des zones grises. Il est aussi primordial de clarifier le statut juridique qu'auraient ces banques d'information. Qui serait propriétaire ou gestionnaire de cette information et quelle en serait l'utilisation ? À cet égard, des inquiétudes ont été soulevées à l'idée que ce projet puisse être réalisé dans le contexte d'un partenariat public-privé. Est-ce que des compagnies d'assurance-vie pourraient être fiduciaires de cette information ? On croit que ces questions devront obtenir des réponses claires, auquel cas les citoyens ne se sentiront pas en confiance avec ce projet. »

Lors d'une deuxième séance de délibération, le Commissaire a soumis aux membres du Forum le sujet de la participation financière du public et du privé à l'informatisation des cabinets médicaux, étant donné que ce sujet a été proposé par les experts et les décideurs.

« À l'intérieur de l'atelier de discussion portant sur la participation publique et privée à l'informatisation des cabinets médicaux, des membres du Forum se sont penchés sur les questions suivantes :

- Vous semble-t-il acceptable que des fonds publics soient utilisés pour financer l'informatisation des cabinets privés ?
- Si oui, quelle proportion public et privé vous semblerait acceptable ? Et quelles conditions devraient être associées à une telle participation publique ?
- Sinon, pour quelles raisons ?

D'abord, les membres qui ont participé à cet atelier ont présenté les avantages qui, selon eux, seraient associés à l'informatisation des dossiers médicaux. Cette informatisation permettrait la circulation des données, notamment avec les pharmacies ; une harmonisation des dossiers entre les établissements dits publics et ceux dits privés, c'est-à-dire pour le cas discuté, les cabinets médicaux de première ligne ; un meilleur contrôle de l'information transmise et accessible ; un meilleur contrôle des dossiers et des traitements ; une meilleure qualité de suivi pour les patients ; une meilleure lisibilité des dossiers médicaux, ce qui réduirait les risques d'erreur ; et, de plus, la performance des services en serait améliorée.

Certains risques liés à l'informatisation ont aussi été soulevés par les membres qui ont participé à cet atelier. Selon eux, il serait difficile d'obtenir toutes les garanties nécessaires pour éviter la transmission de l'information à des tiers qui ne devraient pas avoir accès à celle-ci. Un parallèle avec Equifax a été soulevé. Des doutes persistent quant à la confidentialité totale des données. On souligne également qu'une erreur de diagnostic deviendrait, avec l'informatisation des dossiers, accessible à un plus grand nombre d'intervenants.

L'informatisation demanderait des investissements importants, car la mise en place serait sûrement très coûteuse. Dans ce contexte, les membres qui ont participé à cet atelier semblent d'accord avec le fait que des fonds publics seraient investis dans l'informatisation ; toutefois, cet accord est assorti de considérations qui doivent être prises en considération. Les ordinateurs devraient être à la charge des propriétaires des cabinets médicaux. Le gouvernement doit participer au financement d'un logiciel commun, qui pourrait être sous sa tutelle. Il devrait également financer un serveur commun et la formation qui est associée à l'informatisation. Les membres de ce sous-groupe de discussion n'ont pas indiqué le pourcentage que devrait atteindre le financement public. Toutefois, ils ont présenté des considérations qui permettent la détermination des éléments d'informatisation pouvant faire l'objet d'une harmonisation entre le privé et le public. Par la suite, ces éléments pourraient permettre l'établissement d'un pourcentage.

Des conditions liées au financement public ont été soulevées. Ainsi, un protocole devra être élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux et, ensuite, les cliniques privées devront y adhérer. La confidentialité des données doit être respectée. Le consentement éclairé des patients doit être fourni afin de permettre l'accès aux données à leur sujet. Un financement public permettrait d'imposer un encadrement au privé.

Lorsque ce thème a été discuté en assemblée plénière par l'ensemble des membres du Forum, plusieurs ont réitéré leur accord pour que l'informatisation soit financée par le public, mais à certaines conditions. Certains vont même jusqu'à affirmer que le public n'a pas vraiment la possibilité de choisir. L'informatisation permet une plus grande continuité et un meilleur suivi des données. Même si certains considèrent qu'il y a des risques liés à l'informatisation, ils conviennent que ceux-ci sont calculés. Il demeure essentiel que le gouvernement garde un contrôle sur cette informatisation et que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse des balises, notamment pour éviter de servir des intérêts privés. À titre d'exemple, les membres sont d'avis qu'il faut éviter que l'information sur les patients contenue dans les systèmes puisse être utilisée directement ou indirectement par des entreprises privées autres que les cliniques médicales dépositaires de l'information. Sur la question de l'acquisition des ordinateurs, il est réitéré que cette dépense doit être sous la responsabilité des cabinets médicaux, comme c'est présentement le cas pour toutes les compagnies privées.

Par ailleurs, si le public investit dans l'informatisation des cabinets médicaux, ce projet doit être accompagné de conditions de rentabilité. Il doit y avoir des avantages tangibles pour la population, pour les patients et non pas uniquement des avantages pour les médecins, qui vont pouvoir réduire leurs frais et gagner du temps. Les membres du Forum demandent que l'investissement public soit davantage consacré aux services pour les patients. Il est aussi mentionné que l'informatisation aurait des avantages pour ceux qui ont accès à un médecin de famille et qu'elle n'en aurait pas pour les personnes qui n'ont pas de tel médecin. Donc, si le gouvernement investit dans ce projet, ce n'est pas l'ensemble de la population qui pourra en bénéficier. Avant d'investir dans l'informatisation, la priorité

devrait être donnée à l'accès, pour l'ensemble de la population, aux services médicaux de première ligne. Dans un même ordre d'idées, les membres du Forum se demandent si l'informatisation ne pourrait pas permettre aux patients qui n'ont pas de médecin de famille et qui doivent se présenter aux services sans rendez-vous que les renseignements à leur sujet soient centralisés dans une base de données commune au Québec.

À la suite de ces interventions, le commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse précise que l'informatisation, telle qu'on la conçoit dans la proposition présentée dans le guide, ne permettrait pas de transférer les données vers un dossier central ou vers d'autres lieux de prestation de services, par exemple, entre deux cliniques médicales ou entre une clinique médicale et un centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou un centre hospitalier. Il souligne également que, présentement, 20 % de la population québécoise n'a pas accès à un médecin de famille. Toutefois, il faut prendre en considération que, parmi ce pourcentage, il y aura toujours des citoyens qui ne veulent pas avoir de médecin de famille et que ce ne sont pas toutes ces personnes qui ont besoin d'un médecin de famille, car ces citoyens utilisent très peu le système de santé et de services sociaux.

Dans ce contexte, plusieurs membres du Forum ont fait part de réserves quant au financement par l'État de l'informatisation des cliniques médicales. Dans la perspective où les données ne peuvent pas être accessibles d'un endroit à l'autre, cet investissement du public apparaît moins bénéfique pour les patients et pour l'amélioration de l'accès aux services. On comprend mal en quoi l'informatisation des dossiers médicaux qui resteront à l'intérieur d'une même clinique médicale pourrait réduire l'achalandage aux urgences, par exemple. L'informatisation ne semble pas nécessaire pour connaître la clientèle des cliniques, les services offerts, etc. D'ailleurs, on ne comprend pas pourquoi la situation dans les cliniques médicales n'est pas connue à l'heure actuelle. Il est aussi souligné que la plus-value de l'informatisation se situe au niveau des liens qui pourraient être tissés entre la première et la deuxième ligne, et ce, à condition que cette dernière soit aussi informatisée. Selon certains, il n'y a pas assez de garanties que, dans ce contexte, l'argent investi par le gouvernement serait rentable. Il n'y a aucune garantie à propos de l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de ces soins et de la qualité des liens établis entre la première et la deuxième ligne.

Pour d'autres membres, l'informatisation semble être une condition à remplir pour améliorer les services sociaux et de santé offerts, tel que cela a été présenté lors de la dernière restructuration du système de santé et de services sociaux. L'informatisation des cabinets privés de première ligne est aussi, en quelque sorte, une étape préparatoire à la mise en place d'un système d'information centralisé du type Dossier de santé du Québec. Même si l'informatisation ne permet pas un réseautage automatique entre les différents prestataires de services, les services dans les cabinets médicaux en seront améliorés, notamment sur le plan du suivi.

Les membres du Forum sont majoritairement en désaccord avec la participation financière du public pour informatiser les cabinets médicaux de première ligne, si cette informatisation ne permet pas la mise en réseau des dossiers des patients. Les avantages de ce type d'informatisation n'ont pas été clairement démontrés. Toutefois, si le gouvernement avance dans cette direction, les membres du Forum ont manifesté plusieurs préoccupations dont il faut tenir compte. »

Domaine 7 L'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque les praticiens adhéreront à un projet clinique commun qui reconnaît les résultats attendus en fonction de paramètres de qualité et de performance des soins de première ligne. Ils évolueront dans un environnement qui, grâce à un alignement des incitatifs et des modes de rémunération, favorise la formation continue, la gestion de l'information (système d'information), la rétroaction sur les résultats de qualité et de performance et l'implantation de stratégies d'amélioration de la pratique individuelle et organisationnelle. Ces éléments contribuent à l'évolution et à l'amélioration continue du projet clinique — la planification des activités cliniques à accomplir — commun de l'équipe de première ligne concourant à l'atteinte des résultats. »

Ainsi, cette vision d'une première ligne performante ne repose pas uniquement sur la mesure ou la comparaison de la performance de diverses organisations ou juridictions, mais elle s'appuie également sur une démarche qui vise l'amélioration continue de la qualité des soins et de la planification des services.

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont défini des actions qui seraient nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne à l'égard de l'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé. Trois actions ont été proposées relativement à cette vision :

- valoriser, sur le plan financier ou non, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) dans l'atteinte des résultats à l'égard de la qualité des soins et de la performance organisationnelle ;
- établir un programme de partenariat public-privé — participation du gouvernement, de l'industrie et des cliniciens — pour favoriser le suivi clinique des patients par des technologies de l'information ;
- mettre en place une responsabilité partagée — depuis les instances de gouverne jusqu'au niveau des opérations — comme base du système d'amélioration de la qualité au niveau des gestionnaires, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des autres partenaires ;
  - sur le plan technologique, acquérir de l'information pratique, des données probantes et une formation de qualité ;
  - sur le plan des structures organisationnelles, favoriser la décentralisation des décisions et la participation des cliniciens et des décideurs, adopter des modalités de communication efficaces et favoriser la responsabilisation (*empowerment*) des acteurs ;
  - sur le plan de la culture organisationnelle, valoriser la promotion de la santé, soutenir les services publics, favoriser l'adaptabilité des ressources et l'apprentissage constant ;
  - sur le plan des décisions d'investissement, mettre au point et instaurer les nouvelles technologies de l'information et de la communication en milieu clinique, former les gestionnaires et les cliniciens, dès les études doctorales, à l'appréciation de la performance et, finalement, mettre en place des incitatifs à l'atteinte d'une meilleure performance pour les gestionnaires.

Le domaine de l'amélioration continue de la qualité et de la performance permettait aux décideurs du panel de discuter de la faisabilité de trois actions. Parmi ces dernières, deux semblent avoir retenu plus particulièrement l'attention. En effet, les deux actions proposées « Valoriser, sur le plan financier ou non, les RLSSSS dans l'atteinte des résultats de la qualité des soins et de la performance organisationnelle » et « Établir un programme de partenariat public-privé pour favoriser le suivi clinique des patients par des technologies de l'information » ont été perçues comme faisables dans notre contexte.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les délibérations du Forum en ce qui concerne le domaine de l'amélioration continue de la qualité des soins et de la performance des organisations de santé ont porté plus particulièrement sur l'appréciation de la performance et de la gestion clinique.

« Le thème de l'appréciation de la performance et de la gestion clinique a été discuté sous l'angle des questions suivantes :

- Est-il acceptable que les cliniques utilisent l'information non nominative (ce type d'information ne permet pas d'identifier des individus) issue des dossiers médicaux informatisés afin de contribuer à l'appréciation de la performance des organisations de première ligne ?
- Est-il acceptable que les citoyens voient leurs choix restreints (à propos des services, des traitements, des intervenants, des établissements, etc.) afin de maximiser la performance d'ensemble des organisations de première ligne et, plus largement, du système de santé ?
- Est-ce que les citoyens devraient participer aux décisions qui concernent la mesure et l'amélioration de la performance des cliniques de première ligne et l'établissement des priorités de prestation de soins et de services ?
- Serait-il acceptable de favoriser certains services sur la base des priorités locales aux dépens des besoins d'une minorité de patients ? Quels seraient les mécanismes acceptables pour assurer une uniformité de l'offre de soins ?

Les participants à cet atelier ont répondu positivement à la première question. En effet, cela semble être nécessaire, voire essentiel, étant donné qu'il n'y a pas beaucoup d'appréciation qui se fait dans le système de santé et de services sociaux. Toutefois, plusieurs réserves ont été émises. Tout d'abord, on questionne la faisabilité de la mise en place d'un tel système d'appréciation de la performance relativement à la culture des professionnels qui devra être modifiée (collecte des données) et aux exigences de coûts supplémentaires, ainsi que le temps nécessaire qu'il faudra trouver. Par ailleurs, il est important que les cliniciens soient impliqués dans l'analyse et dans l'interprétation des données recueillies pour l'appréciation. À la deuxième question, ce sous-groupe a répondu non. Selon eux, la restriction de choix ne doit pas s'appliquer aux services de première ligne. Chaque citoyen, qu'il soit en milieu urbain ou rural, doit avoir accès aux services médicaux ainsi qu'aux services sociaux de première ligne. On doit trouver un certain nombre de services dits minimaux disponibles sur tout le territoire québécois (panier de services minimal). À la troisième question, c'est un oui affirmatif que les participants à cet atelier ont formulé. On mentionne qu'il existe déjà un mécanisme de cette nature, soit le Forum de la population, qui devrait être présent dans toutes les régions par l'intermédiaire des agences de la santé et des services sociaux. On précise que ce Forum a pour mandat de se pencher sur l'évaluation du système, sans aborder la question des services rendus dans les cabinets

médicaux privés ; en ce sens, il faudrait élargir le mandat des forums de la population. À la dernière question, les membres du Forum présents dans cet atelier se sont prononcés en faveur, mais avec des réserves. En premier lieu, il faut définir le concept de services de base et préciser ce que sont ces services. Il est également mentionné que des groupes minoritaires de patients se trouvent souvent dans les grandes villes. Parfois, la population est délaissée dans les villes, car certains médecins préfèrent se concentrer sur des clientèles dites particulières (par exemple, les toxicomanes, les itinérants) et se spécialiser dans les soins spécifiques. Par conséquent, pour suivre les patients avec des problèmes de santé généraux, on se retrouve avec une pénurie de médecins. Ces membres du Forum désirent mettre l'accent sur les services de base offerts à tous.

En assemblée plénière, des précisions en ce qui concerne les projets cliniques que tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) doivent produire sont apportées. Ainsi, ces centres, dans le contexte des projets cliniques, doivent, notamment, établir les besoins de la population de leur territoire, faire le bilan des services offerts, analyser l'écart qui existe entre les besoins et les services offerts et, ensuite, élaborer les actions à faire pour améliorer la situation. Il est précisé que l'on doit faire confiance à cet exercice. Par ailleurs, il est souligné que le titre de ce thème, soit l'appréciation de la performance, fait référence à la qualité. Qu'est-ce donc que la qualité ? Il s'agit sûrement d'une question plus globale que la notion de délai, comme l'adaptation des services aux réalités régionales ou aux besoins de la population. Il faudrait préciser les normes de qualité. Pour certains membres répondant à la deuxième question, si les rôles sont bien définis selon les compétences de chaque corps de professionnel, il n'est pas question de restriction de choix surtout en ce qui concerne les services, les traitements, les intervenants, les établissements, etc. Un partage des rôles et des responsabilités ainsi qu'un système de référence pourraient amener un citoyen à consulter un intervenant différent de celui qu'il aurait souhaité voir, par exemple une infirmière praticienne au lieu d'un médecin ; cela n'est pas nécessairement perçu comme une restriction de choix. D'autres soulignent qu'ils sont prêts à restreindre leur choix à condition qu'un lien de confiance se crée avec le système et qu'ils soient assurés d'avoir accès aux services requis par leur état de santé. L'importance de protéger la liberté de choix est réitérée par certains membres comme un principe que l'on doit conserver. Dans les faits, il faut principalement préserver l'accès aux soins et services. »

Domaine 8 Les enjeux du financement des services de santé

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative au financement des services de santé.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque nous aurons adopté une approche globale et cohérente de financement eu égard au prélèvement, au stockage, à l'allocation des ressources de même qu'au paiement des services.
>
> Le mode de prélèvement devrait toujours être fondé sur des principes de capacité de payer et de prélèvement unique sur la base des impôts. Cela suppose l'absence de frais d'utilisation aux usagers ou de recours à des assurances duplicatives.
>
> Les ressources financières seront consolidées dans un fonds global destiné à assurer l'ensemble des services requis pour une population définie (pas de silos budgétaires à mission particulière), ce qui inclut un éventail de services multidisciplinaires allant au-delà des services médicalement requis au sens de la loi canadienne (services dispensés par un médecin et services hospitaliers).
>
> L'allocation des ressources aux paliers régional et local s'effectuera selon un double principe de responsabilité de population et de clientèle inscrite, d'une part, et ayant une autonomie décisionnelle quant à l'utilisation des ressources pour la production de services, d'autre part. Cette allocation sera réalisée sur une base de capitation et elle inclura des incitatifs à la collaboration des acteurs.
>
> Finalement, le paiement des professionnels sera réalisé selon des modes mixtes en fonction des responsabilités assumées par les acteurs (capitation, salaire, actes, etc.) et on fournira aux professionnels un complément par des incitatifs non économiques alignés sur les mêmes objectifs. Les différents paliers de décision du réseau adopteront des rôles d'acheteur de services pour répondre aux besoins de leur population. »

Des actions à envisager

Les experts et les décideurs ont défini des actions qui seraient nécessaires et désirables pour atteindre cette vision des soins de première ligne à l'égard du financement des services de santé. Les principales actions proposées consistent en

- mettre en place un mode d'allocation des ressources aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), laquelle allocation serait associée à la performance relative à des indicateurs de résultats qui concernent une priorité locale définie ;
- mettre en place un système de paiement associé à la performance en première ligne de soins qui prendrait la forme de prime à la performance pour les groupes de médecine de famille (GMF) de première ligne ;

- procéder à un fusionnement des enveloppes budgétaires des établissements et de celles qui servent au paiement des professionnels et médecins sur une base régionale ;
- mettre en place un mode d'allocation des ressources aux régions sociosanitaires sur la base d'un *per capita* ajusté selon les caractéristiques des populations desservies.

Par contre, les actions du domaine des enjeux du financement n'ont pas fait l'unanimité quant à leur faisabilité. De manière plus spécifique, si les deux premières actions ont été perçues comme étant fortement réalisables, la troisième était plutôt perçue comme étant difficilement réalisable et, toujours selon les décideurs consultés, des modifications importantes à notre système seraient nécessaires pour pouvoir mettre en place la quatrième. L'action qui semble être la plus réalisable selon les décideurs est « Mettre en place un mode d'allocation associée aux indicateurs de résultats ». À l'opposé, celle qui semble soulever le plus de doutes est l'action « Procéder à un fusionnement des enveloppes budgétaires ».

D'autres actions ont été suggérées par les experts et décideurs. Ces actions plus limitées en portée pourraient, par contre, gagner en faisabilité. Parmi celles-ci, notons les suivantes :

- intégrer, dans les programmes de formation des professionnels de la santé, la notion d'efficience des thérapies et des technologies et parler des coûts des services de santé ;
- donner aux CSSS un rôle de courtier des services prodigués sur les territoires ;
- allouer des ressources spécifiques de la coordination et de l'intégration de la première ligne à l'ensemble du réseau de soins et services ;
- promouvoir des mécanismes pour récompenser financièrement l'innovation et la performance locale ;
- promouvoir des mécanismes pour donner un rôle d'acheteur de soins hospitaliers et spécialisés aux GMF qui travaillent en cabinet ;
- introduire des freins d'ordre financier à l'utilisation de services auprès de ressources non appropriées selon l'affiliation et les besoins de soins des personnes et promouvoir des incitatifs à la rétention des groupes de clientèle par les cliniciens sur une base d'affiliation.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Le Commissaire n'a pas soumis ce domaine pour délibération auprès des membres du Forum de consultation.

Domaine 9 La gouvernance du système de santé et de services sociaux

Une vision à propos d'une première ligne performante

Les experts et les décideurs ont formulé une vision de ce que serait une première ligne de soins performante relative à la gouverne du système de santé et de services sociaux.

> « Nous aurons réussi dans ce domaine cible lorsque nous aurons adopté un mode de gouvernance globale, alignée entre les paliers central, régional et local, qui précise les grands objectifs à l'égard des processus de soins et des résultats à atteindre, et non pas uniquement à l'égard des volumes de production de services. Ces objectifs auront été convenus grâce à la collaboration active des cliniciens, des gestionnaires et des citoyens. L'atteinte de ces objectifs s'appuiera sur une gamme de leviers parmi lesquels, notamment, les modalités de financement de la production de services et d'achat de services, les ententes de gestion, le financement et le déploiement des systèmes d'information clinique et la mesure de la performance. De plus, les leviers incluent des incitatifs favorisant une offre de service de première ligne prévisible et visible. Les innovations organisationnelles feront l'objet d'un suivi de leur mise en œuvre, au-delà des efforts de conception. Ce suivi s'intégrera à des pratiques transparentes de reddition de comptes autant pour les services à prestation publique que pour les services à prestation privée. Une telle vision de la gouverne requiert aussi le renforcement des compétences de gestion parmi les acteurs cliniques et administratifs et la mise au point d'outils de gestion et d'indicateurs allant du niveau clinique aux autres paliers du système de santé et de services sociaux. »

Cette vision repose aussi sur le développement de normes et de guides de bonne pratique et d'outils d'aide à la décision clinique visant à accroître les pratiques fondées sur des preuves. L'atteinte de cette vision repose aussi sur le développement du leadership clinique, l'alignement d'incitatifs financiers ou autres et l'ajustement des modes de rémunération en accord avec cette démarche de mesure de la performance et d'amélioration de la qualité des soins.

Des actions à envisager

Par la suite, les experts et les décideurs ont déterminé les actions qui seraient nécessaires à l'atteinte des visions formulées. Parmi l'ensemble des actions identifiées, voici celles qui sont en lien avec le domaine d'action de la gouvernance :

- associer les gestionnaires et les cliniciens à la codéfinition des résultats de l'utilisation des ressources ;
- convenir d'indicateurs de performance à tous les niveaux (central, régional et local) ;
- décentraliser les ressources financières, les pouvoirs et les responsabilités pour les soins de première ligne sur une base populationnelle pondérée ;
- encourager la participation des médecins à une concertation territoriale (gouverne clinique) au moyen des tables territoriales du Département régional de médecine générale (DRMG) ;
- dresser un état de situation ou un bilan qui stipule, de manière éloquente, l'ampleur des transformations nécessaires ;
- décentraliser à l'échelle régionale les pouvoirs, c'est-à-dire les outils de gouverne parmi lesquels le financement, les résultats et les processus.

Plusieurs actions ont été discutées pour le domaine d'action intitulé « Gouvernance du système de production ». Parmi celles qui retiennent le plus l'attention, notons l'action « Encourager la participation des médecins à une concertation territoriale (gouverne clinique) au moyen des tables territoriales du DRMG », qui a été unanimement perçue comme une action réalisable dans notre contexte. Les actions « Associer les gestionnaires et les cliniciens à la codéfinition des résultats de l'utilisation des ressources » et « Convenir d'indicateurs de performance à tous les niveaux (central, régional et local) » sont moins unanimement perçues, certains décideurs les jugeant « faisables », d'autres « faisables avec modifications importantes du contexte » et certains estimant ces actions « difficilement réalisables ». Enfin, les trois autres actions de ce domaine ont plutôt été perçues comme étant « faisables avec modifications importantes du contexte ».

Ces actions diverses nécessitent aussi l'introduction de structures appropriées et un certain degré de décentralisation des décisions et de la planification pour faciliter la capacité de mettre en place la démarche d'amélioration de la qualité des soins dans les organisations locales. Cette décentralisation pourrait aussi favoriser l'initiative professionnelle et s'appuyer sur le renforcement d'une culture d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans les milieux cliniques. Enfin, la notion de responsabilité populationnelle, décrivant la responsabilité des organisations de soins envers la réponse aux besoins de soins et services de populations définies, est au centre de cette démarche.

D'autres actions ont été suggérées par les experts et décideurs. Par contre, ces actions plus limitées en portée pourraient gagner en faisabilité. Parmi celles-ci, notons les suivantes :

- favoriser une décentralisation vers les centres de santé et de services sociaux (CSSS) (secteur administratif), vers le milieu des services ;
- former au concept et aux outils de la gouvernance clinique ;
- intégrer les cliniciens au processus de gouvernance ;
- convenir d'indicateurs de performance à l'échelle nationale, régionale et locale ;
- laisser les équipes de base définir leurs interventions cliniques à partir des besoins exprimés ;
- laisser plus de pouvoir à l'échelle locale ;
- augmenter ce qui peut relever de l'échelle locale et diminuer le contrôle.

Ce qu'ont exprimé les membres du Forum de consultation

Les membres du Forum ont été consultés de façon simultanée en ce qui concerne la gouvernance du système et l'appréciation de la performance. Ainsi, les résultats de la délibération sont présentés sous ce dernier domaine. Les autres aspects liés à ce domaine n'ont pas été soumis au Forum de consultation.

> LES DOMAINES D'ACTION APPROFONDIS PAR LE FORUM DE CONSULTATION

Parmi tous les thèmes qui ont fait l'objet d'une délibération, soit

- l'autosoins et la participation des proches aidants ;
- l'inscription de la population ;
- l'interdisciplinarité ;
- les nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- la participation publique et privée à l'informatisation des cabinets médicaux ;
- la révision du partage des responsabilités entre généralistes et spécialistes ;
- l'appréciation de la performance et la gestion clinique ;

les membres du Forum ont été invités à choisir les thèmes qu'ils aimeraient approfondir davantage.

Après un exercice de vote, les trois thèmes suivants ont été retenus : l'interdisciplinarité, la révision du partage des responsabilités entre généralistes et spécialistes ainsi que l'autosoins et la contribution des proches aidants. En plus du thème de la rémunération des médecins, ces trois thèmes ont été discutés en assemblée plénière.

« Quant à l'interdisciplinarité et à la révision des tâches, la majorité des membres du Forum semble appuyer le fait que des efforts doivent être faits pour que les différents intervenants, y compris les médecins, travaillent de façon plus étroite afin de répondre aux besoins de la population et pour que les interventions en prévention et le suivi des patients soient intégrés comme des aspects inhérents aux services de santé. Il faut dire que près de 80 % des dépenses concernent les salaires des intervenants. Il faut donc revoir l'organisation du travail et le partage des tâches de façon à améliorer l'efficacité et la performance du système. Le réseautage est déjà présent à l'échelle locale ; par contre, il faut faire un pas de plus vers l'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité suppose aussi un changement de la culture organisationnelle. La Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre (projet de loi 90) ainsi que la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et les relations humaines (projet de loi 50), qui sera adoptée ultérieurement, sont également des outils qui permettent une révision des tâches. Le défi, c'est de les actualiser sur le terrain. Dans les cliniques médicales privées, les médecins sont laissés à eux-mêmes. Dans les groupes de médecine de famille (GMF), les infirmières participent à la prestation de soins. Il faudrait faire participer d'autres intervenants et professionnels de la santé tels que les pharmaciens, les psychologues, les éducateurs physiques (pour leur travail en prévention et en réhabilitation), les récréologues (pour leur compétence d'animation de groupes interdisciplinaires) et autres intervenants selon les besoins.

Le Forum n'a pas été en mesure de statuer sur le modèle d'organisation des services qui devrait être favorisé, soit renforcer le centre de santé et de services sociaux (CSSS) en rapatriant les médecins ou en favorisant le modèle GMF avec l'intégration de plusieurs intervenants. La possibilité ou non de déplacer les intervenants, la position des syndicats quant à ce déplacement, la culture d'autonomie des médecins, le leadership nécessaire pour entreprendre des changements et la force d'inertie au changement sont des préoccupations qui ont été soulevées par les membres du Forum.

Ce qui importe, c'est d'augmenter l'accès aux services en misant sur l'interdisciplinarité, et ce, en adoptant différents modèles d'organisation selon les particularités territoriales. Il ne s'agit pas d'investir dans de nouvelles structures, mais bien de rendre disponible du financement pour les soins. Le système doit avoir pour but l'utilisation efficiente des services, avoir les bonnes personnes au bon endroit. Le port d'attache des intervenants doit être le patient.

L'autosoins et la contribution des proches aidants ont aussi été retenus comme prioritaires par un nombre important de membres. Selon certains d'entre eux, il faut miser sur l'autosoins afin de responsabiliser davantage les citoyens par rapport à leur santé, certains citoyens ont même tendance à se désengager vis-à-vis de leur santé. Ainsi, il faut éviter que le système devienne surmédicalisé. Il faut également miser sur l'éducation de la population. À ce sujet, une nuance est apportée entre autosoins et prévention ou promotion des bonnes conditions de vie. L'autosoins s'adresse aux patients qui reçoivent des services ou des soins du système de santé et de services sociaux.

Pour d'autres membres, l'autosoins suppose que les patients soient confortables avec l'idée de se donner par eux-mêmes des soins, et ce, après avoir reçu des indications, ou des conseils, de la part des professionnels de la santé. Pour être en mesure de faire de l'autosoins, il faut avoir acquis une certaine confiance en soi et avoir les moyens d'agir, ce qui n'est pas toujours le cas. L'intérêt pour les médecines alternatives est un exemple qui pourrait démontrer que les citoyens sont prêts à faire de l'autosoins. Un consensus se dégage autour du fait que l'autosoins ne doit pas représenter un désengagement de l'État.

Le mode actuel de rémunération des médecins et leur autonomie ont également été abordés par des membres du Forum comme étant des freins à certains changements qui pourraient être apportés au système de santé. En effet, la rémunération à l'acte telle qu'elle est en vigueur actuellement ne permet pas aux médecins d'être rémunérés pour des activités administratives, de gestion, de concertation ou pour le suivi de leurs patients. Ces activités sont essentielles pour le travail en interdisciplinarité, notamment. Bien sûr, chaque mode de rémunération comporte des avantages et des effets pervers ; il faut donc choisir le mode en fonction des objectifs que l'on veut atteindre. Par ailleurs, certaines tâches administratives pourraient être déléguées à d'autres intervenants afin de maximiser la prestation de soins des médecins. On pourrait également envisager d'offrir aux médecins des primes à la performance. Des incitatifs financiers permettraient d'améliorer le système. On observe que, dans notre système, il n'y a pas d'incitatifs à bien utiliser les ressources qui s'adresseraient à la fois aux médecins, aux intervenants et, même, aux patients.

D'autres membres soulignent le statut d'autonomie, le statut d'indépendance que les médecins ont acquis en tant qu'entrepreneurs privés, tout en étant rémunérés par l'État. L'échelle de rémunération n'est pas problématique à condition qu'il y ait une imputabilité pour les médecins. Toutefois, il est spécifié que l'autonomie des médecins sur le plan clinique doit être conservée.

Il est également souligné que, pour les médecins, le patient est le centre de ses activités. C'est également un discours tenu par les associations de médecins. Bref, les patients sont les patrons des médecins ! Le temps consacré à répondre aux demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux et à celles des agences de la santé et des services sociaux pourrait davantage être réservé aux patients.

Par ailleurs, l'évaluation des résultats du système, l'informatisation ainsi que la responsabilité citoyenne ont aussi été soulevées comme des thèmes importants par certains membres du Forum. »

> CE QU'IL FAUT RETENIR

Synthèse du séminaire d'experts et du panel de décideurs

Au cours de la consultation des experts et des décideurs, un consensus semble avoir émergé des discussions. En effet, tous s'accordent pour dire que la première ligne de soins au Québec nécessite certains réaménagements afin de mieux répondre à la réalité du XXIe siècle. Le sujet de l'organisation de la première ligne médicale est un incontournable. Des impératifs doivent alors être considérés en matière de réorganisation ou de revalorisation des soins de première ligne afin d'en assurer la pérennité. Les experts ont ciblé neuf domaines d'action et ils ont élaboré des visions pour chacun d'entre eux représentant un idéal à atteindre en ce qui a trait aux soins de première ligne au Québec. Par la suite, les décideurs ont été invités à bonifier ces visions. Les experts et les décideurs ont formulé des actions qui seraient nécessaires afin de concrétiser les visions formulées. Ces neufs domaines d'action couvrent un ensemble d'enjeux et permettent de mieux structurer la réflexion concernant les actions prioritaires à réaliser dans notre contexte. Les décideurs se sont penchés davantage sur la faisabilité de 39 actions prioritaires proposées (soit 21 actions de décideurs et 18 d'experts). Enfin, les décideurs ont identifié des actions qui leur semblaient être incontournables dans le contexte de l'amélioration de la première ligne de soins au Québec, et ce, en fonction de leur faisabilité. Ce document en a fait état.

Synthèse des délibérations du Forum de consultation

« Une position commune des membres du Forum semble se dégager autour des éléments suivants. On retient que l'amélioration des services passera d'abord par les personnes, avant même l'informatisation. Le défi est d'accroître la responsabilisation de tous les acteurs, du patient à l'infirmière en passant par le généraliste et le spécialiste, dans un système où sont malheureusement encore très présents les silos parallèles qui ne favorisent pas l'imputabilité.

Le Forum se prononce très clairement pour l'interdisciplinarité, qui doit être construite autour du patient lui-même, et non forcément en rassemblant dans le même lieu (groupes de médecine de famille (GMF) ou centres de services de santé et de services sociaux (CSSS)) tous les intervenants. Le principe est à moduler selon les besoins et les régions. Cet objectif d'interdisciplinarité dans les soins de première ligne suppose

- une modification de la formation de tous les intervenants en santé pour les familiariser à travailler en interdisciplinarité ;
- un changement de culture organisationnelle ;
- un assouplissement des règles, par exemple dans le cas du déplacement d'un professionnel ;
- un système d'orientation des soins (triage, référence) qui, cependant, ne constitue pas une barrière bureaucratique de plus, entre le citoyen et le service ;
- un approfondissement du débat sur la révision des champs de pratique professionnelle. Une réelle interdisciplinarité suppose des équipes élargies, une clarification des rôles et une meilleure délégation des tâches entre les médecins, entre les médecins et les infirmières ainsi qu'entre les divers professionnels de la santé et des services sociaux.

Quant au personnel médical, le Forum voit la révision des rôles, entre médecins généralistes et spécialistes, comme une clef de voûte de l'amélioration voulue. Pour cela, il faudrait

- imposer la notion de complémentarité (et non de hiérarchisation) et faire des choix en fonction du bien-être et de la santé des patients. Dans le contexte où nous avons des garanties à cet égard, il serait possible d'envisager une certaine réduction des choix des individus, des patients ou des médecins ;
- revoir le mode de rémunération des médecins, pour le rendre fidèle non seulement aux tâches réelles, mais aussi aux tâches nécessaires et actuellement délaissées, parce que non rétribuées ;
- utiliser des incitatifs financiers, un levier qui semble inévitable : " Payons mieux s'il le faut, mais demandons plus et mieux… " ;
- distinguer l'autonomie clinique des médecins, qu'il faut conserver, de leur imputabilité administrative ;
- lier ces incitatifs à des indicateurs de performance qui incluent le travail interdisciplinaire.

Le Forum est favorable au principe d'autosoins à la condition que l'adoption croissante de cette pratique ne conduise pas au désengagement de l'État. Il insiste pour que des ressources accrues soient mises à la disposition des patients et des proches aidants.

Pour exécuter ce virage, le Forum estime qu'il faudra un message et un leadership politiques très fermes de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un autre élément semble indispensable au Forum : une évaluation systématique de la performance des soins de première ligne, évaluation actuellement déficiente, et sans laquelle toutes les actions envisagées resteront lettre morte.

Dans cet esprit, un consensus au sein du Forum se dégage à l'idée que des renseignements non nominatifs seraient utilisés pour apprécier la performance, mais à condition que les cliniciens participent à leur analyse, que les citoyens participent aux décisions concernant l'amélioration des services et que la priorité soit mise sur l'accès aux soins de première ligne, tout en conservant le principe de liberté de choix.

L'État doit-il, en corollaire, financer l'informatisation des cabinets privés ? Le Forum voit plusieurs avantages à l'informatisation, parmi lesquels une meilleure harmonisation des dossiers, une circulation plus fidèle et rapide de l'information ainsi qu'une réduction des erreurs. Toutefois, il y met des conditions : que l'État, par des protocoles bien définis, garantisse le respect de la confidentialité et qu'il puisse évaluer l'amélioration potentielle des services, que les données des dossiers puissent être accessibles en réseau, etc. À la lumière des délibérations, cette approbation devient toutefois très mitigée : dans la mesure où chaque cabinet privé demeure propriétaire de ses données informatisées, il n'y aurait ni harmonisation avec les fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ni garantie suffisante de gestion compétente, ni évaluation systématique des améliorations de service. Ainsi, dans ce contexte, il existe, pour les membres du Forum, des risques réels de dérapage et peu de preuves quant à l'amélioration concrète des services rendus. Bref, les fonds publics, dit-on, ne doivent pas servir à financer des entreprises privées non imputables.

Le Forum rappelle fermement que tout citoyen québécois a le droit de recevoir dans sa communauté un panier minimal de soins de première ligne. Dans l'éventualité où il y aurait des choix à faire, les priorités locales quant aux besoins particuliers d'une région pourraient avoir préséance sur les besoins d'une minorité de patients. Le Forum estime que la population doit avoir son mot à dire sur la hiérarchisation des priorités à donner à ces services et sur les moyens de les améliorer. »

CONCLUSION

CONCLUSION



La consultation des sources de connaissances scientifiques, organisationnelles et démocratiques a permis au Commissaire de recueillir une foule de renseignements sur la première ligne de soins au Québec. L'apport de cette démarche distinctive est essentiel à la fonction d'appréciation globale et intégrée de la performance des résultats atteints par le système de santé et de services sociaux québécois. Ainsi, cette démarche de consultation et de délibération favorise la rencontre de ces savoirs. En effet, chaque étape de la consultation exerce une influence sur le déroulement des autres étapes. Dans le contexte de la consultation sur la première ligne de soins, les experts consultés ont élaboré des visions associées à neuf domaines et ils ont ensuite formulé des actions afin d'actualiser ces visions. Par la suite, les décideurs ont bonifié, dans certains cas, les visions proposées par les experts et ils se sont penchés sur les actions et la faisabilité de celles-ci. Enfin, les membres du Forum ont manifesté des préoccupations, des conditions à considérer dans l'implantation éventuelle de certaines actions en tenant compte de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs valeurs. Cette démarche est une occasion unique pour formuler un état de situation et des constatations sur la problématique des soins de première ligne qui est issue d'une harmonisation des perspectives scientifiques, organisationnelles et démocratiques.

Ces connaissances combinées à la revue de la documentation et à l'analyse des indicateurs de performance ont permis au Commissaire de formuler des recommandations afin d'améliorer la performance globale du système, tout en misant sur des actions concrètes pour la première ligne de soins qui s'inscrivent dans la réalité et en conformité avec les valeurs de la société québécoise. Les principaux éléments qui sont ressortis de cette démarche de consultation et de délibération seront donc intégrés au sein de la discussion entourant les constatations et les recommandations du Commissaire qui seront présentées dans le document *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*. Ainsi, ils permettront de nuancer les recommandations ou de faire ressortir des aspects qui doivent être considérés dans leur application éventuelle. Cette démarche représente une occasion pour favoriser le transfert des connaissances et elle constitue un levier politique exceptionnel pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

ANNEXES

ANNEXE 1 :
LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU SÉMINAIRE D'EXPERTS SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE TENU À MONTRÉAL, LES 26 ET 27 NOVEMBRE 2007

Beaulieu, Marie-Dominique
Centre de recherche du CHUM

Bernard, Paul
Université de Montréal

Borgès-Dasilva, Roxane
Université de Montréal

Breton, Mylaine
Université de Montréal

Brunelle, Yvon
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Champagne, François
Université de Montréal

Contandriopoulos, André-Pierre
Université de Montréal

D'amour, Danielle
Université de Montréal

Demers, Louis
École nationale d'administration publique — Québec

Denis, Jean-Louis
Université de Montréal

Duplantie, Jean-Pierre
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire

Feldman, Debbie
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Fleury, Marie-Josée
Centre de recherche Hôpital Douglas

Fournier, Johanne
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Fournier, Louise
Institut national de santé publique du Québec

Geneau, Robert
Centre de recherche CT Lamont, Ottawa

Gilbert, Frédéric
Université du Québec à Montréal

Goudreau, Johanne
Université de Montréal

Haggerty, Jeanny
Université de Sherbrooke

Labbé, Daniel
Commissaire à la santé et au bien-être

Lamarche, Paul
Université de Montréal

Lamothe, Lise
Université de Montréal

Légaré, France
Université Laval

Lessard, Lily
Université du Québec à Rimouski

Perreault, Robert
Université McGill

Pineault, Raynald
Institut national de santé publique du Québec

Pomey, Marie-Pascale
Université de Montréal

Ricard, Jacques
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Roy, Denis A.
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Sylvain, Hélène
Université du Québec à Rimouski

Tousignant, Pierre
Université McGill

ANNEXE 2 :
LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU PANEL DE DÉCIDEURS SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE TENU À MONTRÉAL, LES 21 ET 22 FÉVRIER 2008

Bernier, Ginette
Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

Camirand, Michel
Groupe de médecine de famille Sutton - Cowansville

Corbeil, Daniel
Centre de santé et de services sociaux
de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Dawes, Martin
Université McGill

Duclos, Claudette
Association médicale du Québec

Duplantie, Jean-Pierre
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal —
Institut universitaire

Durand, Suzanne
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Galarneau, Yolaine
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Garon, André
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Girard, Ghislain
Agence de la santé et des services sociaux
du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Giroux, Huguette
Centre de santé et de services sociaux de Beauce

Goulet, François
Collège des médecins du Québec

Hudon, Gilles
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lacombe, Réal
Agence de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

Lamarre, Diane
Université de Montréal

Leblanc, Ginette
Association québécoise d'établissements de santé
et de services sociaux

Maguire, Robert
Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Marcoux, Laurent
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Quenneville, Andrée
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert, Yves
Collège des médecins du Québec

Rodrigue, Jean
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Roy, Denis A.
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Trahan Langlois, Lysette
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Trempe, Carole
Association des cadres supérieurs de la santé
et des services sociaux

Turcotte, Alain
Unité de médecine familiale —
Groupe de médecine de famille
de la Cité de la santé de Laval

Vaillancourt, Raymonde
Clinique médicale Vimy

ANNEXE 3 :
LISTE DES MEMBRES DU FORUM DE CONSULTATION DU COMMISSAIRE

Allard, Johanne
Mauricie et Centre-du-Québec (région 04)

Bérubé, Maryse
Lanaudière (région 14)

Billings, Mark
Montréal (région 06)

Blanchette, Alexandre
Estrie (région 05)

Bouchard, Eric
Côte-Nord (région 09)

Bourassa, Alain
Montérégie (région 16)

Brassard, Marie-Joëlle
Experte en développement régional

Cooper, Christopher
Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18)

Côté, Michel
Bas-Saint-Laurent (région 01)

Desjardins, Marie-Claude[1]
Outaouais (région 07)

Duquet, Diane
Chaudière-Appalaches (région 12)

Gagnon, Astrid
Capitale-Nationale (région 03)

Girard, Marie
Gestionnaire en santé et services sociaux

Lagarde, François
Laval (région 13)

Leclerc, Bruno
Expert en éthique

Leclerc, Étienne
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (région 11)

Leduc, Michel
Abitibi-Témiscamingue (région 08)

Lepage-Savary, Dolorès
Experte en évaluation des technologies de la santé et des médicaments

Marcil, André-Richard
Laurentides (région 15)

Mercier, Céline
Chercheuse en santé

Naud, André
Nord-du-Québec (région 10)

Potvin, Louise
Infirmière

Régis, Catherine
Experte en droit et politiques en santé

Riverin, Danièle
Travailleuse sociale

Roberge, Roger
Médecin

Tremblay, Jackie
Saguenay–Lac-Saint-Jean (région 02)

Tukai-Masty, Lizzie
Nunavik (région 17)

ANIMATION DU FORUM
Françoise Guenette

1. M^me^ Desjardins a démissionné en septembre 2008 et a été remplacée en novembre 2008 par M^me^ Édith Leclerc.

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR DEUX AUTEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque*,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

Marie-France Hallé

AVEC LA COLLABORATION DE

Ghislaine Cleret de Langavant,
commissaire adjointe à l'éthique

Marie-Rose Sénéchal

Annick Lepage

Ak'Ingabe Guyon

Anne Marcoux,
directrice générale

SOUTIEN TECHNIQUE AUX CONSULTATIONS

France Darveau

Sonya Dionne

Céline Vaillancourt

Ginette Langlois

COMITÉ D'ORIENTATION

Paul Bernard
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos
Université de Montréal

Véronique Déry
Agence d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé

Jean-Pierre Duplantie
Ex-directeur général du Centre jeunesse
de Montréal – Institut universitaire

Denis A. Roy
Agence de la santé et des services
sociaux de la Montérégie

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PREMIÈRE LIGNE

France Légaré,
Université Laval

Robert Perreault,
Université McGill et Direction de santé publique de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Raynald Pineault,
Institut national de santé publique du Québec et Direction
de santé publique de l'Agence de la santé et des services
sociaux de Montréal

Brian Hutchison,
McMaster University

Diane Watson,
University of British Columbia

Martin Roland,
University of Manchester, Royaume-Uni

GRAPHISME

Matteau Parent graphisme et communication inc.

Mathilde Hébert (figure 1)

ÉDITION

Chantal Racine

© 2009 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, 2009
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Mars 2009

ISBN : 978-2-550-55138-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-55139-3 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin-conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'Institut, il agit à titre de commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier M. Denis A. Roy pour sa contribution à la planification et à l'organisation du séminaire d'experts et du panel de décideurs. Nous tenons également à remercier le Comité consultatif sur la première ligne et le Comité d'orientation du Commissaire à la santé et au bien-être pour leur apport à ces consultations.

Enfin, nous sommes reconnaissants à l'égard de toutes les personnes qui ont participé aux différentes étapes de la consultation, notamment les membres du Forum de consultation du Commissaire pour leur participation aux travaux portant sur la première ligne de soins.

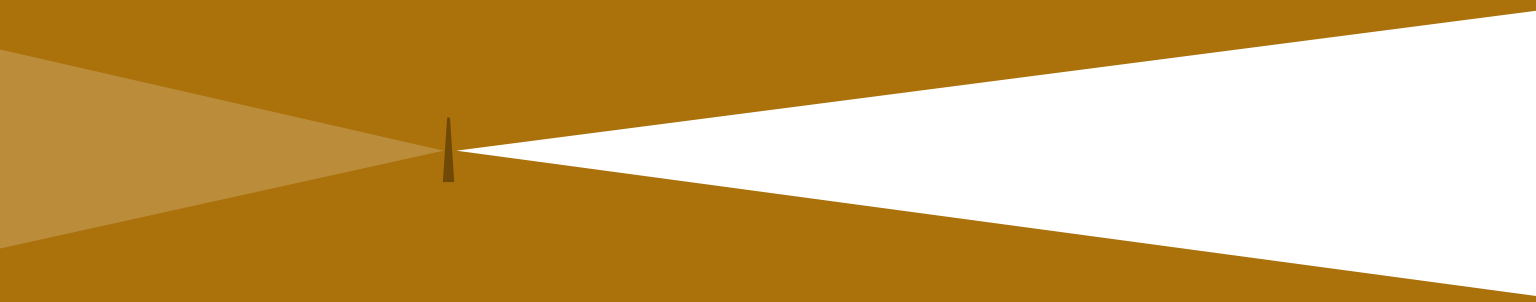
Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec

LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2009

ÉTAT DE SITUATION PORTANT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET SUR SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS



Québec



apprécier

recommander

consulter

informer

MOT DU COMMISSAIRE _4

AVANT-PROPOS _6

INTRODUCTION _9

LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC _13

L'infrastructure du système de santé et de services sociaux 15
- Les institutions qui composent le système 15
- Les ressources financières et humaines 15
- La fréquentation des services de santé et des services sociaux 19
- Les soins et services couverts par l'État 20

Les récentes constatations relatives à la performance 22

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS _27

Une vue d'ensemble de la première ligne de soins 29
- Qu'est-ce que la première ligne de soins ? 29
- Quelques aspects du développement de la première ligne de soins 31
- Quelles sont nos ressources médicales de première ligne ? 34
- Où les médecins de famille travaillent-ils ? 36
- La distribution géographique des soins de première ligne 37
- Comment sont organisés les soins de première ligne ? 39
- La rémunération des médecins 40

Les problèmes constatés dans la première ligne de soins 41
La pénurie de main-d'œuvre 42
La désaffection pour la pratique de médecine de famille 43
Le manque de productivité 44
L'affiliation au médecin de famille 45
L'accessibilité des services médicaux 47
La réduction des champs de pratique 52
La continuité des soins 54
La coordination des services 56
La satisfaction envers les soins de première ligne 60
Les propositions des récentes commissions d'étude et des groupes de travail 62

CONCLUSION _67

LISTE DES FIGURES_71

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _72

RÉALISATION _75

REMERCIEMENTS _76

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

Apprécier la performance d'un système de santé et de services sociaux n'est pas une mince affaire. Pour remplir notre mandat, nous avons opté pour une approche unique, fondée sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs, ainsi que sur la consultation citoyenne, que nous avons placée au cœur de notre démarche. C'est pourquoi notre appréciation emprunte deux voies : d'une part, l'étude quantitative d'indicateurs de monitorage et, d'autre part, une série de consultations, dont celle du Forum de consultation du Commissaire, qui permettent de donner un sens aux chiffres.

La première ligne de soins fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation. En tant que porte d'entrée du système, la première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut construire une amélioration de l'ensemble du système. De plus, du fait qu'elle répond aux besoins courants des personnes en matière de santé, cette première ligne de soins est une façon de rejoindre une majorité de personnes, près de leur milieu de vie. Finalement, nombre de commissions, de groupes de réflexion et d'études se sont penchés sur la première ligne de soins. Il existe, par conséquent, un vaste ensemble de constats et de propositions de changement à son égard.

Partant de ces constats, nous avons consulté un ensemble d'experts, de décideurs et de citoyens, ainsi que divers groupes professionnels et divers milieux cliniques. Un ensemble de propositions en a émergé. Certaines font consensus, tandis que d'autres suscitent encore des débats. Nous avons retenu celles pour lesquelles l'ensemble des acteurs consultés s'entendait, tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur faisabilité, de leur acceptabilité dans notre contexte et de la démonstration de leurs effets.

Le rapport d'appréciation que je soumets est conçu en quatre documents, chacun ayant sa vocation propre, qui s'adressent à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Avant tout cependant, notre démarche est empreinte du désir d'informer et d'apporter des pistes d'amélioration. Il faut l'admettre, ce système est complexe au point qu'il n'est pas toujours bien compris. Nous avons ainsi privilégié une approche où un ensemble de renseignements sont présentés, de manière structurée, pour alimenter la réflexion de plusieurs acteurs pouvant faire une différence pour notre système.

L'envergure du sujet nous pousse à adopter une attitude humble devant la difficulté de la tâche qui consiste à apprécier la performance d'un système tel le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela nous incite aussi à la prudence de manière à ne pas faire de jugements trop hâtifs sur des questions que nous commençons seulement à appréhender. C'est pourquoi, dans certains cas, nous avons réservé notre opinion, faute de preuves. Dans de tels moments, nous avons plutôt exposé la problématique et convié l'ensemble de nos concitoyens à l'examiner. Dans plusieurs domaines, cependant, nous disposons d'une information suffisante pour formuler des recommandations.

Notre appréciation ne consiste pas en une réponse toute faite, ni en un palmarès, mais bien en une invitation à prendre en main, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Notre objectif n'était pas de chercher des responsables aux problèmes constatés, ni de pointer quiconque du doigt, mais plutôt de mettre en évidence les problèmes systémiques en cause et les façons prometteuses d'organiser les services. Chacun à notre façon, nous sommes responsables de la performance de notre système : il nous appartient donc à tous de contribuer à son appréciation et à son amélioration.

L'ampleur de la collaboration dont j'ai été témoin à chacune des étapes de consultation et lors de la collecte de données quantitatives, de même que la richesse de ces sources d'information, m'inspire confiance. Le désir et la volonté, qui existent dans notre réseau, de travailler en synergie pour maintenir et améliorer la performance de celui-ci sont bien vivants. Ce contexte me semble donc propice au renouveau. Donnons-nous alors les moyens de relever les défis qui se présentent et faisons nôtre ce projet d'amélioration continue.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois



> AVANT-PROPOS

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONSISTE À APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PUBLIE UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. POUR CE FAIRE, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS CONSULTATIFS ET DÉLIBÉRATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. LA DÉMARCHE REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE, COMME L'INDIQUE LE DOCUMENT D'ORIENTATION DU COMMISSAIRE (CSBE, 2008).

L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle de la première ligne de soins. Pour bâtir son opinion, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données, notamment des indicateurs de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de points de vue résultant de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations du Forum de consultation du Commissaire, composé de citoyens dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et du bien-être.

Notre examen fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer des résultats le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens ; et, enfin, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, **l'objet du présent document**, intitulé ***État de situation sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins***, dresse un portrait sommaire de notre système, mais, surtout, de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figure aussi.

Le deuxième volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats et observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, nous détaillons certaines conditions liées à leur implantation, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec certaines propositions.

À la lumière des analyses de la performance et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations qu'il y a tout lieu de considérer comme étant attendues.

INTRODUCTION

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE D'UN SYSTÈME COMPLEXE ET DYNAMIQUE, TEL QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS, NÉCESSITE UN VASTE ENSEMBLE DE RENSEIGNEMENTS ANALYSÉS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE. CETTE ANALYSE REQUIERT DE L'INFORMATION DE NATURE QUANTITATIVE AUTANT QUE DE NATURE QUALITATIVE ET ELLE DOIT DÉBUTER PAR UNE BONNE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME À L'ÉTUDE. POUR BIEN COMPRENDRE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET MIEUX SAISIR LES ENJEUX ORGANISATIONNELS QUI Y SONT LIÉS, IL FAUT, AU DÉPART, EN COMPRENDRE SA STRUCTURATION ET SON ORGANISATION. LE PRÉSENT DOCUMENT S'ADRESSE À TOUTE PERSONNE QUI DÉSIRE MIEUX COMPRENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

INTRODUCTION



Dans cette optique, l'objet du présent document est de brosser sommairement un tableau du système de santé et de services sociaux ainsi que de sa première ligne de soins en vue d'en dégager les grandes composantes et de rendre publics un ensemble de renseignements utiles à sa compréhension. Nous mettrons aussi en évidence les constatations faites au cours des dernières années, de même que les pistes d'action qu'ont suggérées divers comités d'étude et groupes de travail.

L'OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT EST DE BROSSER SOMMAIREMENT UN TABLEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AINSI QUE DE SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

Nous allons donc centrer ici notre analyse sur certains aspects utiles à l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux ainsi que de sa première ligne de soins. Nous traiterons, tout d'abord, du système lui-même, c'est-à-dire de son infrastructure, de ses ressources et des services qui y sont rendus. Ensuite, nous examinerons les grands aspects de la première ligne de soins, eu égard à son organisation et aux principaux problèmes soulevés au cours des dernières années. Enfin, nous nous attarderons particulièrement à quelques indicateurs provenant de l'enquête sur les politiques internationales de santé du Commonwealth Fund de 2007 qui nous ont permis de calculer des données inédites pour le Québec.

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC EST COMPLEXE, TANT PAR LA DIVERSITÉ DES PROFESSIONNELS QUI Y EXERCENT LEURS ACTIVITÉS ET DES ÉTABLISSEMENTS DONT LA RESPONSABILITÉ EST DE DONNER DES SERVICES, QUE PAR LA GAMME DE PROBLÈMES SOCIAUX ET DE SANTÉ AUXQUELS IL DOIT RÉPONDRE. RAPPELONS QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) A POUR MISSION DE MAINTENIR, D'AMÉLIORER ET DE RESTAURER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES CITOYENS QUÉBÉCOIS AU MOYEN DE LA PRESTATION D'UN ENSEMBLE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.



LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

La présente section dresse le tableau de l'infrastructure du système de santé et de services sociaux du Québec en présentant les institutions qui le composent, les ressources humaines et financières dont il dispose, des données sur la fréquentation des services et la couverture de services qu'il assure. Nous présentons également les observations de récentes études portant sur la performance des systèmes de santé.

> L'INFRASTRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les institutions qui composent le système

Un des principaux acteurs du système est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce dernier compte présentement sept directions générales, à savoir la santé publique ; les services sociaux ; les services de santé et la médecine universitaire ; la planification stratégique, l'évaluation et la qualité ; le personnel réseau et ministériel ; les technologies de l'information ainsi que la coordination, le financement, l'équipement et les ressources informationnelles. Par ailleurs, 15 organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux, parmi lesquels l'Institut national de santé publique du Québec, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le Commissaire à la santé et au bien-être. Le Ministère partage ses responsabilités à l'égard de la prestation de services avec 18 autorités régionales — 15 agences de la santé et des services sociaux et 3 autorités régionales pour le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Par ailleurs, le Québec compte 294 établissements institutionnels, dont 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 28 centres hospitaliers, dont 5 ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU), 16 centres jeunesse et 41 centres de réadaptation. Ces établissements gèrent 1 754 installations ou lieux physiques où sont offerts des services. En outre, le réseau comprend plus de 2 000 cliniques médicales de médecine de famille et cliniques spécialisées, 1 660 pharmacies communautaires et plus de 3 000 organismes communautaires (MSSS, 2008).

LE RÉSEAU COMPREND PLUS DE 2 000 CLINIQUES MÉDICALES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET CLINIQUES SPÉCIALISÉES, 1 660 PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ET PLUS DE 3 000 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.

Les ressources financières et humaines

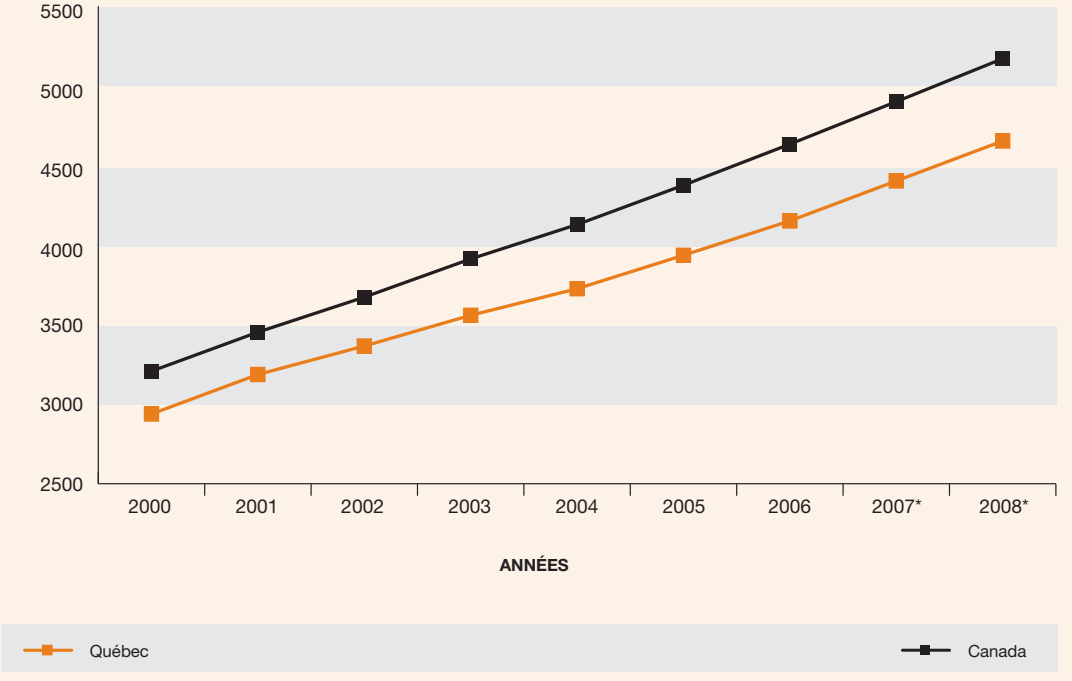
Le système de santé et de services sociaux représente le plus important poste budgétaire du gouvernement québécois. Pour l'année 2007-2008, le budget de dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux atteignait un peu plus de 24 milliards de dollars (MSSS, 2008). Ce budget représentait plus de 44 % des dépenses de programme du gouvernement du Québec. En proportion des dépenses totales de santé du Québec, ces dépenses publiques représentent environ 72 %, alors que 28 % des dépenses de santé sont prodiguées par le secteur privé.

L’accroissement des dépenses de santé

On reconnaît généralement que le niveau des dépenses de santé par habitant est un indicateur de l’intensité des ressources consacrées à la santé. Cet indicateur est grandement influencé par le produit intérieur brut (PIB) par habitant, indicateur de la richesse collective. Plusieurs études internationales illustrent que les dépenses de santé par habitant des pays de l’OCDE croissent en fonction de leur niveau respectif de richesse collective. L’analyse de la situation québécoise par rapport à l’ensemble canadien indique, d’une part, que nous dépensons moins, en dollars par habitant, que toutes les autres provinces canadiennes (dixième rang sur dix provinces) et que cet écart tend à s’accentuer avec le temps (Figure 1).

Figure 1

Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, 2000 à 2008



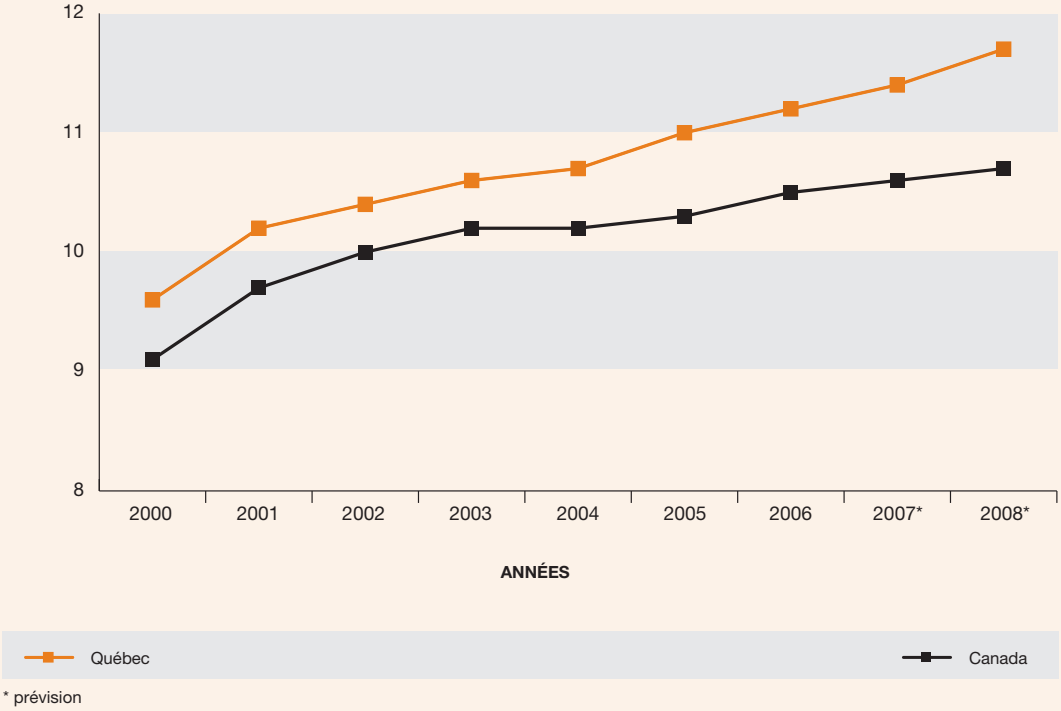
* prévision

Source : Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé*, de 1975 à 2007

D’autre part, le Québec consacre une part plus importante de sa richesse collective à financer son système de santé que la moyenne des autres provinces canadiennes, ce qui s’exprime par le total des dépenses de santé par habitant en pourcentage du PIB (Figure 2). Cet écart tend également à s’accroître avec le temps. À la lumière de ces constats qui peuvent sembler opposés, on observe donc que le Québec finance moins, en valeur absolue, son système de santé tout en y consacrant une plus grande part de sa richesse comparativement à l’ensemble du Canada.

Figure 2

Total des dépenses de santé, en pourcentage du produit intérieur brut, 2000 à 2008



* prévision

Source : Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé*, de 1975 à 2007

Les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux augmentent continuellement. Depuis les cinq dernières années, ces dépenses destinées à la santé s'accroissent en moyenne de 6,1 %, soit à un rythme plus rapide que la croissance annuelle moyenne du PIB québécois, qui se situe à 4,7 % pour la même période (MSSS, 2008a). Les facteurs en cause pour expliquer cet accroissement important sont, principalement, de quatre ordres : les médicaments, les services médicaux, les ressources humaines et les prestations du secteur hospitalier. En effet, depuis 2002, les dépenses en médicaments se sont accrues de 44 % et celles des services médicaux, de 29 % (*Idem*). De plus, les ressources humaines, un poste budgétaire imposant, représentent près des deux tiers de la hausse totale — nous pensons ici à la rémunération des médecins, des professionnels, des gestionnaires et du personnel. À lui seul, le secteur hospitalier génère 60 % de l'augmentation des dépenses relatives à la santé.

En ce qui concerne la main-d'œuvre du réseau de la santé, 6,5 % de la population active du Québec en fait partie. Cette main-d'œuvre comprend 7 790 omnipraticiens, 8 300 médecins spécialistes, 2 500 médecins résidents, 1 785 pharmaciens propriétaires, 3 525 dentistes et 1 245 optométristes. S'y ajoutent un personnel de 242 500 employés, dont 102 020 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés ainsi que 825 cadres, professionnels et fonctionnaires travaillant au Ministère, et près de 1 560 fonctionnaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (MSSS, 2008).

Les ressources du réseau de la santé et des services sociaux

En 2007, on dénombrait environ 55 000 infirmières et infirmiers dans le réseau d'établissements de santé, soit 43 700 infirmières et infirmiers en termes d'équivalent à temps complet (ETC), ce qui correspond à 1 infirmière pour 180 personnes. Par ailleurs, en 2007, le réseau public comptait 1 700 physiothérapeutes (1 pour 4 600 personnes), 2 300 ergothérapeutes (1 pour 3 400), 1 000 diététistes et nutritionnistes (1 pour 7 700), et 3 400 travailleurs sociaux (1 pour 2 200), toujours en termes d'ETC (données factuelles du MSSS). De plus, on estime que 45 % des travailleurs sociaux travaillaient surtout en CLSC (1 pour 6 100 personnes) ainsi que 10 % des physiothérapeutes (1 pour 48 400), 19 % des ergothérapeutes (1 pour 19 400), 22 % des diététistes et nutritionnistes (1 pour 39 400), ici aussi en termes d'ETC (données factuelles du MSSS).

L'effectif des infirmières et des autres professionnels de la santé s'est accru de façon marquée ces dernières années. De 2001 à 2007, les infirmières sont passées d'un peu plus de 39 000 à près de 44 000, soit une hausse relative de 11 % (en termes d'ETC) (MSSS, 2008b). De façon encore plus prononcée, la hausse est de 74 % chez les travailleurs sociaux, de 40 % chez les nutritionnistes, de 30 % chez les ergothérapeutes et de 25 % chez les physiothérapeutes (données factuelles du MSSS). Par contre, il faut noter que, avec la hausse des services prodigués par des agences, la proportion des infirmières et infirmiers exerçant dans un établissement du réseau public, de 83 % en 2007, décline depuis le début du millénaire au profit du secteur privé (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2007).

La fréquentation des services de santé et des services sociaux

L'importante quantité de ressources humaines et financières consacrées au système de santé et de services sociaux s'accompagne d'un nombre important de services rendus à la population québécoise. Chaque année, on dénombre près de six millions de personnes qui reçoivent des services médicaux (RAMQ, système ORIS, tableau SM.31), plus de 600 000 hospitalisations de courte durée, environ 450 000 chirurgies (Med-Écho, MSSS) et plus de 300 000 personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile (données extraites du système Intégration-CLSC, MSSS et RAMQ, 2006-2007). Selon l'enquête sur l'accès aux services de santé de 2003, 78 % des Québécoises et Québécois de 15 ans ou plus déclarent avoir eu recours à des services de premier contact, soit pour obtenir des renseignements ou des conseils (41 % des personnes), des soins de routine (63 %) ou des soins immédiats pour un problème mineur (34 %) (Kapetanakis et *al.*, 2008).

CHAQUE ANNÉE, ON DÉNOMBRE PRÈS DE SIX MILLIONS DE PERSONNES QUI REÇOIVENT DES SERVICES MÉDICAUX, PLUS DE 600 000 HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE, ENVIRON 450 000 CHIRURGIES ET PLUS DE 300 000 PERSONNES QUI REÇOIVENT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.

Une autre étude corrobore ces chiffres, à savoir que 87 % des adultes ont utilisé des services de santé au cours des 2 dernières années, que 31 % ont eu recours à l'urgence et que 15 % ont été hospitalisés (Levesque, Pineault et *al*., 2007). Dans la même période, si nous examinons les services de première ligne, nous observons que 80 % de la population a consulté un médecin dans un bureau ou un cabinet, par rapport à 22 % dans un CLSC (*Idem*). En outre, cette même étude révèle que 71 % des adultes qui ont utilisé des services de santé ont reçu une ordonnance pour des tests de laboratoire ou de radiologie et 47 % ont été dirigés vers une spécialité. Force est de constater que notre système de santé et de services sociaux offre un imposant volume de soins, surtout en première ligne.

Pour ce qui est des services sociaux rendus à la population — définis comme l'ensemble des pratiques psychosociales, psychothérapeutiques et psycho-éducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes —, il est moins aisé de les quantifier. De fait, ils sont intégrés dans l'ensemble des programmes-services et nous ne disposons d'aucune vue d'ensemble décrivant le volume des services, la population couverte ou l'utilisation de ces services. Complémentaires des services de santé et interdépendants avec ceux-ci, les services sociaux sont souvent dispensés par des équipes multidisciplinaires : ils se rencontrent surtout dans les programmes Jeunes en difficulté, Déficience intellectuelle et Dépendance, Déficience physique, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale et Santé publique. Toutefois, les programmes relatifs aux Services généraux et à la Santé physique en dispensent eux aussi, en complément de certains services. Enfin, ils figurent en bonne position parmi les services dispensés par les organismes communautaires, même si les secteurs, public comme privé, en offrent eux aussi (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006).

Les soins et services couverts par l'État

En accord avec les lois sur l'assurance maladie et sur l'assurance hospitalisation, le Québec offre une gamme, la plus complète possible, de services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. En ce sens, il respecte le principe d'intégralité dicté par la Loi canadienne sur la santé de 1984. Un résident du Québec hospitalisé au Québec peut donc s'attendre à recevoir, lorsqu'il en a besoin et sans rien débourser, divers services liés à son hébergement, à la prestation de services infirmiers, médicaux et chirurgicaux, aux services diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, ainsi qu'aux services des professionnels de la santé, comme des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, durant son hospitalisation. De même, un résident du Québec pourra s'attendre à obtenir certains services ambulatoires dispensés dans un centre hospitalier, sans toutefois y être hébergé : services cliniques de soins psychiatriques, soins médicaux d'urgence, chirurgies d'un jour, services de radiothérapie et divers services prodigués en clinique externe par des professionnels de la santé.

Les services d'un médecin généraliste ou spécialiste offerts et couverts par l'assurance maladie vont de l'examen, qui permet au médecin d'évaluer l'état de santé d'une personne, aux actes thérapeutiques, chirurgicaux, radiologiques, anesthésiques ou psychiatriques, en passant par la consultation et les services diagnostiques. Ces services sont couverts sans égard au lieu où ils sont dispensés (par exemple, centre hospitalier, cabinet du médecin ou domicile du patient). Par contre, les services de laboratoire et certains examens très spécialisés (par exemple, échographie, tomographie) ne sont couverts que s'ils ont lieu dans un centre hospitalier. D'autres types de services sont, eux aussi, dispensés à certaines conditions, comme les services dentaires — pour tous en cas de chirurgie buccale pour traumatisme et pour les enfants de moins de 10 ans en cas de maladie —, les services des optométristes — offerts aux personnes de moins de 18 ans et à celles de 65 ans ou plus —, ou encore l'achat, l'ajustement et le remplacement d'appareils suppléant à une déficience physique, auditive ou visuelle.

Cette couverture publique varie peu d'une province à l'autre au Canada, bien que certains régimes offrent davantage de services, des services dentaires par exemple. Tout comme le Québec, la majorité des provinces ne rembourse pas, à quelques exceptions près, les honoraires de professionnels tels que psychologues, physiothérapeutes, chiropraticiens, massothérapeutes, naturopathes, ostéopathes, acupuncteurs et autres professionnels exerçant leurs activités à l'extérieur du milieu hospitalier.

Le Québec est la seule province à disposer d'un Régime général d'assurance médicaments, qui comprend deux grands volets : les Québécoises et Québécois couverts par des régimes privés collectifs offerts à l'intérieur de l'emploi ou de la profession et les Québécoises et Québécois qui ne sont pas couverts par un des régimes privés et qui sont assurés par le régime public, soit les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires de l'assistance-emploi ainsi que les adhérents (des travailleurs de petites entreprises, des travailleurs autonomes et des préretraités).

La plupart des provinces offrent des soins à domicile, parfois avec une contribution du patient, selon leur capacité financière, mais, en général, la disponibilité de ce type de services est limitée. Au Québec, comme ailleurs au Canada, un faible pourcentage des dépenses totales en santé sont des dépenses publiques consacrées aux soins de première ligne fournis par les professionnels de la santé autres que les médecins, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et les travailleurs sociaux (ICIS, 2007). De plus, certains professionnels de la santé qui fournissent des soins de première ligne, autres que les médecins, exercent en CLSC.

Quant aux services sociaux de première ligne, ils ne sont pas assurés par le régime d'assurance maladie. Les seuls secteurs où la loi astreint à en offrir sont les services publics de la protection de la jeunesse et le système de justice pénale pour adolescents. La Loi sur les services de santé et les services sociaux garantit, cependant, l'accès à des services psychosociaux. Dispensés dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et mis en œuvre en milieu scolaire, ils s'adressent à toute la population — enfants, jeunes, parents, couples et familles, adultes avec une autonomie diminuée ou un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé. Ces services sont destinés, en priorité, aux populations considérées comme « vulnérables » : il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de suivi ainsi que de recommandation vers des services spécialisés. Enfin, dans chacune des régions du Québec, les CLSC offrent à la population des services et des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies : ils s'adressent à diverses problématiques, à savoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail.

Le contexte légal encadrant le système de santé et de services sociaux

Comme tout système de santé financé par l'État, plusieurs lois encadrent le système de santé et de services sociaux du Québec ; celles-ci ont un impact majeur sur la façon dont le système est structuré et sur les services offerts. À l'échelle canadienne, le fondement même du régime public universel découle de l'adoption de la Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, qui a balisé la couverture par l'État des services hospitaliers et, ensuite, du Régime d'assistance publique du Canada, créé en 1966 afin d'assurer des services qui, jusqu'alors, n'étaient pas couverts. Enfin, en 1968, la Loi sur les soins médicaux est venue encadrer l'offre des régimes d'assurance maladie de base. Au Québec, le système de santé et de services sociaux public a pris naissance avec la Loi sur l'assurance hospitalisation, couvrant d'abord les soins hospitaliers et, par la suite, avec la Loi sur l'assurance maladie, assurant la couverture des soins médicaux. Ces deux lois visaient à garantir, à toutes les Québécoises et à tous les Québécois, des soins de santé de la meilleure qualité possible, sans égard à leur capacité de payer. Pour encadrer ce régime, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, adoptée en 1972, a mené à la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de services sociaux (CSS) et des départements de santé communautaire (DSC).

Suivant cette consolidation des régimes publics, au Québec et ailleurs au Canada, le gouvernement fédéral participe au financement des services de santé au moyen de la Loi canadienne sur la santé (LCS) instaurée en 1984. Cette loi fixe cinq conditions que doivent respecter les régimes des provinces, soit garantir une gestion publique des systèmes de santé, l'intégralité de l'offre des services médicalement requis, l'universalité de la couverture dans la population, la transférabilité[1] entre les provinces et l'accessibilité des services. La condition d'intégralité suppose que le régime provincial ou territorial couvre tous les services de santé médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires — les régimes provinciaux et territoriaux étant seuls responsables d'établir la nature de ces services (Loi canadienne sur la santé, *Rapport annuel de gestion 2006-2007* du MSSS).

1. La transférabilité se définit comme la possibilité d'obtenir des soins de santé remboursés par les systèmes publics dans une autre province que celle de résidence de la personne.

> LES RÉCENTES CONSTATATIONS RELATIVES À LA PERFORMANCE

Généralement, les systèmes de santé des pays industrialisés ont fait l'objet de plusieurs études qui en comparent la performance dans divers pays à l'aide d'indicateurs et de tableaux de bord. Par contre, peu d'études se sont penchées spécifiquement sur la performance du système québécois. Si les rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) examinent les multiples indicateurs ayant trait au système de santé et de services sociaux, les comparaisons demeurent difficiles, étant donné le manque de données disponibles ou comparables (particulièrement dans le cas du Québec) et le fait que ces analyses sont, principalement, descriptives.

Néanmoins, les constatations à tirer des comparaisons entre les différents systèmes de santé provinciaux se révèlent pertinentes. Diverses études ont mis en relief les problèmes de productivité qui se traduisent par des difficultés d'accès à divers niveaux, en particulier en ce qui concerne la première ligne et les soins chirurgicaux et diagnostiques. Cette observation particulière est apparente malgré des investissements substantiels sur les plans financier et humain, mais faibles sur le plan des ressources technologiques soutenant les soins et la pratique clinique. Au Canada, ces problèmes de performance sont particulièrement aigus du côté des soins pour les malades chroniques et les personnes en perte d'autonomie, les systèmes de santé étant plutôt axés sur les soins de premier contact et les besoins ponctuels en services médicaux (voir les encadrés des pages 24 et 25).

LE QUÉBEC SE SITUE DANS LA MOYENNE DES PROVINCES, DANS UN PAYS OÙ DES PROBLÈMES DE PERFORMANCE ONT PAR AILLEURS ÉTÉ SOULEVÉS.

À l'aide de deux études récentes menées à l'échelle des dix provinces du Canada, nous pouvons toutefois faire certaines constatations initiales quant à la performance du système de santé et de services sociaux québécois. En 2006, le Conference Board of Canada a publié une comparaison de divers indicateurs (voir l'encadré de la page 24). Bien que plusieurs indicateurs ne soient pas disponibles pour le Québec, cette étude suggère une performance moyenne, la conclusion principale affirmant que le Québec se situe dans la moyenne des provinces, dans un pays où des problèmes de performance ont par ailleurs été soulevés. En 2008, le Canada Health Consumer Index (voir l'encadré de la page 24) suggère des problèmes de performance au Québec, du côté des soins de première ligne et de leurs effets, et il range globalement la province en queue de peloton. Néanmoins, vu son taux nettement inférieur de ressources, les rapports de résultats en fonction des coûts placent le Québec au deuxième rang.

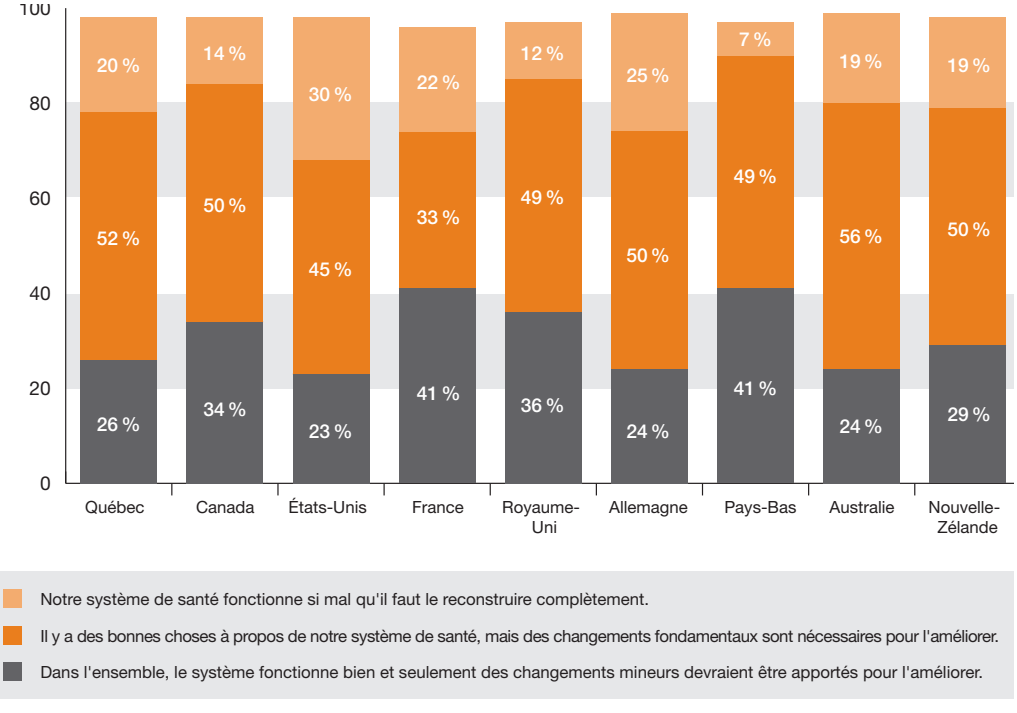
Finalement, pour le Québec, les données que nous avons tirées du Sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008[2] suggèrent que près d'une personne présentant des problèmes de santé sur cinq estime que le système est entièrement à rebâtir (Figure 3) et environ une personne sur quatre croit que le système fonctionne bien et que seuls des changements mineurs sont nécessaires. Force est de constater que les attentes à l'égard du système et des améliorations à y apporter sont grandes, à l'instar des autres pays comparés. Ces attentes élevées reflètent les problèmes de performance mis en relief par les appréciations de la performance du système de santé canadien. Selon ces données, les répondants québécois perçoivent de plus grands défis pour le système de santé que ne le font les répondants de plusieurs des pays comparés.

PRÈS D'UNE PERSONNE PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUR CINQ ESTIME QUE LE SYSTÈME EST ENTIÈREMENT À REBÂTIR ET ENVIRON UNE PERSONNE SUR QUATRE CROIT QUE LE SYSTÈME FONCTIONNE BIEN ET QUE SEULS DES CHANGEMENTS MINEURS SONT NÉCESSAIRES.

Figure 3

Perception par rapport au système de santé, population présentant des problèmes de santé, Québec, Canada et autres pays, 2008

Lequel des énoncés suivants se rapproche le plus de votre vision globale du système de santé ?



Note : Les données sont standardisées pour refléter la structure d'âge et de sexe des personnes hospitalisées ou ayant subi une intervention chirurgicale ambulatoire au Québec. Ainsi, les valeurs présentées en ce qui concerne le Canada et les autres pays ne reflètent pas leur situation réelle, mais plutôt le score qu'ils auraient obtenu s'ils avaient connu la structure d'âge et de sexe des personnes hospitalisées ou ayant subi une intervention chirurgicale ambulatoire au Québec.

Source : « The Commonwealth Fund's 2008 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eight Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et Ontario Health Quality Council.

2. Ces données ont été calculées par le Conseil canadien de la santé à la demande du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Parmi les 3 003 Canadiens qui ont répondu à cette enquête, 734 venaient du Québec. Les données présentées ne sont pas pondérées.

Le *Panorama de la santé* de l'OCDE

En 2007, l'Organisation de coopération et de développement économiques a publié 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 cette analyse, le Canada se classe favorablement, 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, ainsi que pour la mortalité prématurée. Néanmoins, globalement, le Canada, malgré son taux élevé de dépenses, ne figure pas parmi les pays qui présentent les meilleurs états de santé et son rang serait moins favorable à l'égard de plusieurs indicateurs.

Le Sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund

Le Commonwealth Fund — une fondation américaine vouée à la promotion d'un système de soins de santé performant — a mené diverses enquêtes sur la satisfaction à l'égard de multiples aspects des soins de santé et de l'organisation des services médicaux au cours des dernières années. Le Sondage international sur les politiques de santé est fait chaque année en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France, aux États-Unis et au Canada. Les enquêtes du Commonwealth Fund classent défavorablement le Canada (The Commonwealth Fund, 2006). En effet, dans cette analyse portant sur un ensemble d'indicateurs — qualité des soins, accès aux soins, efficience, équité et état de santé —, le Canada se classe au cinquième et au sixième 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 troisième rang. Autre point positif, le Canada se classe bien à l'égard des barrières économiques à l'accès aux soins, suivant de près l'Angleterre, qui compte les plus faibles proportions de répondants déclarant des besoins en matière de soins qui ne sont pas comblés ou des problèmes d'observance du traitement pour raison économique. Par contre, les indicateurs sont moins favorables à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques et de l'accès aux soins en temps opportun, de même que du côté de l'organisation des soins de première ligne (Schoen et *al.*, 2006). En 2007, l'enquête a été menée auprès de la population générale en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne, aux États-Unis et au Canada. Grâce à une collaboration entre le Commissaire, le Commonwealth Fund et le Conseil canadien de la santé, cette enquête a permis de calculer des indicateurs spécifiques du Québec que nous rendons publics dans le présent document.

Healthy Provinces, Healthy Canadians : A Provincial Benchmarking Report

Le Conference Board of Canada, une organisation à but non lucratif, a récemment publié un rapport comparant les provinces selon plus de 70 indicateurs relatifs à l'état de santé, aux résultats des soins ainsi qu'à l'utilisation et à la performance des soins (The Conference Board of Canada, 2006). Pour le Québec, ces observations révèlent des indicateurs défavorables à l'égard des taux d'incidence et de mortalité pour certains cancers, la proportion de la population affiliée à un médecin de famille, la proportion de femmes ayant passé un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus et l'attente pour une chirurgie élective. Globalement, le Québec se place au cinquième rang, mais sa position est plus favorable pour l'état de santé (deuxième rang) et l'utilisation des services et la performance (troisième rang) que pour les indicateurs portant sur les résultats de soins (dixième rang). Le rapport fait également ressortir le manque de disponibilité des données à l'égard de plusieurs indicateurs. Si nous examinons certains indicateurs dans plusieurs pays, les constatations suggèrent une performance canadienne peu enviable pour le score global (onzième rang) ainsi qu'à l'égard des états de santé (quatorzième rang) et des résultats des soins (quinzième rang). Si le Canada se range mieux à l'égard de l'espérance de vie, de l'état de santé perçu et de certains indicateurs de mortalité, d'autres indicateurs demeurent préoccupants, comme le taux d'obésité, la mortalité infantile, le cancer du poumon chez la femme, le cancer du sein et le cancer colorectal.

Le Canada Health Consumer Index 2008

Le Canada Health Consumer Index — préparé par les groupes de réflexion Frontier Centre for Public Policy et Health Consumer Powerhouse (2008) — offre une analyse comparative de la performance de systèmes de santé des provinces canadiennes à l'aide d'indicateurs reflétant la perspective des consommateurs. Cette étude regroupe des indicateurs relatifs aux droits et à l'information des patients, aux soins de première ligne, aux temps d'attente, aux résultats des soins et à l'étendue des services offerts. Pour chaque indicateur, la méthode utilisée consiste à catégoriser les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, en trois scores. Ceux-ci sont ensuite agrégés pour calculer un index pour chaque dimension, puis un score global pondéré, où les sous-dimensions relatives aux résultats des soins et aux temps d'attente bénéficient d'un poids relatif plus grand. L'analyse à l'échelle des provinces suggère que le Québec se classe au premier rang pour les temps d'attente, mais au dernier pour les soins de première ligne et les résultats des soins. Selon la méthode utilisée, le Québec se situe au huitième rang pour le score global de performance, mais au deuxième rang si nous tenons compte du niveau de dépenses. Cette récente analyse à l'échelle du Canada fait suite à une analyse réalisée à l'échelle internationale par ces mêmes organisations et adoptant une méthode similaire (Health Consumer Powerhouse et Frontier Centre for Public Policy, 2008). Les principales observations révèlent que le Canada connaît de grands défis du côté des temps d'attente, des droits et de l'information des patients, malgré des résultats de soins plus favorables.

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

LE CHOIX DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS COMME SUJET DE NOTRE PREMIER RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE S'EST FACILEMENT IMPOSÉ. DE FAIT, BON NOMBRE DE COMMISSIONS D'ENQUÊTE, D'ÉTUDES ET D'EXPÉRIENCES À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE ONT MIS EN ÉVIDENCE SON RÔLE PRIMORDIAL DANS LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ, NOTAMMENT LE TOUT RÉCENT RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE DE L'OMS (2008) INTITULÉ *LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES — MAINTENANT PLUS QUE JAMAIS*.

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS



En outre, de multiples études ont attiré l'attention sur son importance pour la santé des populations, plusieurs pays voyant même une relation entre la force de la première ligne et de meilleurs résultats du côté de la mortalité prématurée (Starfield, 1998 ; Macinko et *al.*, 2003). Tous ces travaux suggèrent que les systèmes de santé qui ont une première ligne forte atteignent de meilleurs résultats et à moindres coûts. Sur le plan financier, une première ligne bien organisée représente ainsi un investissement qui permet de maximiser l'impact des ressources affectées à la santé (Starfield et *al.*, 2005).

LES SYSTÈMES DE SANTÉ QUI ONT UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE ATTEIGNENT DE MEILLEURS RÉSULTATS ET À MOINDRES COÛTS.

La présente section offre une description de la première ligne de soins au Québec, y compris diverses données spécifiques de celle-ci. Nous y examinons les constatations des commissions et comités récents, diverses études et travaux d'appréciation de la performance pour comparer la première ligne de soins et mieux comprendre ses forces et ses faiblesses. Après avoir défini la première ligne de soins, nous présentons les ressources qui y sont consacrées, puis les problèmes décelés, de même que les réformes en cours. En dernier lieu, nous exposons les observations tirées de notre analyse de l'information et des études existantes.

> UNE VUE D'ENSEMBLE DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

Qu'est-ce que la première ligne de soins ?

La notion de première ligne correspond à un premier niveau de services — ou de premier contact — s'adressant aux problèmes de santé courants, desservant un grand nombre de personnes et dispensés directement dans la communauté (Frenk et Gonzalez-Block, 1992 ; OMS, 2000). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce sont des services de premier niveau, d'accès universel, assurés avec la pleine participation de la collectivité et offerts à un coût raisonnable. Étant donné le large éventail de problèmes de santé et les multiples facteurs pouvant amener à recourir à la première ligne, on fait appel à toute une gamme de professionnels pour dispenser ces services, à savoir médecins de famille, infirmières, travailleurs sociaux, optométristes, audiologistes, psychologues, ambulanciers, dentistes, sages-femmes, infirmières praticiennes, etc. (Wilson, Shortt et Dorland, 2004).

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE REPRÉSENTENT LE PRINCIPAL POINT DE CONTACT DE LA POPULATION AVEC LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

Dans le contexte québécois, les services de première ligne représentent le principal point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Tout un continuum de services y sont établis, allant de la promotion de la santé, à la prévention des maladies et des blessures, ainsi qu'aux services diagnostiques, curatifs, de réadaptation et de soutien, de même qu'aux services palliatifs (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Il s'agit, en fait, des services médicaux et sociaux généraux qui doivent être offerts dans tous les territoires locaux. Les services de première ligne permettent ainsi de répondre à la majorité des besoins de soins courants d'une communauté.

Il en découle que la première ligne réfère à l'existence d'autres lignes de services et qu'elle s'inscrit dans une hiérarchie où les personnes sont guidées d'une ligne à l'autre selon l'évolution d'un problème de santé ou le degré de spécialité ou d'intensité de services requis (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). C'est pourquoi on accorde souvent à la première ligne la fonction de porte d'entrée du système de santé et de services sociaux, de même que les fonctions de liaison et de coordination avec les autres composantes du système. Dans plusieurs cas, ces services constituent également un filtre d'accès aux services plus spécialisés.

DANS LE CONTEXTE DE NOS TRAVAUX, NOUS N'AVONS CONSIDÉRÉ COMME FAISANT PARTIE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE QUE LES SERVICES DE PREMIER CONTACT PRODIGUÉS PAR DES OMNIPRATICIENS OU DES MÉDECINS DE FAMILLE.

Parmi le vaste ensemble des services de santé et de services sociaux, les services de première ligne comprennent, notamment, les soins de premier contact, c'est-à-dire les services médicaux de dépistage, de consultation psychologique, de diagnostic et de traitement. La première ligne de soins s'adresse aux problèmes courants qui peuvent être réglés par une infrastructure diagnostique et thérapeutique de base. En quasi-totalité, ces services sont dispensés par des omnipraticiens qui travaillent en cabinet, dans les équipes médicales des CLSC ou dans les unités d'urgence des hôpitaux. À plusieurs égard, nous pouvons également intégrer certaines spécialités dans le champ de la première ligne de soins, lesquelles spécialités sont, elles aussi, orientées vers les soins de premier contact, dans la mesure où la clientèle peut y recourir de son propre chef pour obtenir un premier avis sur son état (par exemple, les pédiatres, les obstétriciens pour les suivis de grossesse et les dermatologues pour le diagnostic et le suivi de problèmes cutanés courants). Dans le contexte de nos travaux, nous n'avons considéré comme faisant partie des soins de première ligne que les services de premier contact prodigués par des omnipraticiens ou des médecins de famille.

Quelques aspects du développement de la première ligne de soins

L'organisation des services de première ligne a reçu une attention particulière au Québec relativement tôt par rapport aux autres provinces canadiennes (Bégin et *al.*, 1999). Dès les années 1970, la Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) proposait de créer des centres locaux de santé (CLS) comme base d'un système intégré de services de santé (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). Puis, en 1972, la Loi sur la santé et les services sociaux est venue élargir les responsabilités données au Centre local de services communautaires (CLSC), en y intégrant le volet social et en lui conférant une grande autonomie et une certaine indépendance.

Toutefois, cette conception d'une première ligne basée dans la communauté ne s'est que partiellement réalisée. Devant la forte opposition des médecins envers cette réforme et le salariat qu'elle entraînait, un réseau de cliniques privées s'est mis en place. Ces deux réseaux ont évolué parallèlement et ont abouti à l'ouverture de 147 CLSC et de plus de 800 cliniques privées, où les services médicaux sont financés par les fonds publics. Aujourd'hui, la pratique en cabinet (seul ou en groupe) demeure le modèle dominant, au Québec comme dans l'ensemble du Canada, pour la prestation de services médicaux de première ligne (Levesque et Bergeron, 2003 ; Hutchison, Abelson et Lavis, 2001).

En 1988, la Commission Rochon — suivie de plusieurs études allant dans le même sens — a mis l'accent sur le virage ambulatoire et l'intégration des services pour régler certains problèmes touchant le réseau hospitalier, mais n'a porté que peu d'attention aux lacunes de la première ligne (Bergeron, 1990). C'est toutefois dans le sillage de la réforme Rochon qu'ont été créés les départements régionaux de médecine générale (DRMG), qui ont pour mission l'organisation régionale de la première ligne de soins.

Les départements régionaux de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) est l'instance qui regroupe tous les omnipraticiens d'une région sociosanitaire. Conformément à l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le DRMG a la responsabilité, par son comité de direction et sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux, de recommander le plan régional des effectifs médicaux relatifs aux omnipraticiens ainsi que la liste des activités médicales particulières (AMP). Il lui revient aussi de définir le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, d'en assurer la mise en place ainsi que de définir et de proposer un réseau d'accès à ces soins (réseau de garde intégrée, garde en disponibilité pour les centres d'hébergement, programme de soins à domicile, etc.) et de faire des recommandations sur la nature de ces services. Enfin, le DRMG évalue l'atteinte des objectifs relativement à ces missions et se prononce sur toute question que lui confie l'Agence.

EN AOÛT 2008, 169 GMF ÉTAIENT DÉNOMBRÉS AU QUÉBEC ET 19 % DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE (PRÈS DE 1,5 MILLION DE PERSONNES) Y ÉTAIT INSCRITE.

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, appelée la commission Clair, concluait déjà que la pérennité et la revitalisation du système de santé et de services sociaux passaient par la réorganisation de la première ligne. Elle réitérait, elle aussi, que les CLSC devaient être le pivot de la première ligne. Cette réorganisation s'appuyait, en premier lieu, sur la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF), qui adoptent l'inscription comme base de recrutement de la clientèle. En outre, les GMF, de par les ententes constituantes qu'ils établissent avec les centre locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS), deviennent un moyen de resserrer les liens entre les cliniques privées et le réseau public de soins (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). En août 2008, 169 GMF étaient dénombrés au Québec et 19 % de la population québécoise (près de 1,5 million de personnes) y était inscrite (données factuelles du MSSS, août 2008). En décembre 2008, le nombre de GMF s'élève à 179 (source : site Internet du MSSS visité le 5 janvier 2009). De plus, une cinquantaine de GMF sont en processus d'agrément ou en préparation. Présents dans toutes les régions, les GMF font appel à 2 169 médecins de famille (1 599 ETC) et à plus de 280 infirmières. C'est la Montérégie qui compte le plus de GMF (29) ; elle est suivie de Montréal (20) et de la Capitale-Nationale (18). Pourtant, c'est Montréal qui connaît les plus petites proportions de résidents inscrits et de médecins de famille membres d'un GMF (6 % et 18 %, respectivement) (données factuelles du MSSS, août 2008). Au Québec, parmi les médecins de famille de première ligne, 32 % sont affiliés à un GMF (MSSS, 2008).

Qu'est-ce qu'un groupe de médecine de famille (GMF) ?

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15 000 personnes, regroupe 10 médecins en équivalent temps complet (ETC) ainsi que 2 infirmières ETC assurant une présence de 70 heures par semaine et 2 personnes ETC affectées au soutien administratif, plus le personnel habituel d'un cabinet ou d'un établissement. Le GMF offre à sa clientèle des services de médecine de famille : évaluation de l'état de santé, diagnostic et traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, prise en charge et suivi appropriés à la condition de santé, prévention des maladies et promotion de la santé. Les services y sont offerts du lundi au vendredi, sur rendez-vous et sans rendez-vous, et les samedis, dimanches et jours fériés sans rendez-vous. Une garde en disponibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine, est assurée par les membres du GMF pour les personnes qui sont dans une situation nécessitant des soins immédiats, en dehors des heures d'ouverture (Annexe II de la Convention entre un GMF et une agence).

L'OBJECTIF MINISTÉRIEL ÉTAIT D'IMPLANTER 300 GMF ET D'ATTEINDRE 70 % DE LA POPULATION INSCRITE D'ICI 2010.

L'objectif ministériel était d'implanter 300 GMF et d'atteindre 70 % de la population inscrite d'ici 2010 (MSSS, 2007). Cet objectif ne sera vraisemblablement pas atteint si l'on se fie au nombre de GMF et à la proportion de la population inscrite cités précédemment. Divers facteurs ont été invoqués pour expliquer les retards, comme la lourdeur des ententes administratives à négocier entre les médecins du GMF, les CLSC ainsi que les agences de la santé et des services sociaux, la mise en place tardive des systèmes d'information, de même qu'un manque de soutien envers les cliniques durant le processus d'instauration (Beaulieu et *al.*, 2006).

Dans la région de Montréal, un modèle complémentaire a été proposé, les cliniques-réseaux, pour désengorger les urgences des hôpitaux et faciliter l'accès des autres cliniques de première ligne aux plateaux techniques (laboratoire, radiologie) et aux services spécialisés, allégeant ainsi les pressions exercées sur les services hospitaliers. Les cliniques-réseaux offrent des services de radiologie et de laboratoire pour les cas urgents. Au départ, il était prévu d'en ouvrir de 15 à 20 ; en janvier 2006, on en comptait 13 et il y en a maintenant 27 sur l'île de Montréal (données disponibles dans le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal). Dans d'autres régions du Québec, des cliniques-réseaux ont aussi été implantées, mais sous des formes diverses.

Qu'est-ce qu'une clinique-réseau ?

Une clinique-réseau offre des services qui visent la prise en charge continue et intégrée de la clientèle, surtout de la clientèle vulnérable, et l'accessibilité en tout temps aux soins de première ligne de même qu'aux plateaux techniques en recours urgent et à la consultation spécialisée (MSSS, 2006). Les cliniques-réseaux situées sur l'île de Montréal incluent des services de radiologie et de laboratoire pour les cas urgents. Ces cliniques sont accessibles, sans rendez-vous, 7 jours sur 7, même les jours fériés, à raison de 12 heures par jour, les jours de semaine, et de 8 heures par jour, les jours de fin de semaine et les jours fériés. Par rapport aux GMF, la clinique-réseau ajoute ainsi une gamme plus étendue de services, soit un plateau technique de base ainsi qu'un accès aux services spécialisés.

Dans la région de la Capitale-Nationale, une clinique-réseau est un regroupement de médecins (minimum 20) qui pratiquent en cabinet, en centres de santé et de services sociaux (CSSS), en unité de médecine familiale (UMF) ou en GMF. Ils s'engagent ensemble à assurer des services pour la population d'un territoire donné. Les services offerts sont la consultation sans rendez-vous et la prise en charge.

LES CSSS ONT LE MANDAT D'ASSURER LA COORDINATION ET L'INTÉGRATION DES SERVICES, NOTAMMENT AVEC LA PREMIÈRE LIGNE, AINSI QUE CELUI DE CRÉER DES RÉSEAUX LOCAUX.

Plus récemment, en 2005, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux a créé les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS), qui doivent amener les intervenants d'un même territoire à améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts à leur population dans le but de rapprocher les services des citoyens. Chaque réseau local comprend une instance locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS), lequel regroupe les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les CLSC et, dans une majorité de cas, un centre hospitalier (CH). Ces nouvelles organisations que sont les CSSS ont le mandat d'assurer la coordination et l'intégration des services, notamment avec la première ligne, ainsi que celui de créer des réseaux locaux. En outre, les CSSS doivent convenir d'ententes avec les cabinets privés de leur territoire (MSSS, 2005). Le Québec compte à présent 95 CSSS.

Quelles sont nos ressources médicales de première ligne ?

LE QUÉBEC BÉNÉFICIE ÉGALEMENT D'UN NIVEAU MOYEN DE RESSOURCES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE.

Près de 7 900 omnipraticiens pratiquent au Québec (Savard et Rodrigue, 2007 ; MSSS, 2008). Selon des données récentes, le ratio de médecins de famille et le ratio de spécialistes par habitant au Québec sont les plus élevés au Canada, bien qu'ils ne soient pas beaucoup plus élevés et se situent près de la moyenne canadienne. Puisque le Canada se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE pour ces deux indicateurs, c'est dire que le Québec bénéficie également d'un niveau moyen de ressources médicales de première ligne et spécialisées comparativement à divers pays de l'OCDE. Si, vers la fin des années 1990, avec le programme de départ à la retraite et la réduction des admissions en médecine, le nombre de médecins a régressé, la situation s'est rétablie au cours des dernières années (Contandriopoulos et *al.*, 2007). De fait, ces dernières années, le nombre d'admissions en médecine et le nombre de médecins formés à l'étranger ayant obtenu un droit de pratique au Québec se sont accrus. Par ailleurs, le nombre d'admissions en résidence des médecins diplômés à l'étranger a augmenté (données fournies par la CREPUQ). Au Québec, un médecin de famille sur dix aurait été formé dans une université à l'extérieur du Canada (ICIS, 2007).

Les admissions en médecine

De 406 admissions en 1998-1999, ce nombre a graduellement augmenté depuis lors pour atteindre 772 en 2007-2008 (MSSS, 2008). En 2008, plus de 700 candidats ont été admis dans un programme de résidence dans les facultés de médecine, une hausse de 12 % par rapport à 2007 et de 60 % par rapport à 2003 (données fournies par la CREPUQ, 9 septembre 2008).

En revanche, la population d'omnipraticiens vieillit, l'âge moyen se situant à 48 ans en 2006, soit dans la moyenne canadienne. Au Québec, seulement 14 % des omnipraticiens ont 35 ans ou moins et 28 % sont âgés de 36 à 45 ans ; les plus de 45 ans sont plus nombreux : 35 % sont âgés de 46 à 55 ans, 18 % le sont de 56 à 65 ans et près de 6 % ont 66 ans ou plus (Savard et Rodrigue, 2007). De fait, entre 1994 et 2002, la proportion des omnipraticiens de moins de 35 ans a reculé, tandis que celle des omnipraticiens âgés de 55 à 70 ans est passée de 14 % à 17 % (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé dans les autres provinces canadiennes (Sondage national des médecins, 2007).

Autre phénomène, la féminisation de la profession médicale, qui s'accentue. La proportion de médecins de famille de sexe féminin au Québec est estimée à 45 %, alors qu'elle était d'environ 32 % en 1994 (Savard et Rodrigue, 2007 ; Contandriopoulos et *al.*, 2007). Ce phénomène est plus marqué au Québec, 37 % des médecins de famille étant des femmes au Canada. Toutefois, cette proportion est inférieure chez les spécialistes, qui comptent 32 % de femmes (Sondage national des médecins, 2007). Cette féminisation est encore plus manifeste chez les jeunes médecins, avec près des trois quarts des médecins de famille âgés de moins de 35 ans qui sont de sexe féminin (Contandriopoulos et *al.*, 2007).

Le sondage national des médecins

Tous les trois ans, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada réalisent le sondage national des médecins. Celui-ci s'adresse à tous les médecins titulaires d'un permis d'exercice au Canada. Le dernier sondage date de 2007. Le questionnaire comporte diverses questions relatives à la pratique, notamment la spécialité, les lieux de formation et de pratique, la formation continue, la collaboration interprofessionnelle, l'accessibilité des soins pour les patients, l'étendue de l'offre de services et de techniques médicales, les heures de pratique, la rémunération, l'évolution attendue de leur pratique, l'utilisation des technologies de l'information et la satisfaction professionnelle. Au Québec, 32,6 % des médecins admissibles (N = 7 890) ont répondu au sondage de 2007 (moyenne canadienne : 32,1 %). Dans l'ensemble, les répondants sont représentatifs de l'ensemble des médecins de famille du Québec, exception faite d'une plus grande proportion de femmes ayant répondu à l'enquête (51,2 %) par rapport à la proportion de femmes médecins au total (44,3 %)[3].

3. Les données du sondage national des médecins utilisées dans le présent rapport proviennent des données originales de la Base de données du Sondage national des médecins recueillies par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). L'étude a également bénéficié du soutien de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada. L'étude et toutes les données qui y sont contenues sont protégées par droits d'auteur et sont la propriété du CMFC/de l'AMC/du CRMCC, et ne peuvent être copiées ni reproduites, en tout ou en partie, sans la permission du CMFC/de l'AMC/du CRMCC.

Où les médecins de famille travaillent-ils ?

Au Québec, les soins directs aux patients représentent environ 90 % des activités des médecins de famille. On estime qu'environ les deux tiers de ces activités cliniques sont faites en première ligne — soit 46 % en cabinet, 14 % en CLSC et 3 % à domicile — et un tiers en milieu hospitalier (Fournier et Contandriopoulos, 2005). Le sondage national des médecins révèle que 62 % des médecins de famille canadiens indiquent exercer principalement dans un cabinet ou une clinique privée. Près de la moitié des médecins de famille québécois pratiquent en centre hospitalier, plus d'un quart le font en salle d'urgence et plus de 10 %, en cliniques sans rendez-vous (Sondage national des médecins, 2004).

LA PROPORTION DE MÉDECINS EXERÇANT EN CABINET A NETTEMENT RÉGRESSÉ ; DE PLUS, CEUX QUI TRAVAILLENT EN CABINET OU EN CLINIQUE PRIVÉE Y CONSACRENT UNE PLUS FAIBLE PART DE LEUR PRATIQUE.

Par ailleurs, ces dernières années, les activités des omnipraticiens en première ligne ont reculé, surtout chez les moins de 35 ans, qui auraient réduit de 10 % cette pratique, probablement en faveur de la seconde ligne (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Autre changement, la proportion de médecins exerçant en cabinet a nettement régressé de 1996 à 2006, passant de 78 % à 70 % ; de plus, ceux qui travaillent en cabinet ou en clinique privée y consacrent une plus faible part de leur pratique (*Idem*). De fait, nous constatons qu'un peu plus d'une clinique sur trois seulement bénéficie d'une forte présence des médecins, d'après leur nombre d'heures passées sur place (Hamel et *al.*, 2007). Diverses raisons sont invoquées pour expliquer le phénomène : la hausse des coûts de fonctionnement de la pratique en cabinet, la difficulté d'accéder aux plateaux techniques ou les exigences liées aux activités médicales particulières (voir l'encadré). Tous ces aspects résultent en une réduction de la pratique médicale en cabinet de première ligne au Québec.

Les activités médicales particulières (AMP)

Mises en place au départ pour pallier la pénurie de médecins de famille dans les services d'urgence, les activités médicales particulières couvrent maintenant un ensemble de services pour lesquels des lacunes sont constatées. Tous les médecins de famille sont concernés par les AMP. Actuellement, la quantité d'AMP exigée est de 12 heures par semaine pour les médecins de famille ayant 15 ans de pratique ou moins, de 6 heures par semaine pour ceux ayant de 15 à 20 ans de pratique, et modulée en fonction des capacités et des types de pratique pour ceux ayant plus de 20 ans de pratique. À défaut d'effectuer leur AMP, le médecin de famille verra sa rémunération réduite de 30 % pour toutes les activités en cabinet privé. Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) sont chargés de faire des recommandations à l'agence régionale quant aux AMP et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'agence. Par ordre décroissant de priorité, les AMP comprennent les services médicaux dispensés dans un service d'urgence ; les soins aux usagers admis en soins de courte durée ou en soins intensifs ; les services médicaux impliquant une garde en disponibilité en CHSLD ou un soutien à domicile ; les services en obstétrique ; les soins de première ligne auprès des groupes de clientèle vulnérable ; et toute autre activité particulière déterminée par l'agence de chacune des régions sociosanitaires.

Quant aux CLSC, la proportion des médecins omnipraticiens y pratiquant s'est accrue, passant de 23 % à plus de 28 % de 1996 à 2006 (Savard et Rodrigue, 2007). Or, comme ce sont surtout des médecins y exerçant 25 % ou moins de leur temps, cela n'a pas donné lieu à un accroissement significatif des services offerts en CLSC. En outre, ces dernières années, la proportion d'omnipraticiens qui exercent dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) est demeurée stable, à 17 %, tout comme la proportion de ceux qui exercent en contexte hospitalier, laquelle se situe à environ 57 % ; la proportion de ceux qui exercent dans les unités d'urgence a toutefois reculé de 28 % à 25 % (*Idem*). Néanmoins, le travail accompli dans ces types d'établissements représente une part croissante du revenu des médecins, ce qui laisse supposer que l'offre de services s'accroît dans le secteur hospitalier, au détriment des cabinets où se donnent les soins de première ligne.

Dans les centres urbains par rapport aux autres régions, les médecins de famille travaillent moins auprès des patients hospitalisés, davantage en cabinet, et plus souvent sur le mode sans rendez-vous. Par contre, les médecins de famille des centres urbains de moyenne et de petite taille sont beaucoup plus présents à l'urgence et auprès de patients hospitalisés, au détriment de la première ligne (Contandriopoulos et *al.*, 2007).

La distribution géographique des soins de première ligne

ENVIRON 86 % DE LA POPULATION RÉSIDE DANS UNE COMMUNAUTÉ COMPTANT SUR PLACE DES POINTS DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE.

Dans un contexte géographique comme celui du Québec, caractérisé par de grandes distances entre les centres urbains et de nombreuses régions à faible densité de population, la distribution géographique des médecins représente un enjeu réel. Cependant, des données provenant d'un programme de recherche sur l'organisation de la première ligne témoignent d'une bonne accessibilité géographique pour la majorité des communautés (Gauthier et *al.*, à paraître). En effet, environ 86 % de la population réside dans une communauté comptant sur place des points de services de première ligne. Malgré l'absence de points de services sur place, le reste de la population habite plutôt dans des communautés situées, en moyenne, à un temps de déplacement en voiture de moins de 30 minutes, par rapport aux points de services, pour la plupart des régions. Y font exception la Côte-Nord, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, étant donné que plusieurs de leurs communautés ne sont pas accessibles par voie terrestre. Certaines de ces communautés, ainsi que d'autres au Saguenay—Lac-Saint-Jean, en Mauricie et Centre-du-Québec et en Abitibi-Témiscamingue demeurent en deçà de ce seuil d'accessibilité géographique pour les soins de première ligne (Pong et Pitblado, 2001 ; Rourke, 2008).

Le nombre de points de services à proximité varie beaucoup à l'intérieur de chaque région ; il est lié à la répartition de la population sur le territoire (Gauthier et *al.*, 2008). Les régions universitaires[4] et celles à leur périphérie, en particulier la Capitale-Nationale, Laval et Montréal, offrent les plus fortes concentrations de points de services de première ligne. En revanche, dans les régions intermédiaires et éloignées, ce nombre de points de services diminue en fonction de l'éloignement des régions universitaires (*Idem*). Cela illustre bien l'une des différences fondamentales entre les régions urbaines densément peuplées et les régions éloignées : les premières bénéficient d'un plus grand choix en matière de services de première ligne. Néanmoins, contrairement à une opinion répandue, il y a souvent plus de médecins de famille par habitant dans les régions rurales et éloignées que dans les grandes agglomérations (Sondage national des médecins, 2004). Au Québec, la situation est similaire, les régions éloignées présentant des ratios par médecin plus favorables que ceux des centres urbains et des régions périphériques (Savard et Rodrigue, 2007).

Toutefois, il ne faudrait pas en conclure que la première ligne est automatiquement plus accessible dans les territoires ruraux du Québec, car la dispersion de la population, l'étendue du territoire à desservir et le nombre d'établissements à maintenir en fonction influent fortement sur le nombre de médecins nécessaires. En effet, si nous regardons la proportion du temps que les omnipraticiens consacrent à la deuxième ligne[5], nous constatons qu'elle est plus forte dans les régions rurales, éloignées ou isolées. En tenant compte du temps réellement passé en première ligne, nous observons que les différences quant à la distribution géographique des omnipraticiens tendent à s'amenuiser.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Avant de s'installer dans une région donnée, les omnipraticiens doivent obtenir un avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM). Ce sont ces PREM qui établissent, pour chaque région administrative, une cible pour le recrutement d'omnipraticiens, ce qui permet de répartir équitablement l'ajout d'effectifs en médecine générale. Ces plans sont revus chaque année en fonction des écarts observés entre les effectifs en place et les besoins à combler. Ils tiennent compte de la mobilité des médecins en exercice et du nombre attendu de nouveaux médecins. Depuis 2004, une entente particulière conclue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) assure le respect des PREM. Ainsi, selon les conditions de son avis de conformité, le médecin doit effectuer 55 % et plus de sa pratique totale dans la région visée. Un médecin qui s'installe sans obtenir un avis de conformité au PREM est sujet à des pénalités sur le plan financier. Globalement, le taux d'atteinte des PREM a été satisfaisant d'année en année parmi les régions du Québec. Toutefois, dans certaines régions éloignées, le recrutement de nouveaux médecins de famille semble demeurer une tâche fastidieuse.

4. Une description des regroupements de régions est disponible dans le document intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*.

5. La deuxième ligne de soins inclut des activités prodiguées en centre hospitalier ou à la suite de la recommandation d'un professionnel de la santé. La notion de deuxième ligne de soins se distingue ainsi de celle de première ligne de par le fait que les activités de première ligne représentent le premier point de contact des personnes avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Autre facteur à considérer, la grande mobilité de la clientèle et des professionnels dans leur pratique, qui constitue un phénomène important, surtout dans les zones urbaines. Une étude suggère que la proportion de personnes recevant habituellement les soins médicaux de première ligne auprès d'une clinique de leur territoire de CSSS varie de 42,6 % à 76,7 % sur l'île de Montréal et de 70,7 % à 93 % en Montérégie (Hamel et *al.*, 2007). En corollaire, la proportion des clients de cliniques médicales, qui viennent du territoire de la clinique, varie de 36,2 % à 87,1 % à Montréal et de 74,2 % à 89,2 % en Montérégie (*Idem*). Par conséquent, certains territoires de CSSS sont confrontés à une situation où les résidents obtiennent la majorité des services dans un autre territoire et où les cabinets médicaux desservent des résidents venant principalement de l'extérieur du territoire.

CERTAINS TERRITOIRES DE CSSS SONT CONFRONTÉS À UNE SITUATION OÙ LES RÉSIDENTS OBTIENNENT LA MAJORITÉ DES SERVICES DANS UN AUTRE TERRITOIRE ET OÙ LES CABINETS MÉDICAUX DESSERVENT DES RÉSIDENTS VENANT PRINCIPALEMENT DE L'EXTÉRIEUR DU TERRITOIRE.

Comment sont organisés les soins de première ligne ?

Contrairement à une opinion très répandue, une minorité de médecins de famille au Canada travaillent seuls (25 %), la majorité travaillant au sein de groupes de médecins (61 %) (Kirby, 2002 ; Sondage national des médecins, 2004). Le Sondage national des médecins de 2007 révèle que 17 % des répondants au Québec indiquent comme principal lieu de prestation une clinique en solo, 48 %, un groupe de médecins, et 32 %, une pratique interprofessionnelle. La pratique en solo est moins répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada, et la pratique interprofessionnelle est plus fréquente (Sondage national des médecins, 2007). Au regard de la répartition des divers types de cliniques, une étude menée en 2005 dans deux régions populeuses du Québec (Montréal et la Montérégie) suggère que, dans 27 % des cas, il s'agit de cabinets en solo, dans 53 % des cas, d'un cabinet privé où travaille un groupe de médecins, dans 6,7 % des cas, d'un GMF et que, dans 13 % des cas, il s'agit d'une clinique de CLSC (Hamel et *al.*, 2007). En ce qui concerne la perception des utilisateurs, c'est près de 90 % qui déclarent que les médecins travaillent en groupe à leur source habituelle de soins et près de 80 % d'entre eux déclarent qu'ils peuvent y voir un autre médecin en l'absence du leur (Levesque et *al.*, 2007b).

SEULEMENT UN MÉDECIN DE FAMILLE SUR TROIS TRAVAILLE HABITUELLEMENT AVEC UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE.

Au Canada, le sondage national des médecins nous apprend aussi qu'environ 24 % des médecins interviewés déclarent, comme lieu principal de pratique, un groupe interprofessionnel. De plus, seulement un médecin de famille sur trois travaille habituellement avec une équipe multidisciplinaire et un seul cabinet médical sur quatre a recours régulièrement aux services de cliniciens autres que des médecins dans la gestion des soins aux patients atteints de maladies chroniques. Ces données classent le Canada en septième et dernière position parmi les pays où le Commonwealth Fund a fait enquête (The Commonwealth Fund, 2006). Ce sondage révèle aussi que la proportion de cliniques de première ligne qui bénéficient des services d'une infirmière pour la gestion des soins n'est que de 19 % (Shea et *al.*, 2007). Au Québec, cette proportion serait de 37 %, davantage en Montérégie (46 %) qu'à Montréal (31 %) ; et souvent davantage encore dans les territoires de CSSS ruraux (Hamel et *al.*, 2007). Dans la perspective des utilisateurs, 42 % déclarent pouvoir obtenir les services d'une infirmière à leur source habituelle de soins (Levesque et *al.*, 2007b).

AU QUÉBEC, ON RETROUVE, DANS LA MOITIÉ DES CLINIQUES, DES MÉDECINS DE FAMILLE QUI COHABITENT DANS LE MÊME IMMEUBLE AVEC DES SPÉCIALISTES ET PRÈS DES TROIS QUARTS LE FONT AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS, QUE CE SOIT DES PHARMACIENS, DES PSYCHOLOGUES, DES NUTRITIONNISTES, ETC.

Au Québec, on retrouve, dans la moitié des cliniques, des médecins de famille qui cohabitent dans le même immeuble avec des spécialistes et près des trois quarts le font avec d'autres professionnels, que ce soit des pharmaciens, des psychologues, des nutritionnistes, etc. Leur degré de collaboration reste cependant difficile à évaluer (Hamel et *al.*, 2007). Dans l'ensemble, le mode de prestation de services des cliniques de première ligne est sur rendez-vous pour près du deux tiers des cliniques : 23 % seulement prodiguent des services surtout sans rendez-vous, soit 26 % à Montréal et 17 % en Montérégie. De plus, seulement 7 % des cliniques ayant fait l'objet de l'enquête bénéficieraient de services de prélèvement et de radiologie sur place, 40 % n'ayant qu'un service de prélèvement et 3,4 %, qu'un service de radiologie. Ainsi, la moitié des cliniques n'aurait ni service de prélèvement ni service de radiologie sur place (*Idem*).

LE MODE DE PRESTATION DE SERVICES DES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE EST SUR RENDEZ-VOUS POUR PRÈS DU DEUX TIERS DES CLINIQUES.

Cette même étude permet aussi d'apprécier l'ampleur de la pratique de groupe. Ainsi, nous observons que 65 % des cliniques comptent un médecin responsable, 46 % démontrent un degré élevé de partage des ressources et 74 % révèlent un fort partage des activités cliniques. Environ 41 % des cliniques de groupe possèdent des mécanismes explicites de coordination des soins (*Idem*). Ici encore, les territoires ruraux présentent des structures organisationnelles plus favorables.

La rémunération des médecins

BIEN QUE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE RÉGRESSE, ELLE DEMEURE LE PRINCIPAL MODE DE PAIEMENT DES MÉDECINS.

Dans l'ensemble du Canada, bien que la rémunération à l'acte régresse, elle demeure le principal mode de paiement des médecins (Sondage national des médecins, 2004). La rémunération à l'acte représente 90 % ou plus des revenus totaux pour la moitié des médecins de famille canadiens et pour environ 41 % de ceux du Québec. Le mode de rémunération des médecins de famille se répartit de la façon suivante au Québec : 69,7 % sont rémunérés en majeure partie à l'acte, 22,4 % ne sont pas rémunérés à l'acte et 7,9 % n'ont pas d'activités cliniques. Depuis 1994, la rémunération à l'acte connaît un léger recul, tandis que la proportion de cliniciens non rémunérés à l'acte (médecins à salaire ou payés par vacations) est en hausse (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Néanmoins, dans les cliniques médicales, le mode de rémunération demeure la rémunération à l'acte dans 88,4 % des cas, la tarification horaire dans 9,1 % des cas et un mode mixte dans 2,5 % des cas (Hamel et *al.*, 2007).

> LES PROBLÈMES CONSTATÉS DANS LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

Plusieurs commissions d'enquête et groupes de travail ont révélé des lacunes importantes dans la façon dont sont organisés, planifiés, financés et rendus les soins de santé. Plusieurs constatations ont été faites au cours des dix dernières années : la fragmentation des services et l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins par manque de coordination ; une prise en charge insuffisante des personnes et des groupes vulnérables ; des carences dans l'accès aux soins ; la faible place accordée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie ; la piètre qualité du partage, de la collecte et de la gestion de l'information ; ainsi que le manque de coordination (Kirby, 2002 ; Romanow, 2002). Ces problèmes organisationnels se traduisent par un manque de continuité dans les services offerts et par une réduction de la capacité à répondre aux besoins des citoyens.

CES PROBLÈMES ORGANISATIONNELS SE TRADUISENT PAR UN MANQUE DE CONTINUITÉ DANS LES SERVICES OFFERTS ET PAR UNE RÉDUCTION DE LA CAPACITÉ À RÉPONDRE AUX BESOINS DES CITOYENS.

De plus, si les problèmes notés débordent les frontières de la première ligne — pensons aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales, au débordement des urgences hospitalières, à l'inflation des coûts des programmes d'assurance médicament —, en quasi-totalité les récentes commissions d'enquête ont désigné la première ligne comme l'élément clé de solution aux problèmes d'ensemble du système (Romanow, 2002). En outre, aux yeux de plusieurs, la transformation de la première ligne s'impose (Romanow, 2002 ; Kirby, 2002 ; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; Sinclair, 1999 ; Fyke, 2001 ; Mazankowski, 2001).

LES RÉCENTES COMMISSIONS D'ENQUÊTE ONT DÉSIGNÉ LA PREMIÈRE LIGNE COMME L'ÉLÉMENT CLÉ DE SOLUTION AUX PROBLÈMES D'ENSEMBLE DU SYSTÈME.

Récemment, les études du Commonwealth Fund et de l'OCDE révèlent, nous l'avons souligné, que le Canada se classe défavorablement à l'égard d'une majorité d'indicateurs de la première ligne ainsi que d'indicateurs en rapport avec l'état de santé des populations, comme la prestation de services préventifs et la prise en charge des maladies chroniques (Davis et *al.*, 2007). En effet, des caractéristiques organisationnelles défavorables, comme l'absence d'infirmières dans les cabinets médicaux, le faible recours aux équipes multidisciplinaires et des retards considérables dans l'instauration de systèmes d'information clinique, placent le Canada derrière des pays comme l'Australie, l'Allemagne, l'Angleterre et les Pays-Bas (Shea et *al.*, 2007).

Certains consensus émergent de toutes ces réflexions, à savoir la nécessité d'offrir des soins accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine ; d'accentuer le travail de groupe et en équipe multidisciplinaire ; d'instaurer des dossiers électroniques d'information sur les patients et d'accroître les interventions préventives et les liens avec les instances de la santé publique. Dans les projets de réorganisation qui s'amorcent, il est considéré qu'une première ligne performante doit remplir certaines fonctions : la prise en charge d'une vaste gamme de problèmes de santé, la coordination des services (généraux, spécialisés, communautaires, à domicile) pour les patients, la gestion de l'accès aux technologies appropriées en fonction des soins requis. On estime aussi qu'elle doit servir de porte d'entrée pour l'ensemble du système (Romanow, 2002 ; Kirby, 2002).

Le Québec connaît les mêmes difficultés (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000) et un très fort consensus se dégage quant à la nécessité de modifier l'organisation des soins : on cherche à mieux comprendre l'impact de la première ligne sur la performance du système et à mettre le doigt sur les éléments à mettre en place pour accroître la performance (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). D'autres problèmes ressortent de l'analyse de la situation au Québec, que nous abordons brièvement, eu égard aux ressources, à la couverture des besoins de la population à l'égard de l'affiliation au médecin de famille, à l'accessibilité des services et aux divers aspects de la qualité des soins.

La pénurie de main-d'œuvre

L'un des aspects discutés le plus souvent, autant dans les médias que dans les commissions et comités mandatés pour analyser le système de santé et de services sociaux, est le niveau de ressources médicales, celui des médecins de famille en particulier. Dans l'ensemble, on s'entend sur le fait qu'il manque de médecins, comme l'illustrent les carences dans de multiples secteurs de services, et que cette situation se reflète dans plusieurs régions. Pourtant, les indicateurs le démontrent, la situation au Québec est enviable par rapport au reste du Canada à l'égard du nombre de médecins généralistes et spécialistes. Toutefois, le Canada, lui, se range sous la moyenne des pays de l'OCDE, où certains pays connaissent plutôt le phénomène du chômage médical.

AU QUÉBEC, IL DEMEURE DIFFICILE D'ESTIMER LE MANQUE RÉEL DE MÉDECINS, MAIS DE PLUS EN PLUS D'ACTEURS DU DOMAINE PARLENT DE PÉNURIE RELATIVE PLUTÔT QU'ABSOLUE.

Au Québec, il demeure difficile d'estimer le manque réel de médecins, mais de plus en plus d'acteurs du domaine parlent de pénurie relative plutôt qu'absolue. En effet, c'est peut-être moins le nombre de médecins de première ligne qui fait défaut que, d'une part, le temps qu'ils consacrent à la pratique médicale — surtout la prestation en cabinet — et, d'autre part, ce qu'on leur demande de faire. Néanmoins, d'aucuns s'entendent pour dire qu'il y a aussi un manque d'effectifs médicaux en première ligne de soins.

Une étude de 2007 suggère que l'offre globale de soins de première ligne a diminué ces dernières années, tandis que le vieillissement de la population cause une hausse du nombre de visites médicales pour ces patients vieillissants et un allongement de la durée de leurs visites (Contandriopoulos et *al.*, 2007). De fait, certains signes dénotent un alourdissement de la pratique de première ligne : le nombre moyen de patients par médecin a reculé de 7 %. L'âge des patients augmente, le pourcentage de ceux de 65 ans ou plus étant passé de 16 % à 20 % de 1994 à 2002. En revanche, le nombre moyen d'heures travaillées par les médecins de famille est demeuré stable durant la même période (*Idem*).

En outre, la hausse récente du nombre d'étudiants en médecine et de médecins formés à l'étranger pourrait ne pas suffire à surmonter la pénurie relative actuelle. Autre facteur en cause, de 2000 à 2005, on estime que l'augmentation du nombre de médecins de famille a profité pour l'essentiel, comme nous l'avons souligné plus tôt, au milieu hospitalier (Savard et Rodrigue, 2007). C'est pourquoi la solution aux problèmes actuels d'accessibilité devrait passer par une utilisation plus efficiente des ressources médicales, une réorganisation du travail et un accroissement des volumes d'activité des médecins. De plus, cette pénurie se fait sentir au-delà des seules ressources médicales. Les effectifs d'autres professionnels de la santé sont, eux aussi, limités.

LA SOLUTION AUX PROBLÈMES ACTUELS D'ACCESSIBILITÉ DEVRAIT PASSER PAR UNE UTILISATION PLUS EFFICIENTE DES RESSOURCES MÉDICALES, UNE RÉORGANISATION DU TRAVAIL ET UN ACCROISSEMENT DES VOLUMES D'ACTIVITÉ.

La désaffection pour la pratique de médecine de famille

Un des enjeux cruciaux de la première ligne est la désaffection des professionnels en formation envers la pratique de médecine de famille (Beaulieu et *al.,* 2008 ; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2008). Au Canada, par suite de la planification des postes dans les programmes de résidence, le ratio de spécialistes et de généralistes est d'environ un pour un. Le Québec, par contre, compte légèrement plus de spécialistes que d'omnipraticiens. D'autres pays ont traditionnellement favorisé la formation de généralistes et présentent des taux d'omnipraticiens par habitant plus élevés et des taux de spécialistes bien inférieurs aux nôtres.

LES GÉNÉRALISTES CONSACRENT DE MOINS EN MOINS DE TEMPS À PRODIGUER DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE.

En comparaison avec ces autres pays qui ont favorisé, de façon particulière, la formation médicale générale, au Canada, nous ne bénéficions pas d'une aussi forte densité de ressources médicales pouvant répondre à un vaste éventail de problèmes de santé en première ligne. La proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille le confirme. Si le Canada présente des retards à ce sujet par rapport à d'autres pays, le Québec présente des problèmes particuliers. Les études que nous avons recensées suggèrent que les généralistes consacrent de moins en moins de temps à prodiguer des soins de première ligne, surtout chez les plus jeunes médecins, en faveur de la pratique en établissement hospitalier et à l'urgence. De surcroît, ces dernières années, émerge un nouveau phénomène : des postes demeurent vacants dans les programmes de formation postuniversitaires en médecine de famille au Québec. Ainsi, en 2007, seulement 79 % des postes en médecine de famille ont été comblés (65 postes non comblés sur 304), par rapport à 95 % des postes comblés en spécialités selon les données du service canadien de jumelage des résidents (CARMS, 2007).

Cette désaffection découlerait, notamment, des politiques dont le but est d'assurer l'offre de services en deuxième ligne et de l'attrait moindre envers cette pratique devant l'alourdissement de la clientèle et les difficultés d'accéder aux ressources pour se charger de ces personnes (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Il faut souligner que deux politiques gouvernementales ont fortement pesé sur la pratique médicale de première ligne, soit les plans régionaux d'effectifs médicaux et les activités médicales particulières (voir les encadrés dans les sections précédentes). Aux yeux de certains, la situation est appelée à se détériorer en raison du désintérêt envers ce type de pratique, de la modification des problèmes de santé et de la complexification des traitements, des pressions venant des autres professionnels pouvant remplir des tâches comparables à celles du médecin de famille, ainsi que de l'accroissement de la capacité des personnes à agir sur leur santé (McKinlay et Marceau, 2008). Le récent *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2008) faisait ressortir l'importance d'agir dès la formation médicale pour renforcer la première ligne et en assurer la pérennité.

Le manque de productivité

Comme cela a été mentionné précédemment, nombre d'observateurs expliquent les problèmes d'accès aux soins de première ligne au Québec par un manque de productivité du corps médical. Diverses sources de données corroborent cette explication. La moyenne des heures travaillées par les omnipraticiens du Québec, excluant les heures de garde en disponibilité, était de 46 heures par semaine en 2004, la plus basse parmi les provinces et 3 heures sous la moyenne canadienne.

Toutefois, cette baisse de productivité n'est pas exclusive au Québec : 16 % des médecins canadiens déclarent avoir réduit leurs heures de travail de 2002 à 2004 (Sondage national des médecins, 2004). L'examen de la productivité indique, de plus, que l'ensemble des médecins omnipraticiens du Québec en 2006 correspondait à 7 303 ETC (Savard et Rodrigue, 2007). Cela illustre le fait que les médecins ne travaillent pas tous à temps complet. En revanche, le nombre moyen d'heures travaillées par semaine n'aurait diminué que de 1 % de 1994 à 2002 et le nombre de jours, de 9 %, les médecins travaillant ainsi moins de jours qu'auparavant, mais le faisant en un nombre comparable d'heures par jour. Autre caractéristique, c'est dans les milieux semi-urbains et ruraux que les médecins sont les plus productifs. De plus, les médecins féminins voient environ 20 % moins de patients par heure, ce qui pourrait se traduire par 30 % moins de visites et 25 % moins de patients par an (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Évidemment, le volume de soins rendus n'est pas le seul élément à considérer, le temps passé avec les patients pouvant aussi s'accompagner d'une meilleure réponse aux besoins des personnes.

L'information disponible suggère que la baisse de la productivité pourrait se poursuivre, 37 % des médecins de famille déclarant vouloir réduire leurs heures de travail hebdomadaires dans les deux années à venir, une proportion légèrement supérieure à la moyenne canadienne (34 %). En contrepartie, seulement 6 % souhaitaient augmenter leurs heures de travail. Enfin, la proportion de généralistes satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels n'était que de 62 % au Québec, plaçant pourtant la province au troisième rang dans l'ensemble canadien (Sondage national des médecins, 2007).

Des profils de pratiques médicales de première ligne

Une étude récente au Québec s'est intéressée au profil de pratique des médecins de famille (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Elle suggère des profils variés. Si certains médecins présentent un niveau élevé d'activité dans le contexte d'une pratique partagée entre divers lieux de prestation (cabinet, urgence, hospitalisation) ou d'une pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous, d'autres fournissent des volumes plus faibles de pratique. Certains présentent aussi un profil centré sur la continuité, caractérisé par une clientèle âgée vue en divers contextes de soins. Une analyse de ces divers profils suggère que, depuis 1994, les modèles favorisant les soins de premier contact sont de plus en plus populaires par rapport aux profils plus polyvalents ou centrés sur la continuité. Ces derniers sont d'ailleurs moins fréquents dans les centres urbains, où les médecins de contact sont plus fréquents.

L'affiliation au médecin de famille

76 % DES QUÉBÉCOISES ET QUÉBÉCOIS ÂGÉS DE 15 ANS OU PLUS DÉCLARENT AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE.

La pénurie relative actuelle de ressources médicales a un impact sur la capacité du système à répondre aux besoins de soins de la population. Au Canada, 84 % des personnes déclarent avoir un médecin habituel, 7 % n'en ont pas, mais consultent en un endroit particulier, et 9 % ne disposent d'aucune source de soins (Schoen et *al.*, 2006). Selon l'enquête de 2003 sur l'accès aux services de santé, 76 % des Québécoises et Québécois âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir un médecin de famille, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne. Cette proportion est encore moindre dans la région de Montréal, où elle se situe à environ 70 % (et à environ 60 % dans le centre-ville), mais plus élevée en zone rurale, atteignant jusqu'à 88 % (Kapetanakis et *al.*, 2008 ; Levesque et *al.*, 2007b).

LA PROPORTION DE MÉDECINS QUI ACCEPTENT DE NOUVEAUX PATIENTS RECULE.

Bien que le ratio de médecins par habitant au Québec ait connu une hausse dans les années allant de 2000 à 2004, la proportion de médecins qui acceptent de nouveaux patients recule. En 2004, 22 % seulement acceptent de nouveaux patients, par rapport à 26,5 % en 2000 (Sondage national des médecins, 2004). Chez les médecins de famille, ils sont environ 60 % à déclarer limiter le nombre de leurs patients ou ne plus en prendre de nouveaux (*Idem*).

Toutefois, cette affiliation avec un médecin ne représente pas la seule façon d'obtenir des soins de première ligne, bon nombre de personnes sans médecin de famille fréquentant régulièrement la même clinique. Environ 72 % des personnes déclarent une source de première ligne (66 %, un cabinet privé et 6 %, un CLSC), mais environ 11 % de la population de Montréal et 6 % de la population de la Montérégie désigne comme source habituelle de soins une source spécialisée, soit une unité d'urgence ou une clinique spécialisée (Hamel et *al.*, 2007). En outre, 66,5 % des personnes qui désignent une clinique de première ligne comme source habituelle de soins fréquentent un cabinet de groupe privé, 14,3 %, un médecin qui pratique en solo, 6,9 %, un CLSC et 12,3 %, un GMF (Levesque et *al.*, 2007a).

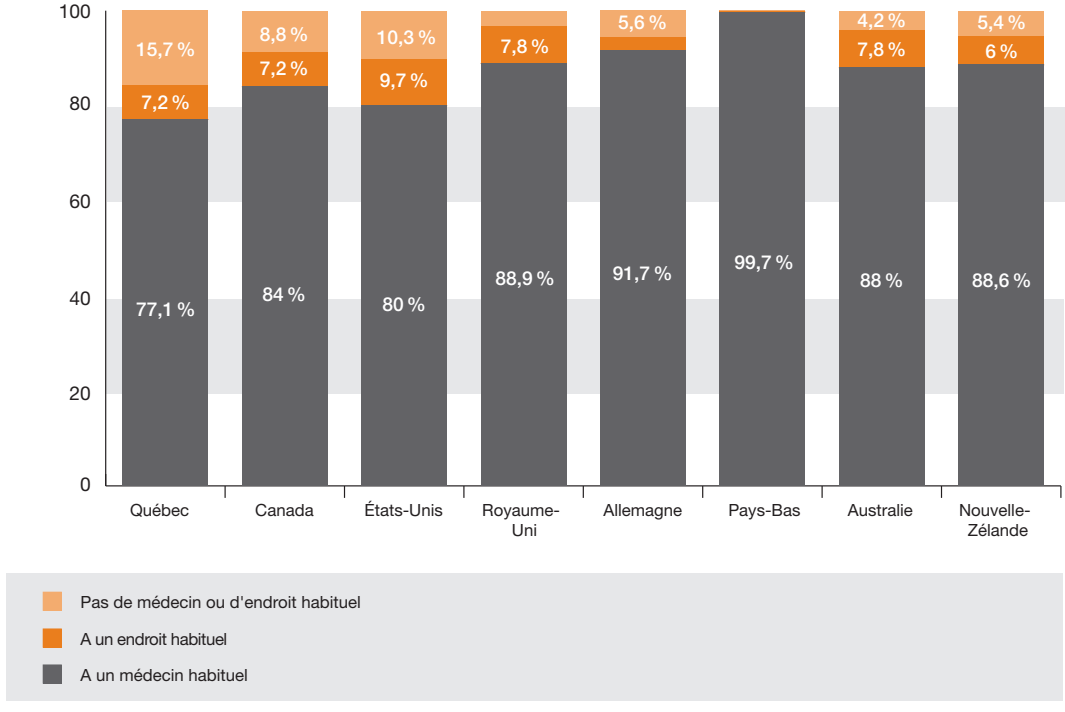
AU QUÉBEC, 16 % DE LA POPULATION N'AURAIT NI MÉDECIN HABITUEL, NI SOURCE HABITUELLE DE SOINS.

L'enquête du Commonwealth Fund révèle, en outre, que le Québec se situe à un niveau inférieur à celui de l'ensemble des pays comparés, avec un peu plus de trois Québécois sur quatre seulement qui déclarent avoir un médecin habituel (Figure 4). Pour sa part, l'Ontario connaît une situation enviable, avec 91 % de sa population qui déclare avoir un médecin habituel (Ontario Health Quality Council, 2008). Finalement, au Québec, 16 % de la population n'aurait ni médecin habituel, ni source habituelle de soins, la proportion la plus forte parmi les pays et les provinces comparés (Figure 4).

Figure 4

Affiliation à une source habituelle de soins, Québec, Canada et autres pays, 2007

Est-ce que vous avez un médecin habituel que vous allez voir pour vos soins médicaux ? Sinon, est-ce qu'il y a un groupe de médecine, un centre de santé ou une clinique où vous allez habituellement pour vos soins médicaux ?



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

L'accessibilité des services médicaux

Toutes les enquêtes récentes portant sur la performance des systèmes de santé soulignent les problèmes d'accessibilité au Canada, notamment les longs délais d'attente pour recevoir des services de première ligne. Les enquêtes du Commonwealth Fund sont révélatrices à cet égard, illustrant comment, sur un ensemble d'indicateurs, le Canada ne répond pas promptement aux besoins de soins (voir l'encadré de la page 49).

La situation ne diffère pas au Québec, où nous constatons des lacunes sur le plan de l'accessibilité des services de première ligne, qui semblent plus marquées que dans le reste du Canada, en dépit d'un ratio médecin-population plus favorable (Sanmartin, 2006). Selon l'enquête sur l'accès aux services de santé de 2003, 26 % des Québécoises et Québécois de 15 ans ou plus déclarent avoir vécu des difficultés d'accès aux services de premier contact : ils rapportent des difficultés ayant trait à l'accès à des soins de routine dans 94 % des cas, à des renseignements ou conseils dans 61 % des cas, et à des soins immédiats liés à des problèmes mineurs dans 91 % des cas (Kapetanakis et *al.*, 2008). Selon cette même étude, les soins les plus problématiques au Canada à cet égard sont les services de premier contact et les services préventifs en première ligne (*Idem*).

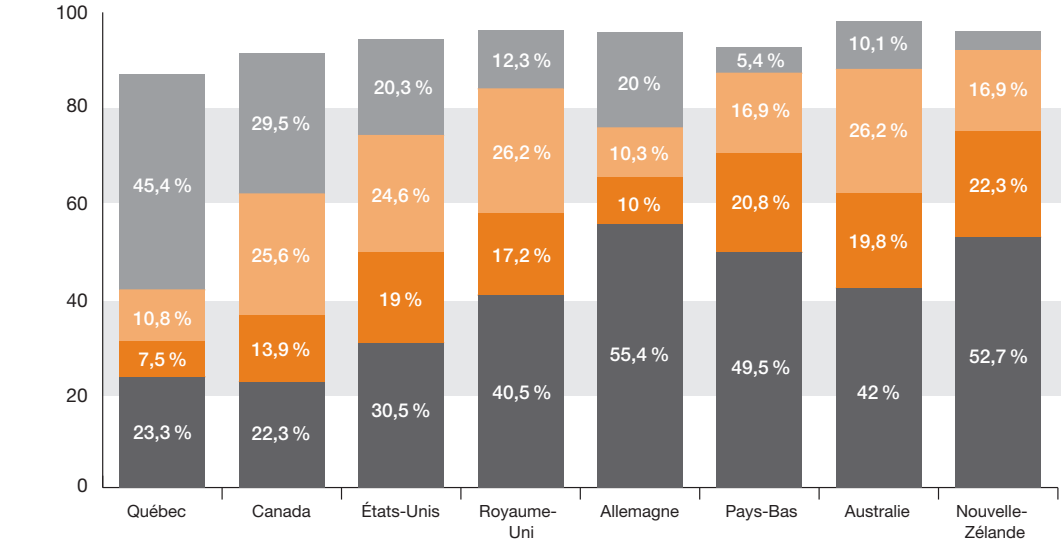
UN UTILISATEUR SUR QUATRE DÉCLARE DEVOIR ATTENDRE PLUS DE QUATRE SEMAINES AVANT D'ÊTRE REÇU SUR RENDEZ-VOUS À SA SOURCE HABITUELLE DE SOINS.

Environ un utilisateur sur quatre déclare devoir attendre plus de quatre semaines avant d'être reçu sur rendez-vous à sa source habituelle de soins et seulement un peu plus du tiers des gens attendent moins de sept jours (Levesque et *al.*, 2007a), délai inacceptable pour le tiers des personnes interrogées. De plus, seulement une personne sur trois déclare qu'il est très facile de parler à un médecin par téléphone durant les heures d'ouverture (*Idem*) et seulement 10 % des répondants estiment pouvoir rencontrer un médecin en moins de 24 heures en cas de maladie soudaine, le temps moyen d'attente étant de 24 jours (Haggerty et *al.*, 2007). D'ailleurs, selon des données obtenues à partir de l'enquête du Commonwealth Fund de 2007, le Québec présente la plus forte proportion de personnes devant attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous et seulement une personne sur quatre environ est reçue le jour même (Figure 5). Il s'agit de résultats clairement défavorables.

Figure 5

Délai pour obtenir un rendez-vous, Québec, Canada et autres pays, 2007

La dernière fois que vous étiez malade et aviez besoin d'un avis médical, quel a été le délai pour obtenir un rendez-vous pour voir un médecin ?



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

L'accessibilité des soins de première ligne au Canada : des résultats mitigés

L'enquête du Commonwealth Fund sur les politiques de santé offre plusieurs indicateurs qui permettent de jauger les problèmes d'accessibilité au Canada (The Commonwealth Fund, 2006). Ainsi, plus d'une personne sur deux déclare qu'il est un peu ou très difficile d'obtenir des soins la nuit ou la fin de semaine sans aller à l'urgence (Shea et *al.*, 2007). De plus, près de 30 % des personnes déclarent qu'il faut attendre six jours ou plus pour une consultation sur rendez-vous. Seulement une personne sur cinq déclare être reçue le jour même et près de 40 %, le jour même ou le lendemain (Figure 5). À cet égard, le Canada présente les pires résultats parmi les pays comparés. Les horaires des cliniques de première ligne peuvent expliquer cette situation : seulement deux sur trois déclarent recevoir des patients avant 8 h 30, après 18 h ou en fin de semaine ; moins de la moitié fait des arrangements pour que les patients puissent voir un médecin ou une infirmière quand la clinique est fermée, en dehors des unités d'urgence (The Commonwealth Fund, 2006) ; enfin, quatre personnes sur dix affirment que la source habituelle de soins, ou le médecin, n'offre de services ni avant 8 h 30, ni après 18 h, ni en fin de semaine, le pire résultat des pays comparés (Schoen et *al.*, 2006).

Ces problèmes d'accessibilité ne sont pas sans conséquences. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique que plus de 12 % des Canadiennes et Canadiens âgés de 12 ans ou plus déclarent avoir ressenti des besoins de soins, sans les obtenir, au cours de la dernière année ; au Québec, ce chiffre s'élèverait à 10 % (Sanmartin et *al.*, 2002). De plus, depuis dix ans, une hausse de cette proportion est observée. D'ailleurs, selon une récente étude menée à Montréal et en Montérégie, elle serait plutôt de 18 %, ce qui révèle les difficultés d'accès aux soins en zone urbaine (Levesque et *al.*, 2007a). Cette dernière étude indique aussi que les personnes sans médecin de famille et celles qui déclarent le département d'urgence d'un hôpital comme source habituelle de soins rapportent davantage de besoins non comblés et qu'une forte proportion de personnes en subissent des conséquences, que ce soit inquiétude, douleur et difficultés dans les activités quotidiennes.

SEULEMENT UN QUART DES CLINIQUES ASSURENT UN SERVICE DE GARDE SUR APPEL DURANT LES HEURES DE FERMETURE.

Ces besoins non comblés s'expliquent surtout par un temps d'attente trop long pour obtenir les services, par la non-disponibilité du médecin habituel et par l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous ou de trouver un médecin acceptant de nouveaux patients (Levesque et *al.*, 2007a). Cet état de situation est lié à des limites d'horaire : de fait, seulement 16 % des cliniques de première ligne rapportent une couverture temporelle élevée — en tenant compte de la disponibilité le soir et en fin de semaine — et 60 %, une couverture faible (Hamel et *al.*, 2007). Cette même étude signale que seulement un quart des cliniques assurent un service de garde sur appel durant les heures de fermeture.

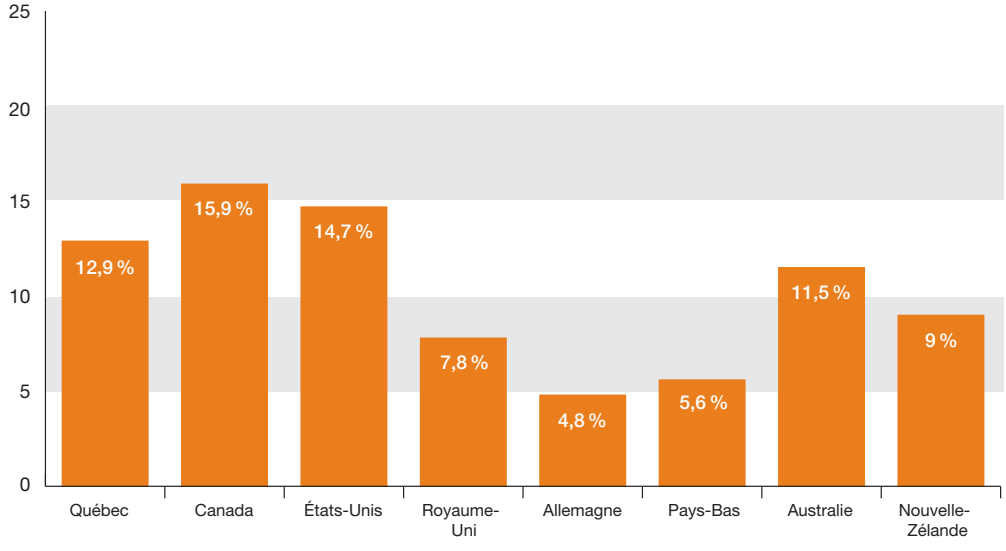
PLUS D'UN QUÉBÉCOIS SUR DIX DÉCLARE AVOIR CONSULTÉ UNE UNITÉ D'URGENCE D'UN HÔPITAL POUR UN PROBLÈME QUI AURAIT PU ÊTRE TRAITÉ AU CABINET DU MÉDECIN, SI CE DERNIER AVAIT ÉTÉ DISPONIBLE.

Pour le système de santé et de services sociaux québécois, cet état de situation a des conséquences de taille. Selon des données obtenues à partir de l'enquête du Commonwealth Fund de 2007, plus d'un Québécois sur dix déclare avoir consulté une unité d'urgence d'un hôpital pour un problème qui aurait pu être traité au cabinet du médecin, si ce dernier avait été disponible, une des proportions les plus élevées parmi les pays comparés (Figure 6).

Figure 6

Consultation évitable de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant consulté l'urgence pour un problème qui aurait pu être traité en cabinet de médecin s'il avait été disponible.



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

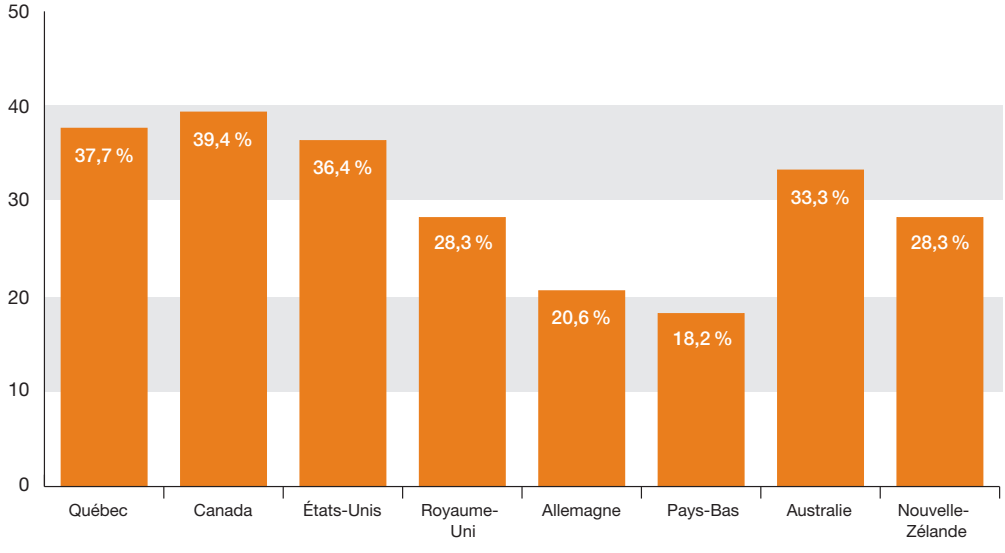
Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Ces consultations à l'urgence sont évitables et elles entraînent une hausse des coûts. En effet, au Québec, le taux de consultation à l'urgence figure parmi les plus élevés, avec près de 38 % des adultes interrogés qui sont allés dans une unité d'urgence dans les 24 derniers mois (Figure 7) ; de plus, l'attente à l'urgence est parmi les plus longues (Figure 8). Cela pourrait suggérer que le système québécois ne prend pas le patient en charge au bon endroit, lequel patient n'a alors d'autre choix que celui de consulter là où il peut, vu le manque d'accès à des ressources de premier contact.

Figure 7

Consultation de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant consulté une unité d'urgence dans les deux dernières années.



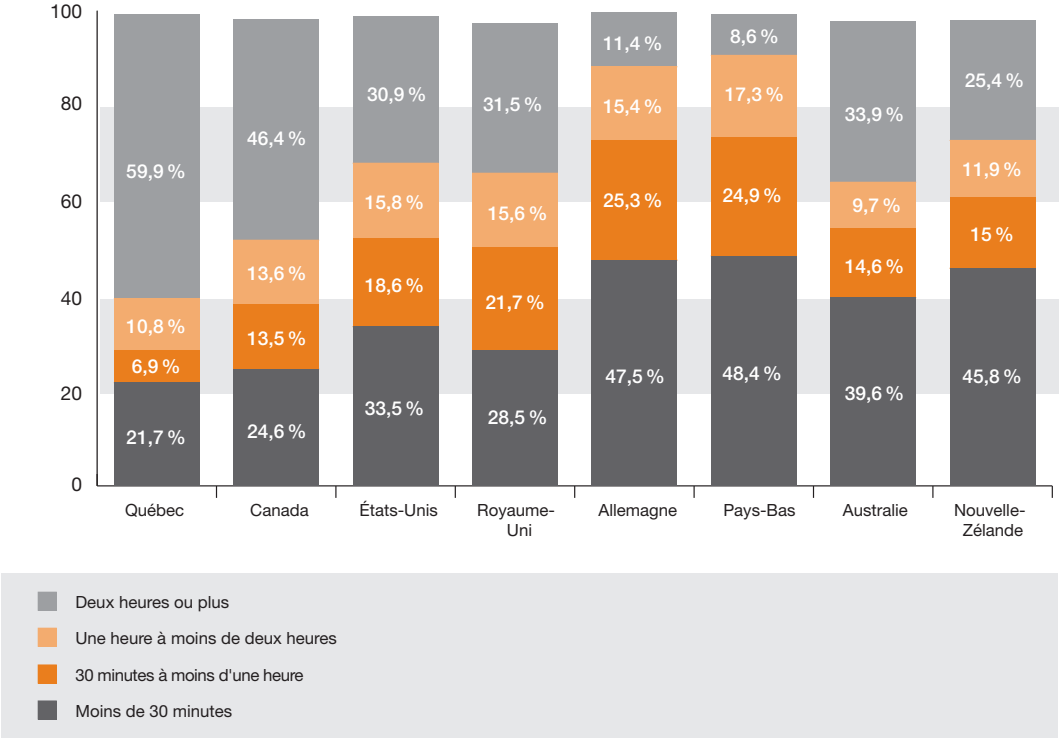
Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 8

Attente à l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Lors de votre dernière visite à l'urgence, combien de temps avez-vous attendu avant d'être traité ?



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

La réduction des champs de pratique

Au-delà des problèmes liés à la productivité des soins, certains faits dévoilent une tendance à la réduction de la globalité des services offerts en première ligne au Canada. Non seulement la quantité de services est en cause, mais aussi la nature même des services offerts. Le Sondage national des médecins de 2007 confirme cette réduction de l'étendue de l'offre de première ligne : environ 13 % des médecins disent avoir diminué l'étendue de leur pratique, en matière de genres de services offerts, depuis 24 mois (Sondage national des médecins, 2007). Cette tendance est beaucoup plus marquée en zone urbaine, les médecins des régions rurales déclarant offrir un plus large éventail de services (Sondage national des médecins, 2004).

Cette situation serait encore plus prononcée au Québec. À titre d'exemple, seulement 85 % des médecins généralistes déclarent offrir eux-mêmes des soins pour des problèmes aigus, 36 %, pour des soins d'urgence, 43 %, pour des soins à domicile et 43 %, pour des soins gynécologiques. Sur un ensemble d'indicateurs relatifs à des services ou interventions spécifiques, la province se place au dernier rang pour 16 des 36 indicateurs (Sondage national des médecins, 2007). Si 50 % des médecins canadiens affirment dispenser des services de prise en charge des maladies chroniques, ils ne sont que 28 % à offrir des services d'urgence. On note par ailleurs un recul général du nombre de médecins prodiguant des services généraux de dépistage ou des interventions chirurgicales mineures (Sondage national des médecins, 2004). En outre, seulement 41 % des cliniques disent être bien préparées pour donner des soins optimaux aux personnes atteintes de multiples maladies chroniques (The Commonwealth Fund, 2006).

Au Québec, en ce qui concerne l'étendue des services, on estime que seulement 27 % des cliniques offrent une très large gamme. Près de la moitié ne fournirait qu'une offre restreinte de services à Montréal, par rapport à 34 % en Montérégie (Hamel et *al.*, 2007). Ces constatations témoignent d'une réduction des champs de pratique en médecine de famille. En plus de l'accessibilité limitée, cette réduction pourrait avoir un impact sur la santé des patients et sur l'opportunité des services de première ligne reçus (voir l'encadré).

La réception de soins globaux

L'enquête du Commonwealth Fund sur les politiques de santé permet de constater dans quelle mesure les personnes reçoivent des services, au-delà de leurs besoins ponctuels de soins. Au Canada, de multiples observations vont dans le même sens, révélant des carences pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques : ainsi, 70 % seulement des femmes âgées de 25 à 64 ans ont reçu un test de dépistage du cancer du col de l'utérus et 71 % seulement des femmes de 50 à 64 ans ont passé une mammographie de dépistage dans les 24 derniers mois ; et seulement 38 % des diabétiques ont reçu l'ensemble des services recommandés, mais environ 85 % des hypertendus ont reçu une évaluation de leur tension artérielle et de leur niveau de cholestérol sanguin dans la dernière année (The Commonwealth Fund, 2006).

La continuité des soins

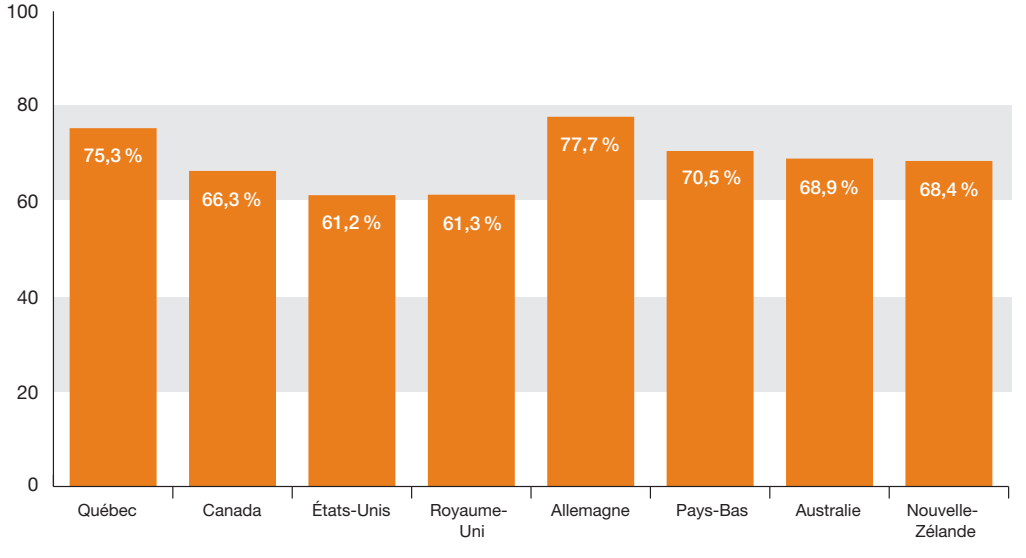
Un autre aspect, celui de la continuité des soins, constitue lui aussi un défi. Aux yeux de plusieurs, la continuité serait la clé de services de qualité en matière de soins de première ligne. Pour les patients, cela correspond à une circulation fluide de l'information, au développement d'une relation de confiance avec les professionnels et à des services qui s'adaptent à leurs besoins et à leurs caractéristiques. Pourtant, un peu moins de la moitié de la population canadienne serait affiliée à ce qu'on appelle un *medical home* — un lieu où l'on rencontre son médecin habituel ou une source habituelle de soins, avec lequel il est facile de prendre contact, qui connaît les antécédents médicaux personnels et qui aide à coordonner les services avec d'autres professionnels (Schoen et *al.*, 2006). Plusieurs cabinets adoptent un mode d'organisation centré sur la consultation sans rendez-vous, sans offrir cette affiliation. Néanmoins, au Québec, les trois quarts des personnes déclarent qu'à leur source habituelle de soins, leurs antécédents médicaux sont connus, une proportion enviable par rapport à celle de plusieurs des pays comparés (Figure 9).

De plus, près de deux personnes sur trois déclarent qu'on leur parle des options de traitement et qu'on les fait participer aux décisions relatives à leur santé (Figure 10).

Figure 9

Connaissance des antécédents médicaux, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, dont les professionnels rencontrés connaissent toujours les aspects importants concernant leur histoire médicale.



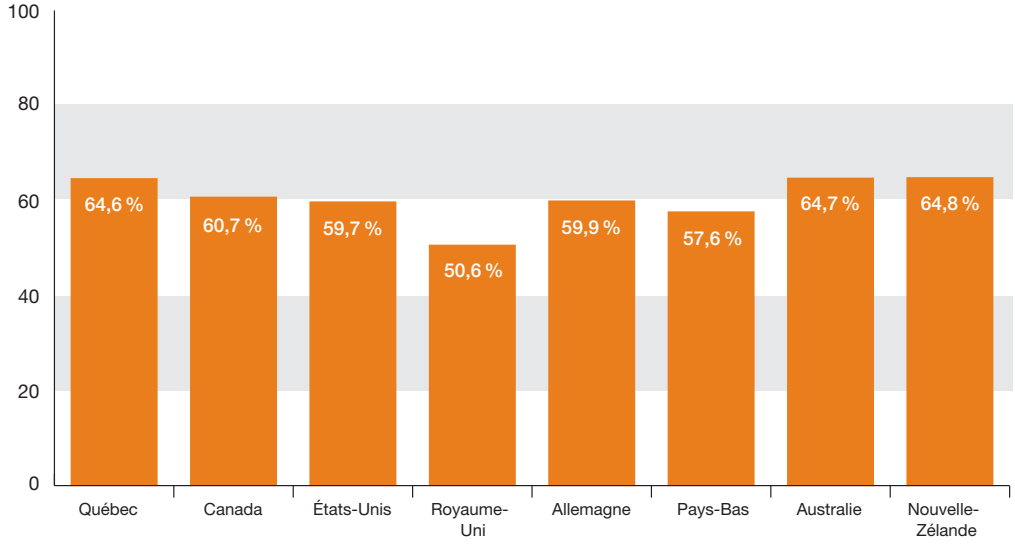
Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 10

Participation du patient, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, dont les professionnels rencontrés leur parlent toujours à propos des options de traitement et les impliquent dans les décisions concernant leur santé.



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Ces constatations sont cohérentes au regard des études qui suggèrent que les utilisateurs sont, en général, satisfaits des services obtenus au Québec, le problème se situant davantage chez les personnes exclues de ces services ou les utilisant de façon ponctuelle, sans fréquenter une source habituelle de soins. En effet, des études récentes suggèrent que les modèles favorisant le contact ponctuel — comme les cliniques sans rendez-vous — ne satisfont pas aux besoins de continuité (Haggerty et *al.*, 2007 ; Pineault et *al.*, 2008), ce qui donne souvent lieu à des problèmes de coordination des soins.

LES UTILISATEURS SONT, EN GÉNÉRAL, SATISFAITS DES SERVICES OBTENUS AU QUÉBEC, LE PROBLÈME SE SITUANT DAVANTAGE CHEZ LES PERSONNES EXCLUES DE CES SERVICES OU LES UTILISANT DE FAÇON PONCTUELLE, SANS FRÉQUENTER UNE SOURCE HABITUELLE DE SOINS.

La coordination des services

La coordination des services est un enjeu réel sans lequel un système de santé ne peut exceller dans son rendement. Au cours des dernières années, diverses commissions d'enquête et comités de travail ont mis en relief les carences de coordination du système, faisant ressortir les conséquences sur la performance d'ensemble. Cette coordination passe, tout d'abord, par une circulation adéquate de l'information clinique en ce qui concerne les patients. Les lacunes à cet égard sont nombreuses. Ainsi, au Canada, c'est près de deux médecins de première ligne sur trois qui, après avoir recommandé un patient à un collègue, déclarent recevoir l'information et les résultats pour presque tous leurs patients (The Commonwealth Fund, 2006). En contrepartie, seulement trois patients sur quatre qui ont rencontré un spécialiste déclarent que leur clinique ou leur médecin habituel a fourni au spécialiste l'information nécessaire à propos de leur problème (Schoen et *al.*, 2006). De plus, seulement 36 % des médecins de première ligne déclarent recevoir un rapport complet de l'hôpital sur l'hospitalisation de leurs patients dans les deux semaines suivant le congé (The Commonwealth Fund, 2006). Enfin, 39 % des médecins au Canada déclarent réviser parfois, rarement ou jamais l'ensemble de la médication des patients, y compris celle prescrite par des collègues (*Idem*).

La coordination des soins suppose, en outre, l'existence de mécanismes qui permettent aux personnes de s'orienter dans le système de soins, de repérer les sources de soins les plus pertinentes pour les obtenir et d'éviter la duplication des services. Pourtant, près de 30 % des patients hospitalisés déclarent que l'hôpital n'a pas établi d'arrangements pour les visites de suivi avec un médecin ou un professionnel ; 17 % déclarent ne pas avoir reçu d'instructions relatives aux symptômes à surveiller ni d'instructions au sujet du moment où il fallait consulter pour recevoir des soins après leur congé ; environ 12 % déclarent ignorer avec qui prendre contact pour des questions portant sur leur santé ou leur traitement ; et environ 16 % déclarent avoir été réadmis ou avoir consulté en urgence par suite de complications après leur congé (Shea et *al.*, 2007).

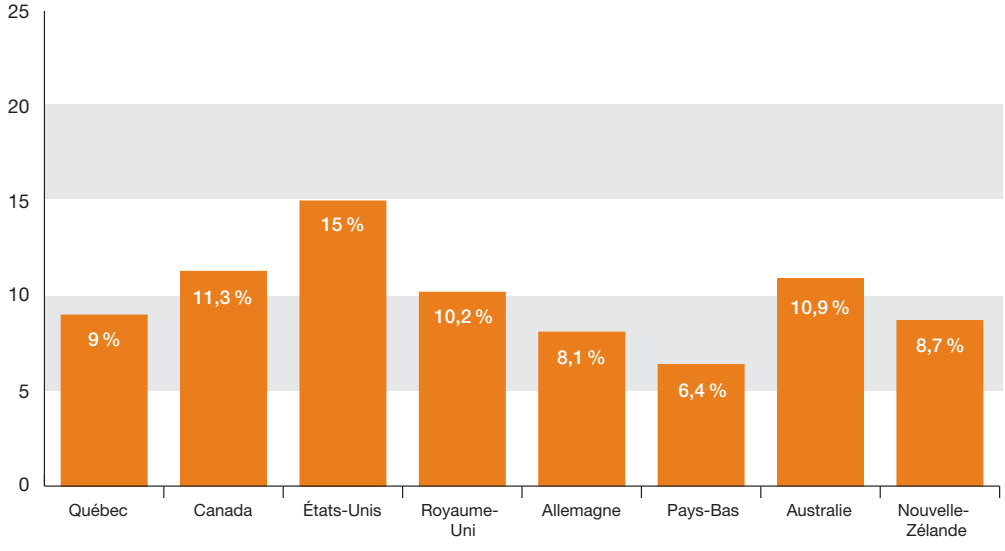
UNE PERSONNE SUR DIX DÉCLARE S'ÊTRE DÉJÀ PRÉSENTÉE À UN RENDEZ-VOUS DANS SA CLINIQUE HABITUELLE SANS QUE LES RÉSULTATS DE TESTS SOIENT DISPONIBLES.

Ainsi, le manque de coordination est à l'origine non seulement d'une surcharge des ressources spécialisées et d'infrastructures plus coûteuses, mais aussi des ressources de premier contact. Plus de 40 % des médecins déclarent que leurs patients se présentent, souvent ou parfois, sans que leur dossier soit disponible et un médecin sur cinq déclare que ses patients doivent ainsi, souvent ou parfois, repasser des tests (Schoen et *al.*, 2006). Au Québec, selon l'enquête de 2007 auprès des patients, une personne sur dix déclare s'être déjà présentée à un rendez-vous dans sa clinique habituelle sans que les résultats de tests soient disponibles (Figure 11).

Figure 11

Résultats de tests non disponibles, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants dont un résultat de test diagnostique ou le dossier médical n'était pas disponible au moment du rendez-vous médical.



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

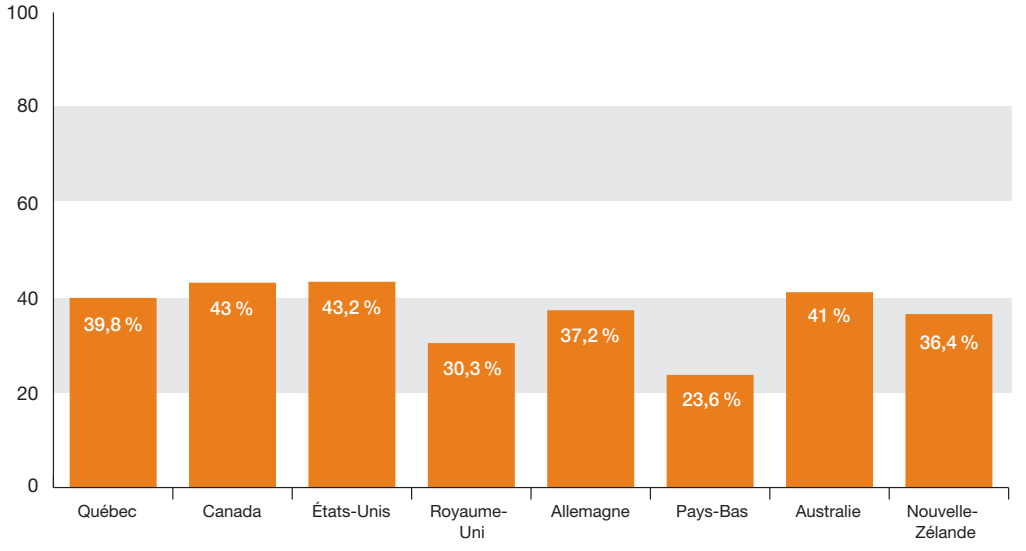
Toujours selon cette enquête, ce sont un peu moins de quatre personnes sur dix qui déclarent que le médecin à leur source habituelle de soins les aide toujours à coordonner leurs soins, une proportion comparable à celle du Canada et des autres pays comparés (Figure 12). De plus, près de 4 % des personnes déclarent qu'un médecin leur a déjà prescrit un test inutile, les résultats n'étant pas disponibles (Figure 13). Bien que le Québec occupe une position très favorable pour cet indicateur, il serait possible d'améliorer encore la circulation de l'information pour éviter la duplication de tests.

QUATRE PERSONNES SUR DIX DÉCLARENT QUE LE MÉDECIN À LEUR SOURCE HABITUELLE DE SOINS LES AIDE TOUJOURS À COORDONNER LEURS SOINS.

Figure 12

Aide à coordonner les soins, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant une source habituelle de soins médicaux, dont le médecin habituel aide toujours à coordonner les soins reçus par d'autres médecins ou à d'autres endroits.



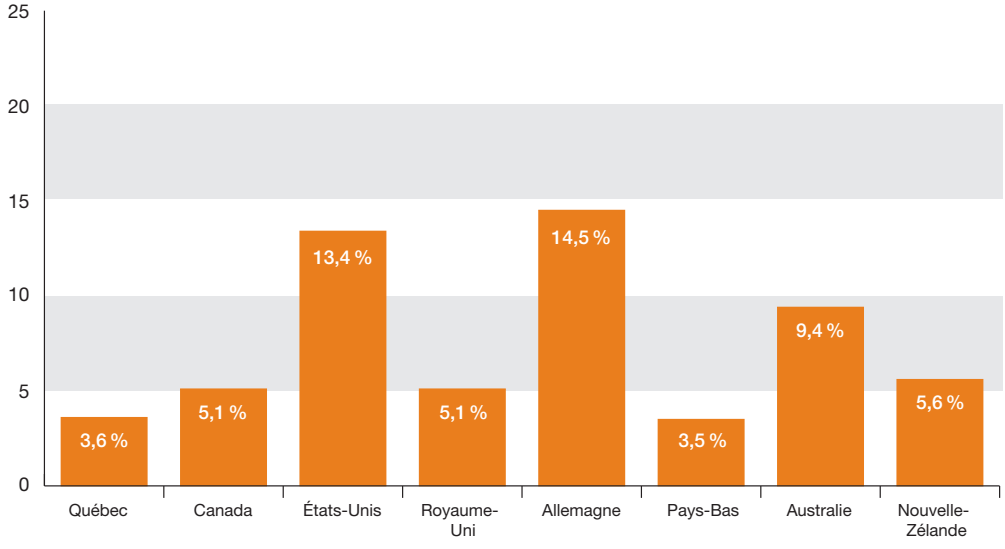
Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 13

Ordonnance pour des tests inutiles, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants affirmant qu'un médecin leur a prescrit un test qu'ils croyaient inutile, car il avait déjà été réalisé.



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

La satisfaction envers les soins de première ligne

Comme nous l'avons déjà signalé, les utilisateurs de services semblent satisfaits des soins qu'ils reçoivent en première ligne au Québec. Une étude suggère qu'en général, les personnes ayant utilisé des services de première ligne sont satisfaites à l'égard de l'accessibilité, de la continuité, de la réponse aux attentes des personnes sur la façon dont elles sont traitées, de la globalité et des résultats qu'elles perçoivent découlant des soins reçus (Levesque et *al.*, 2007a). L'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux suggère, elle aussi, de très hauts taux de satisfaction (ISQ, 2008). Nous pouvons donc penser que, lorsque les personnes obtiennent des services de première ligne, ces services sont jugés adéquats.

CES MODÈLES QUI ATTEIGNENT UNE MEILLEURE PERFORMANCE FAVORISENT LA PRATIQUE DE GROUPE, LA MULTIDISCIPLINARITÉ, LA COORDINATION DES SOINS ET UNE VISION DE RESPONSABILISATION À L'ÉGARD DES BESOINS DES COMMUNAUTÉS DESSERVIES.

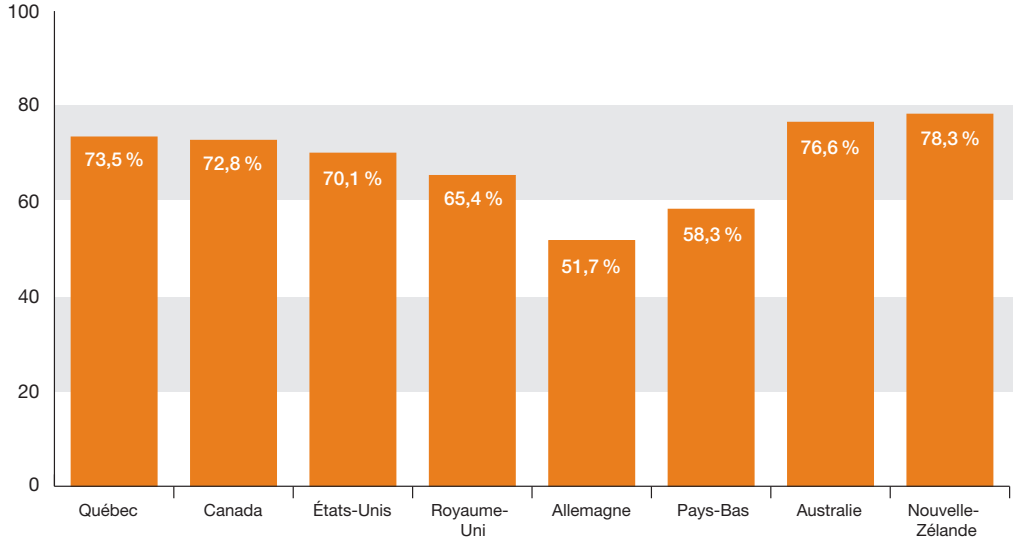
PRÈS DE 74 % DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS INTERROGÉS DÉCLARENT QUE LA QUALITÉ DES SOINS À LEUR SOURCE HABITUELLE DE SOINS EST EXCELLENTE OU TRÈS BONNE.

Néanmoins, d'autres études récentes suggèrent que certains types d'organisation de première ligne répondent mieux aux besoins et en maximisent l'impact sur l'expérience de soins des personnes. Ces modèles qui atteignent une meilleure performance favorisent la pratique de groupe, la multidisciplinarité, la coordination des soins et une vision de responsabilisation à l'égard des besoins des communautés desservies (Pineault et *al.*, 2008 ; Lamarche et *al.*, 2003). Les moins performantes sont celles qui fournissent un contact ponctuel sans rendez-vous et sans prise en charge. Parmi les plus performantes se trouvent les groupes de médecine de famille (GMF), qui se distinguent à cet égard, et les centres locaux de services communautaires (CLSC), mais à un degré moindre (Pineault et *al.*, 2008). Cependant, ces études révèlent que le Québec peut faire mieux pour satisfaire aux attentes légitimes et aux besoins de soins. L'enquête du Commonwealth Fund de 2007 signale, elle aussi, que la qualité perçue à propos des soins reçus est bonne, près de 74 % des Québécoises et des Québécois interrogés déclarent que la qualité des soins à leur source habituelle de soins est excellente ou très bonne, une proportion comparable à celle du Canada et s'approchant de celle des pays les plus performants à cet égard (Figure 14).

Figure 14

Qualité globale des services de santé, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, évaluant comme très bonne ou excellente la qualité globale des services de santé dans les 12 derniers mois.



Note : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

Source : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

> LES PROPOSITIONS DES RÉCENTES COMMISSIONS D'ÉTUDE ET DES GROUPES DE TRAVAIL

Ces dernières années, au Québec, plusieurs commissions d'étude et comités de travail se sont penchés sur les services de première ligne. Leurs observations concordent en ce qui a trait aux lacunes organisationnelles et leurs rapports offrent des recommandations pour y remédier. Voici brièvement les principales.

UN GRAND NOMBRE DE GMF ONT ÉTÉ CRÉÉS ET DIVERSES ÉVALUATIONS ONT PERMIS D'EN CONSTATER LES AVANTAGES, TANT POUR L'EXPÉRIENCE DE SOINS DES PERSONNES QUE POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PROFESSIONNELS Y EXERÇANT LEURS ACTIVITÉS.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair), qui avait le mandat d'examiner l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux, était perçue comme l'occasion de proposer des moyens pour protéger, adapter et améliorer le système (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Entre autres choses, cette commission a porté une grande attention aux services de première ligne. Elle a souligné la nécessité d'intégrer les pratiques préventives à la pratique clinique et d'organiser un réseau de première ligne pour en faire l'assise du système, intégrant les CLSC et les cabinets privés. Elle a recommandé que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille (GMF), composés d'omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Ces groupes seraient responsables d'une gamme définie de services auprès d'une population de citoyens qui les auraient choisis. Dans la foulée de ce rapport, un grand nombre de GMF ont été créés et diverses évaluations ont permis d'en constater les avantages, tant pour l'expérience de soins des personnes que pour la qualité de vie des professionnels y exerçant leurs activités (Beaulieu et *al.,* 2006 ; Pineault et *al.,* 2008 ; Haggerty et *al.,* 2007).

La commission Clair a aussi suggéré d'informatiser les dossiers médicaux dans les cabinets, les GMF et les CLSC, et ce, en vue de moderniser le traitement des données cliniques, et elle recommandait d'instaurer des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés partout au Québec. En effet, les travaux avaient mis en évidence la faiblesse des systèmes d'information clinique et l'incapacité d'obtenir des données populationnelles fiables. Soulignant l'absence du dossier médical informatisé, elle avait proposé de le mettre en place en partenariat avec le secteur privé, au vu du rôle de ces technologies pour soutenir les décisions cliniques. Un *vox pop* effectué dans le contexte de cette commission laissait aussi entendre que 81 % des personnes interviewées étaient favorables à l'idée d'un dossier médical informatisé, puis un sondage auprès de la population suggérait, à son tour, que 80 % des gens étaient, plutôt ou fortement, en accord avec l'idée qu'un dossier unique soit constitué pour chaque patient et soit accessible à tous les professionnels de la santé consultés.

De plus, la commission Clair a recommandé de revoir le cadre d'exercice des pratiques professionnelles et d'offrir les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. Elle proposait aussi que les établissements d'enseignement adaptent leurs programmes de formation aux exigences du travail interdisciplinaire. Enfin, elle a souligné les carences du système en raison du cloisonnement des professionnels ainsi que des établissements et le fait que l'hôpital demeure le lieu ultime de résolution des problèmes médicaux et sociaux — et qu'il en découle une mauvaise utilisation de l'hôpital et des unités d'urgence, avec un impact sur la performance du système.

La commission Clair a aussi fait ressortir le rôle primordial des services de santé dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Elle a suggéré d'intégrer la prévention — avec le soutien des directions de santé publique — à la pratique clinique des professionnels de la santé. À son tour, le Groupe de travail sur le financement du système de santé (groupe de travail Castonguay) a souligné la nécessité d'investir dans la prévention, car celle-ci permet d'améliorer la santé des personnes, de réduire ou de retarder l'utilisation des services et les coûts associés et de donner à la population les moyens de devenir plus productive (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Si, pour l'essentiel, le groupe de travail signale diverses interventions de promotion et de prévention réalisées à l'extérieur du système de santé et de services sociaux, il importe de rappeler que ce dernier a, lui aussi, un rôle à jouer. Les pratiques relatives au dépistage précoce des maladies, aux interventions motivationnelles, dont le but est de modifier des comportements, ainsi qu'à la prévention des complications de maladies ou de facteurs de risque peuvent se pratiquer en contexte clinique, en particulier en première ligne.

La commission Clair a aussi attiré l'attention sur l'importance d'instaurer une gestion proactive des services pour répondre aux défis que constitue l'évolution sociale et démographique, par les transformations dans le profil de maladies et dans les capacités technologiques d'intervenir sur la santé. Cette gestion proactive — ou préventive — devait aider à atteindre les objectifs consistant à prévenir, à guérir et à soigner par l'analyse des problèmes et de leurs causes, par l'identification des interventions disponibles, par le déploiement des interventions efficaces et par le suivi systématique de leurs résultats. C'est pourquoi la Commission avait souligné le rôle crucial des systèmes d'information et de la production de données probantes, insistant sur le rôle clé des technologies de l'information pour être en mesure d'apprécier la performance. Pour sa part, le groupe de travail Castonguay a fait valoir la nécessité de se donner des moyens pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux et elle a suggéré de se donner des indicateurs, de mener des évaluations comparatives entre dispensateurs et territoires et de partager l'information en vue de définir les pratiques efficaces.

Quant à la rémunération, la commission Clair a proposé un mode mixte. Ainsi, les médecins qui travaillent dans un groupe de médecine de famille seraient rémunérés en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques sociales et de santé, selon un forfait pour leur participation à certains programmes (selon des contrats ou des ententes), auquel s'ajouterait un montant à l'acte pour certaines activités de prévention ou pour soutenir la productivité à l'égard d'activités où le volume de services rendus est élevé. De son côté, le groupe de travail Castonguay a également suggéré un mode de rémunération à forfait associé à un mode mixte comportant un financement lié au nombre de patients inscrits.

Par ailleurs, le groupe de travail Castonguay a reçu pour mandat d'examiner les moyens d'assurer un financement adéquat de la santé. À cet égard, il a fait des recommandations à propos du financement de la première ligne de soins : percevoir une cotisation annuelle auprès des patients inscrits ; établir un financement des cliniques de première ligne, y compris, en tout ou en partie, le coût des consultations demandées aux spécialistes ; décloisonner la pratique médicale et autoriser la pratique dans les secteurs public et privé ; élargir la possibilité de s'assurer pour des services médicaux privés.

Bien que son mandat porte d'abord sur le financement, le groupe de travail Castonguay a tout de même dressé des constatations plus globales sur les problèmes qui affectent le système et proposé des recommandations. Notons les suivantes : inscrire les personnes auprès d'une clinique ou d'un médecin de famille ; se donner des moyens pour apprécier la performance du système et partager l'information pour dégager les pratiques efficaces ; se donner de meilleurs systèmes d'information ; accélérer le déploiement de la pratique de groupe, de façon à assurer à chaque Québécoise et à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille et à une équipe multidisciplinaire ; collaborer plus étroitement avec les autres composantes du système, grâce à des agents de liaison et en formant les nouveaux médecins à cette collaboration entre généralistes et spécialistes ; et rémunérer les médecins selon un mode mixte comportant un forfait lié au nombre de personnes inscrites.

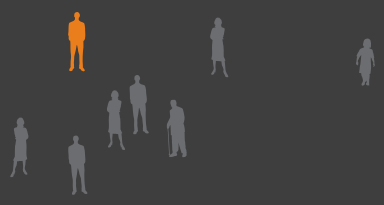
Plus particulièrement, il a recommandé d'accélérer le déploiement de cliniques de santé — soit des cabinets privés, des groupes de médecine de famille, des centres locaux de services communautaires, des cliniques-réseaux ou des coopératives de santé — pour donner, à chaque Québécois ou Québécoise, la possibilité d'avoir accès à un médecin de famille. Il recommandait aussi d'alléger la formule du GMF et de permettre l'association de plusieurs cabinets privés se partageant les heures d'ouverture et le personnel infirmier. Il a suggéré, en outre, que les patients s'inscrivent auprès d'une clinique de santé ou d'un médecin de famille. Ces cliniques de santé se distinguent des cliniques médicales par le fait que les services y seraient assurés non plus seulement par les médecins, mais plutôt par des équipes multidisciplinaires.

Une étude récente commandée par ce même groupe de travail établit les caractéristiques des organisations de première ligne qui obtiennent les meilleurs résultats (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007). Ces caractéristiques incluent la nécessité de voir au suivi de l'état de santé, à l'accès aux soins et à la coordination des soins des personnes et des collectivités envers lesquelles elles ont des responsabilités ; de regrouper les médecins qui y pratiquent en équipe, presque à plein temps, en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé, du secteur social et communautaire ; de baser le financement surtout sur le nombre de patients et leurs caractéristiques sociosanitaires ; de rémunérer les médecins en fonction des responsabilités qu'ils assument et du temps qu'ils y consacrent, et non pas uniquement ni surtout en fonction de la quantité et de la complexité des services fournis ; d'affilier chaque personne à un médecin de famille et d'assurer le suivi en personne ou par garde téléphonique, 24 heures par jour et 7 jours par semaine. En outre, les organisations de première ligne devraient se munir de technologies diagnostiques et thérapeutiques adéquates. Par ailleurs, cette étude recommande de revoir le nombre d'étudiants en médecine de famille et de valoriser leur pratique dans la formation ainsi que leur taux de rémunération.

Enfin, la commission Clair proposait une réforme de l'organisation du système de santé et de services sociaux fondée sur le médecin de famille, auquel elle accordait un rôle prépondérant. Selon nous, plusieurs éléments de cette vision demeurent pertinents pour guider la poursuite de la réorganisation du système de santé et de services sociaux. Dans le document intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications,* nous proposons des actions qui nous permettront d'y arriver. Si certaines sont déjà en cours et méritent d'être poursuivies, d'autres requièrent de nouveaux investissements, exigent un débat entre les acteurs du réseau et, finalement, l'engagement de tous pour répondre aux attentes des citoyens.

CONCLUSION

CONCLUSION



Afin d'apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois, il est nécessaire, dans un premier temps, de bien comprendre sa structure, son organisation, son financement et les enjeux qui y sont liés. Nous l'avons vu, le système québécois de santé et de services sociaux est une entité complexe. En faire bien comprendre les caractéristiques actuelles est donc un défi, défi que le présent document tente de relever au regard du système de santé et de services sociaux et de sa première ligne de soins.

Relativement à cette vue d'ensemble du système de santé et de services sociaux, une première constatation émerge : l'ampleur des ressources financières et humaines qui y sont investies, tout comme les volumes de services rendus à la population sont importants. Cependant, si le système de santé et de services sociaux bénéficie de beaucoup de ressources, sa performance globale, comparée à celle d'autres pays, soulève des questionnements, principalement au regard des soins de première ligne et des résultats atteints. À cet égard, il importe de noter qu'un Québécois sur cinq estime que le système doit être entièrement rebâti.

Certains facteurs soulevés dans le présent document pourraient expliquer les difficultés de la première ligne de soins. Acteurs pivots de la première ligne de soins, les médecins omnipraticiens ont vu leur pratique changer au cours des dernières années, le nombre d'activités cliniques de premier contact ayant été réduit au profit des centres hospitaliers. La pratique en CLSC s'est également accrue au cours des dernières années. Vaste et comportant de grandes distances entre les centres urbains, le territoire québécois ne favorise pas non plus l'accès aux ressources médicales, quoique la plupart des Québécois aient accès, en moins de 15 minutes de route, à un lieu de prestation de soins. Les médecins omnipraticiens québécois ont aussi vu diminuer la pratique en solo comparativement au reste du Canada. Par ailleurs, leur rémunération est de moins en moins du type « à l'acte », bien que 69,7 % des médecins aient reçu ce type de rémunération encore récemment.

Les rapports et indicateurs recensés révèlent certains problèmes particuliers relativement à la première ligne de soins : pénurie relative de main-d'œuvre, désaffection envers la pratique de médecine de famille, manque de productivité, difficulté d'affiliation aux médecins de famille, accessibilité réduite des services médicaux, réduction des champs de pratique, problèmes en continuité des soins, coordination insuffisante des services et satisfaction réduite envers les soins de première ligne. En effet, le corps médical, principalement en médecine de famille, s'est difficilement renouvelé et la médecine de famille est moins populaire auprès des étudiants en médecine. De plus, le nombre d'heures travaillées diminue et les médecins acceptent de moins en moins de nouveaux patients. Les Québécoises et les Québécois ont donc de moins en moins accès aux services médicaux de premier contact et la continuité des soins en est aussi diminuée, ce qui, de manière ultime, peut affecter la qualité des soins. Malgré ces observations, qui révèlent des problèmes, les taux de satisfaction d'individus ayant recours aux services en question sont relativement élevés au Québec.

Ces mêmes éléments nécessitant une amélioration dans notre contexte ont également été soulignés à maintes reprises par certains rapports de commissions d'étude et de groupes de travail qui se sont penchés sur la question de la première ligne de soins. De ces rapports, il ressort clairement qu'il est non seulement faisable mais aussi nécessaire de mieux organiser les services de première ligne afin de soutenir les efforts d'amélioration de la performance de celle-ci. Des actions ont été prises, entre autres l'adoption du projet de loi 25, balisant la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux, et la création des groupes de médecine de famille (GMF) ; des efforts soutenus dans ce sens demeurent cependant nécessaires.

Le système de santé et de services sociaux du Québec est complexe et les différents acteurs et organisations qui y exercent leurs activités partagent la responsabilité de sa performance. Dans cet esprit, le Commissaire à la santé et au bien-être convie le réseau à se joindre collectivement à l'exercice d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux et, plus particulièrement, de sa première ligne de soins, et à travailler ensemble à son amélioration continue.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, 2000 à 2008 ____ 16

FIGURE 2 Total des dépenses de santé, en pourcentage du produit intérieur brut, 2000 à 2008 ____ 17

FIGURE 3 Perception par rapport au système de santé, population présentant des problèmes de santé, Québec, Canada et autres pays, 2008 ____ 23

FIGURE 4 Affiliation à une source habituelle de soins, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 46

FIGURE 5 Délai pour obtenir un rendez-vous, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 48

FIGURE 6 Consultation évitable de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 50

FIGURE 7 Consultation de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 51

FIGURE 8 Attente à l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 52

FIGURE 9 Connaissance des antécédents médicaux, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 54

FIGURE 10 Participation du patient, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 55

FIGURE 11 Résultats de tests non disponibles, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 57

FIGURE 12 Aide à coordonner les soins, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 58

FIGURE 13 Ordonnance pour des tests inutiles, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 59

FIGURE 14 Qualité globale des services de santé, Québec, Canada et autres pays, 2007 ____ 61

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BEAULIEU, M. D. et *al.* (2008). « Family practice : professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. » *Social Science and Medicine* ; 67 (7), p. 1153-1163.

BEAULIEU, M. D. et *al.* (2006). *L'implantation des groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale, 27 p.

BÉGIN, C. et *al.* (1999). *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 442 p. (Collection Politique et économie)

BERGERON, P. (1990). « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. 31, n° 3, p. 359-380.

CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE (CARMS)/ SERVICE CANADIEN DE JUMELAGE DES RÉSIDENTS (2007). *Rapports des jumelages R-1*, Données relatives aux inscriptions et quotas par faculté pour le 1er tour 2007 (tableau 4) et aux postes non comblés au 2e tour 2007 par discipline et par faculté (tableau 38) [http://www.carms.ca/fre/operations_ R1reports_07_f.shtml] (5 janvier 2009).

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, Sondage national des médecins 2004 et 2007 [*demande d'analyse au Comité consultatif technique du Sondage national des médecins, le 9 juillet 2008* http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/resources/ access-f.asp]

COMITÉ SUR L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Montréal, Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 66 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance*, Document d'orientation, Québec, CSBE, 99 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et *al.* (2007). *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'œuvre médicale au Québec*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 81 p.

DAVIS, K. et *al.* (2007). *Mirror, Mirror on the Wall : An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, New York, The Commonwealth Fund, 30 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (2008). *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* [http://www.fmoq.org/Documents/Nouvelles/ Politique % 20nationale_FINALE. pdf] (5 janvier 2009).

FOURNIER, M. A. et A. P. CONTANDRIOPOULOS (2005). *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 63 p.

FRENK, J. et M. A. GONZÁLEZ-BLOCK (1992). « Primary Care and Reform of Health Systems : A Framework for the Analysis of Latin American Experiences », *Health Services Management Research*, vol. 5, n° 1, p. 32-43.

FRONTIER CENTRE FOR PUBLIC POLICY & HEALTH CONSUMER POWERHOUSE (2008). *Canadian Health Consumer Index 2008 Report*, Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse, 39 p.

FYKE, K. J. (2001). *Caring for Medicare : Sustaining a Quality System*, Commission on Medicare, Regina, Government of Saskatchewan, 154 p.

GAUTHIER, J. et *al.* (à paraître). *Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec*, Programme de recherche financé par la FCRSS — RC2-0985-05.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (2008). *En avoir plus pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, Groupe de travail sur le financement du système de santé, 338 p.

HAGGERTY, J. L. et *al.* (2007). « Place à l'amélioration : Expérience des patients du Québec concernant les soins primaires à la veille de réformes majeures », *Le médecin de famille canadien*, juin, vol. 53, p. 1056-1057.

HAMEL, M. et *al.* (2007). *L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne, 107 p.

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE & FRONTIER CENTRE FOR PUBLIC POLICY (2008). *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*, Health Consumer Powerhouse AB & Frontier Centre for Public Policy, 46 p.

HUTCHISON, B., J. ABELSON et J. LAVIS (2001). « Primary Care in Canada : So Much Innovation, So Little Change », *Health Affairs*, mai-juin, vol. 20, n° 3, p. 116-131.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 145 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *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, Québec, Gouvernement du Québec, 63 p.

KAPETANAKIS, C., D. OUELLET et R. PINEAULT (2008). *Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal. Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.

KIRBY, M. J. L. (2002). *The Health of Canadians — The Federal Role. Final Report. Volume Six : Recommendations for Reform*, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Chair : The Honourable Michael J. L. Kirby, Deputy Chair : The Honourable Marjory LeBreton, Senate of Canada, 351 p.

LAMARCHE, P. A., R. PINEAULT et Y. BRUNELLE (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé, 63 p.

LAMARCHE, P. A. et *al.* (2003), *Synthèse des politiques sur les soins de première ligne*, Rapport soumis aux partenaires pour le compte de la Fondation de recherche sur les services de santé, novembre.

LEVESQUE, J. F., D. ROBERGE et R. PINEAULT (2007). « La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? », dans M. J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation, chap. 5, p. 63-78.

LEVESQUE, J. F. et *al.* (2007a). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : Barrières et éléments facilitants*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique, 69 p.

LEVESQUE, J. F. et *al.* (2007b). *L'expérience de soins de la population — Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie*, Institut national de santé publique du Québec, 97 p.

LEVESQUE, J. F. et P. BERGERON (2003). « Quebec's Health Care System : Origins, Organization and Future », dans C. P. SHAH (dir.), *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, W. B. Saunders Canada, 5e édition, chap. 17, p. 517-529.

MACINKO, J., B. STARFIELD et L. SHI (2003). « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, juin, vol. 38, no 3, p. 831-865.

MAZANKOWSKI, D. (2001). *A Framework for Reform*, Report of the Premier's Advisory Council on Health, Government of Alberta, 72 p.

MCKINLAY, J. et L. MARCEAU (2008). « When there is no doctor : Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 10, p. 1481-1491.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*, Direction des politiques et des orientations stratégiques, Québec, MSSS, 128 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008a). *Info-Dépenses*, Service du développement de l'information (SDI), février, p. 27, 33 et 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Info-Sérhum*, Service du développement de l'information (SDI), août, p. 18.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Direction des politiques et des orientations stratégiques, Québec, MSSS, 112 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, Québec, MSSS, 63 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS.

ONTARIO HEALTH QUALITY COUNCIL (2008). *Report on Ontario's Health System*, Toronto, OHQC, 108 p.

ORDRE DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DU QUÉBEC (2007). *Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec. Données au 31 mars 2007*, Faits saillants de l'année 2006-2007, Service des statistiques sur l'effectif, Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif, OIIQ, [http://www.oiiq.org/uploads% 5Cpublications% 5Cstatistiques/stats2007/evolution_effectifs_2007.htm#05] (5 janvier 2009).

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, OCDE, 195 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ/WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The World Health Report 2000 : Health Systems : Improving Performance*, Genève, OMS, 206 p.

PINEAULT, R. et *al.* (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Québec, Institut national de santé publique du Québec, 59 p. + annexes.

PONG, R. W. et J. R. PITBLADO (2001). « Don't take geography for granted ! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians », *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 6, n° 2, p. 103-112.

ROMANOW, R. J. (2002). *Building on Values : The Future of Health Care in Canada — Final Report*, Saskatoon, The Commission on the Future of Health Care in Canada, 356 p.

ROURKE, J. (2008). « Increasing the number of rural physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 3, p. 322-325.

SANMARTIN, C. (2006). « Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 3, p. 103-119.

SANMARTIN, C. et *al.* (2002). « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution », *Rapports sur la santé*, vol. 13 , n° 3, p. 17-24, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

SAVARD, I. et J. RODRIGUE (2007). *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006*, Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 27 p.

SCHOEN, C. et *al.* (2006). « On The Front Lines of Care : Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views in Seven Countries », *Health Affairs Web Exclusive*, vol. 25, n° 6, w555-w571, [http ://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/6/w555] (publié en ligne le 2 novembre 2006).

SHEA, K. K. et *al.* (2007). *Health System Performance in Selected Nations : A Chartpack*, The Commonwealth Fund, 130 p.

SINCLAIR, D. (1999). Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Chair), *Primary Health Care Strategy*, Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health, Government of Ontario, 84 p.

STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005). « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *Milbank Q.*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.

STARFIELD, B. (1998). *Primary Care : Balancing Health Needs*, Services and Technology, New York, Oxford University Press, 438 p.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM (2006). *Why Not the Best ? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*, New York, The Commonwealth Fund, 32 p.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA (2006). *Healthy Provinces, Healthy Canadians : A Provincial Benchmarking Report. Health, Healthcare and wellness*, Ottawa, The Conference Board of Canada, 33 p.

WILSON, R., S. E. D. SHORTT et J. DORLAND (2004). *Implementing Primary Care Reform : Barriers and Facilitators*, Kingston (Ontario), School of Policy Studies, Queen's University, 200 p.

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR UN AUTEUR PRINCIPAL

Jean-Frédéric Levesque*,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

AVEC LA COLLABORATION DE

Mélissa Généreux

Marie-Alexandra Fortin

Abdo Shabah

Ghislaine Cleret de Langavant,
commissaire adjointe à l'éthique

Claire Boily

Marie-France Hallé

Junichiro Boutet-Nakamura

Anne Marcoux,
directrice générale

CONTRIBUTION À LA RECHERCHE ET À LA VALIDATION DES DONNÉES

Daniel Labbé,
coordination

Maxime Ouellet

Mathilde Bélanger

Claire Boily

COMITÉ CONSULTATIF

France Légaré,
Université Laval

Robert Perreault,
Université McGill et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Raynald Pineault,
Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Brian Hutchison,
McMaster University

Diane Watson,
University of British Columbia

Martin Roland,
University of Manchester, Royaume-Uni

COMITÉ D'ORIENTATION

Paul Bernard,
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos,
Université de Montréal

Véronique Déry,
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Jean-Pierre Duplantie,
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire

Denis A. Roy,
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

GRAPHISME

Matteau Parent graphisme et communication inc.

ÉDITION

Chantal Racine
Solange Lapierre

© 2009 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, 2009
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Mars 2009

ISBN : 978-2-550-55140-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-55141-6 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin-conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'Institut, il agit à titre de commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

REMERCIEMENTS

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux.

À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

M^me^ Myriam Bergeron	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M^me^ Caroline Boucher	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Yvon Brunelle	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Robert Choinière	Institut national de santé publique du Québec
M^me^ Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
M^me^ Johanne Fournier	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M^me^ Yolaine Galarneau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M^me^ Josée Gauthier	Institut national de santé publique du Québec
M. François Grenier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Jonathan Keays	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
M^me^ Carolle Lessard	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Daniel Marleau	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
M. Robert Pampalon	Institut national de santé publique du Québec
M. Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Daniel Poirier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Denis A. Roy	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Robert Sainte-Marie	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Marc-André Saint-Pierre	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M^me^ Sarah Scott	Coordonnatrice du Sondage national des médecins et du Projet Janus, Collège des médecins de famille du Canada
M. José Vélasco	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M^me^ Lynne Villeneuve	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessous.

En effet, la collecte des données provenant des enquêtes du Commonwealth Fund s'est faite grâce à la collaboration du Commonwealth Fund et de la Health Foundation (Royaume-Uni) ; du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (Pays-Bas) et du Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen ; du German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Allemagne) ; de la Haute Autorité de santé (France) ; du Conseil canadien de la santé (Canada), du Commissaire à la santé et au bien-être (Québec) ; du Ontario Health Quality Council (Ontario).

Certes, toutes les personnes qui nous ont partagé leurs avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leurs noms ne figurent pas dans ces lignes.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec

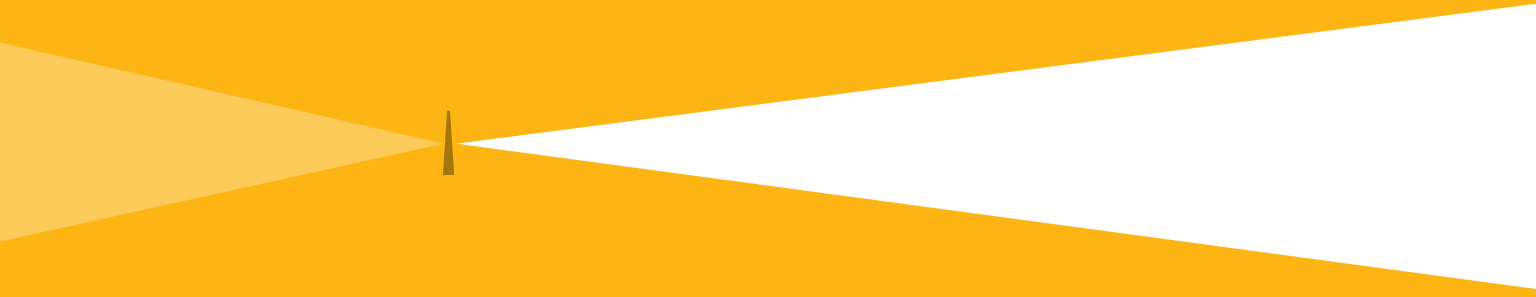
LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2009

CONSTRUIRE SUR LES BASES D'UNE PREMIÈRE LIGNE DE SOINS RENOUVELÉE :

RECOMMANDATIONS, ENJEUX ET IMPLICATIONS



Québec



apprécier

recommander

consulter

informer

MOT DU COMMISSAIRE _4

AVANT-PROPOS _6

INTRODUCTION _9

COMMENT LE COMMISSAIRE
A-T-IL FORMULÉ SES RECOMMANDATIONS ? _15

COMMENT AMÉLIORER
LA PERFORMANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS ? _25

1 Agir sur l'organisation des soins et les ressources 28
- 1.1 La pratique de groupe de médecine de famille 29
- 1.2 L'informatisation des dossiers médicaux et le dossier de santé partageable 36
- 1.3 L'interdisciplinarité et la pratique en réseau 47

2 Agir sur les pratiques cliniques et la prestation de services 56
- 2.1 Le développement de nouvelles modalités de prestation de soins 57
- 2.2 La participation des personnes aux soins 63
- 2.3 L'inscription de la population 71

3 Agir sur la planification et la gestion des activités cliniques 77
- 3.1 La révision des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne 78
- 3.2 La gouverne clinique 86
- 3.3 L'appréciation et l'amélioration continue de la performance 93

4 Agir sur le financement des soins 99
- 4.1 Réaligner les modes de rémunération des médecins 99

UNE PERSPECTIVE
D'ENSEMBLE SUR LES RECOMMANDATIONS _107

CONCLUSION _113

LISTE DE RECOMMANDATIONS _118

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _128

ANNEXES _131

Annexe 1 – Liste des personnes ayant participé
au séminaire d'experts sur les services médicaux de première ligne
tenu à Montréal, les 26 et 27 novembre 2007 132

Annexe 2 – Liste des personnes ayant participé
au panel de décideurs sur les services médicaux de première ligne
tenu à Montréal, les 21 et 22 février 2008 133

Annexe 3 – Liste des membres du Forum de consultation du Commissaire 134

RÉALISATION _135

REMERCIEMENTS _136

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

Apprécier la performance d'un système de santé et de services sociaux n'est pas une mince affaire. Pour remplir notre mandat, nous avons opté pour une approche unique, fondée sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs, ainsi que sur la consultation citoyenne, que nous avons placée au cœur de notre démarche. C'est pourquoi notre appréciation emprunte deux voies : d'une part, l'étude quantitative d'indicateurs de monitorage et, d'autre part, une série de consultations, dont celle du Forum de consultation du Commissaire, qui permettent de donner un sens aux chiffres.

La première ligne de soins fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation. En tant que porte d'entrée du système, la première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut construire une amélioration de l'ensemble du système. De plus, du fait qu'elle répond aux besoins courants des personnes en matière de santé, cette première ligne de soins est une façon de rejoindre une majorité de personnes, près de leur milieu de vie. Finalement, nombre de commissions, de groupes de réflexion et d'études se sont penchés sur la première ligne de soins. Il existe, par conséquent, un vaste ensemble de constats et de propositions de changement à son égard.

Partant de ces constats, nous avons consulté un ensemble d'experts, de décideurs et de citoyens, ainsi que divers groupes professionnels et divers milieux cliniques. Un ensemble de propositions en a émergé. Certaines font consensus, tandis que d'autres suscitent encore des débats. Nous avons retenu celles pour lesquelles l'ensemble des acteurs consultés s'entendait, tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur faisabilité, de leur acceptabilité dans notre contexte et de la démonstration de leurs effets.

Le rapport d'appréciation que je soumets est conçu en quatre documents, chacun ayant sa vocation propre, qui s'adressent à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Avant tout cependant, notre démarche est empreinte du désir d'informer et d'apporter des pistes d'amélioration. Il faut l'admettre, ce système est complexe au point qu'il n'est pas toujours bien compris. Nous avons ainsi privilégié une approche où un ensemble de renseignements sont présentés, de manière structurée, pour alimenter la réflexion de plusieurs acteurs pouvant faire une différence pour notre système.

L'envergure du sujet nous pousse à adopter une attitude humble devant la difficulté de la tâche qui consiste à apprécier la performance d'un système tel le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela nous incite aussi à la prudence de manière à ne pas faire de jugements trop hâtifs sur des questions que nous commençons seulement à appréhender. C'est pourquoi, dans certains cas, nous avons réservé notre opinion, faute de preuves. Dans de tels moments, nous avons plutôt exposé la problématique et convié l'ensemble de nos concitoyens à l'examiner. Dans plusieurs domaines, cependant, nous disposons d'une information suffisante pour formuler des recommandations.

Notre appréciation ne consiste pas en une réponse toute faite, ni en un palmarès, mais bien en une invitation à prendre en main, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Notre objectif n'était pas de chercher des responsables aux problèmes constatés, ni de pointer quiconque du doigt, mais plutôt de mettre en évidence les problèmes systémiques en cause et les façons prometteuses d'organiser les services. Chacun à notre façon, nous sommes responsables de la performance de notre système : il nous appartient donc à tous de contribuer à son appréciation et à son amélioration.

L'ampleur de la collaboration dont j'ai été témoin à chacune des étapes de consultation et lors de la collecte de données quantitatives, de même que la richesse de ces sources d'information, m'inspire confiance. Le désir et la volonté, qui existent dans notre réseau, de travailler en synergie pour maintenir et améliorer la performance de celui-ci sont bien vivants. Ce contexte me semble donc propice au renouveau. Donnons-nous alors les moyens de relever les défis qui se présentent et faisons nôtre ce projet d'amélioration continue.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois



> AVANT-PROPOS

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONSISTE À APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PUBLIE UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. POUR CE FAIRE, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS CONSULTATIFS ET DÉLIBÉRATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. LA DÉMARCHE REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE, COMME L'INDIQUE LE DOCUMENT D'ORIENTATION DU COMMISSAIRE (CSBE, 2008).

L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle de la première ligne de soins. Pour bâtir son opinion, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données, notamment des indicateurs de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de points de vue résultant de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations du Forum de consultation du Commissaire, composé de citoyens dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et du bien-être.

Notre examen fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer des résultats le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens ; et, enfin, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, intitulé *État de situation sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins,* dresse un portrait sommaire de notre système, mais, surtout, de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figure aussi.

Le deuxième volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats et observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, nous détaillons certaines conditions liées à leur implantation, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec certaines propositions.

À la lumière des analyses de la performance et des consultations, le quatrième volume, **l'objet du présent document**, intitulé ***Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications***, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations qu'il y a tout lieu de considérer comme étant attendues.

INTRODUCTION



INTRODUCTION



La santé et le bien-être comptent parmi les acquis les plus importants de la société québécoise. Il en découle une préoccupation marquée pour les questions entourant la performance de notre système de santé et de services sociaux, d'autant plus que celui-ci a la responsabilité de maximiser l'impact des services qu'il rend à la population et d'orienter l'action de l'ensemble des partenaires de la société qui influent sur les déterminants de la santé et du bien-être. Rappelons que l'objectif global du système de santé et de services sociaux consiste à promouvoir la santé, à prévenir la maladie, à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, ainsi qu'à réduire les inégalités existant entre les personnes ou les groupes dans la population. On comprend donc combien il est crucial d'apprécier la performance de ce système, si l'on cherche à en assurer l'amélioration continue et à mieux répondre aux besoins des citoyens.

IL EST CRUCIAL D'APPRÉCIER LA PERFORMANCE DE CE SYSTÈME, SI L'ON CHERCHE À EN ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE ET À MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES CITOYENS.

Les interventions visant cet objectif demeurent cependant difficiles à actualiser, en plus d'exiger une réévaluation constante. En effet, à l'instar de ceux des pays occidentaux, notre système présente deux caractéristiques : il est dynamique et il affiche un haut niveau de complexité. Constitué d'une multitude d'acteurs et d'organisations et offrant une large gamme d'interventions sociales et de santé, il doit répondre à une diversité de besoins. En outre, il doit composer avec les fortes pressions qu'exercent les changements démographiques et socioéconomiques actuels ainsi qu'avec l'évolution des technologies, des médicaments et des pratiques professionnelles. En pareil contexte, la prise de décision gouvernementale exige des arbitrages entre des objectifs multiples.

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC A POUR MISSION D'APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE.

Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécois. Pour ce faire, le Commissaire apprécie la performance du système de santé et de services sociaux ; il consulte des experts, des décideurs et des citoyens, notamment par l'intermédiaire de son Forum de consultation ; il informe le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'ensemble de la population du Québec ; et il recommande des actions dont le but est d'accroître la performance du système de santé et de services sociaux.

Pourquoi commencer par la première ligne de soins ?

Plusieurs l'ont déjà souligné, il faut soutenir la première ligne de soins et s'assurer qu'elle prodigue les services qui sont les plus pertinents relativement à ses fonctions. L'importance de la première ligne de soins comme fondement d'un système de santé et de services sociaux performant et le rôle crucial des cabinets médicaux non seulement ont émergé comme constats fondamentaux de la consultation du Commissaire, que ce soit auprès des experts, des décideurs ou des citoyens, mais ont été également à la base de recommandations faites antérieurement par des commissions d'étude et des groupes de travail. Comme il s'agit souvent du principal point de contact entre les citoyens et le système de santé et de services sociaux, cela s'avérait la première étape logique à nos yeux pour que le Commissaire à la santé et au bien-être formule des actions à entreprendre dès maintenant.

De plus, au Québec, plusieurs transformations qui pourraient avoir un impact majeur sur l'accès aux soins ainsi que sur la coordination et la qualité des services rendus à la population sont en cours. En outre, nous bénéficions à présent de plusieurs études sur la première ligne de soins et sur certaines manières de faire prometteuses, notamment des modèles d'organisation déjà en implantation. Ce contexte de transformation représente une occasion unique de faire le point, d'informer les citoyens et les décideurs sur l'efficacité des transformations organisationnelles à l'œuvre depuis quelques années et de recommander l'implantation ou la consolidation de pratiques organisationnelles exemplaires. Néanmoins, la réorganisation de la première ligne de soins entamée il y a quelques années n'en est qu'à ses débuts. Ainsi, la démonstration quant à ses effets sur la réponse aux besoins des personnes et sur la santé de notre population n'est que partielle.

AU QUÉBEC, PLUSIEURS TRANSFORMATIONS QUI POURRAIENT AVOIR UN IMPACT MAJEUR SUR L'ACCÈS AUX SOINS AINSI QUE SUR LA COORDINATION ET LA QUALITÉ DES SERVICES RENDUS À LA POPULATION SONT EN COURS.

Dans le présent document, nous décrivons les fruits de cette analyse intégrée en ce qui a trait à la première ligne de soins. La première partie illustre sommairement comment le Commissaire a formulé ses recommandations. La deuxième partie fait état de propositions d'actions, des bénéfices escomptés de telles actions à la lumière des études et des expériences locales et internationales, de la situation actuelle et des enjeux pour les citoyens qui y sont associés et, finalement, de ce qu'en retient le Commissaire à la santé et au bien-être. Chaque sous-section se termine par la formulation de recommandations issues de la synthèse de l'information recueillie ainsi que par une réflexion préliminaire portant sur certaines implications associées à ces recommandations. Le document se termine par une troisième partie qui expose les liens présents entre ces diverses recommandations et leur potentiel pour l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux.

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, NOUS DÉCRIVONS LES FRUITS DE CETTE ANALYSE INTÉGRÉE EN CE QUI A TRAIT À LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

COMMENT LE COMMISSAIRE A-T-IL FORMULÉ SES RECOMMANDATIONS ?



COMMENT LE COMMISSAIRE A-T-IL FORMULÉ SES RECOMMANDATIONS ?

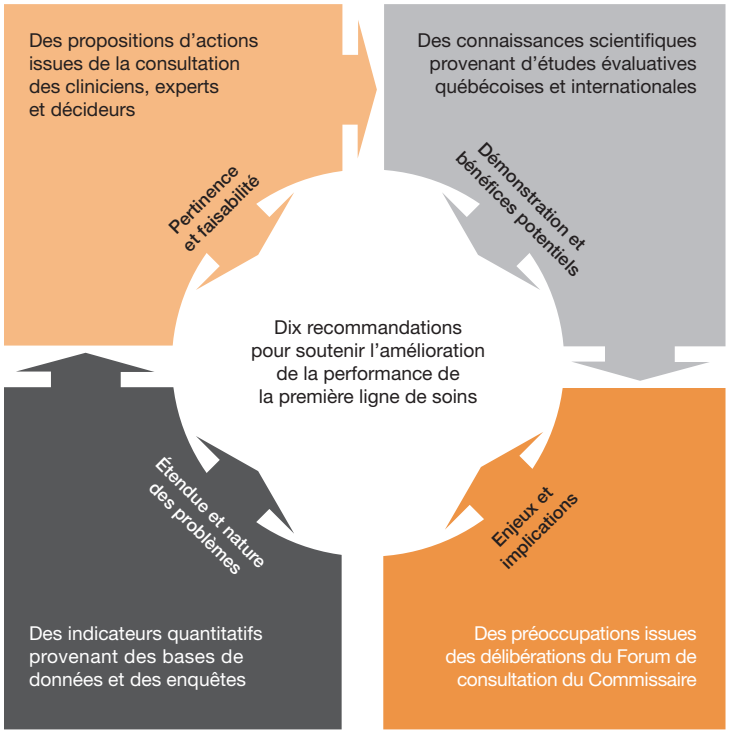
NOTRE DÉMARCHE DE CONSULTATION A PERMIS DE RELEVER DES ACTIONS NÉCESSAIRES POUR L'ATTEINTE D'UNE MEILLEURE PERFORMANCE.

Un nombre important de paramètres ont dû être pris en considération pour déterminer les recommandations prioritaires en ce qui concerne l'amélioration de la performance de la première ligne de soins et du système de santé et de services sociaux du Québec. L'état de situation dressé et l'analyse des indicateurs de monitorage et d'enquêtes ont permis de repérer la nature et l'étendue des problèmes affectant la première ligne de soins. Notre démarche de consultation a permis de relever des actions nécessaires pour l'atteinte d'une meilleure performance. Nous avons analysé ces actions à la lumière des études scientifiques évaluatives québécoises et internationales qui en démontrent l'efficacité pour améliorer les services et les bénéfices potentiels. Nous avons tenu compte de la pertinence et de la faisabilité des actions, telles que les ont perçues les décideurs et autres acteurs du réseau consultés, ainsi que des enjeux et des implications qui y sont liés, à la lumière des délibérations du Forum de consultation du Commissaire.

C'est la synthèse de l'ensemble de ces éléments qui nous a permis de faire des choix et de proposer quelques recommandations que nous considérons comme incontournables. Ainsi, la force des recommandations du Commissaire consiste en cette analyse intégrée qui vise à déterminer ce qui est pertinent, faisable et démontré comme efficace pour répondre aux problèmes repérés en tenant compte des enjeux et des conditions émergeant de la perspective citoyenne (voir la Figure 1).

Figure 1

Des recommandations issues d'une intégration des connaissances



Des renseignements issus de l'analyse des données quantitatives

Le document *État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins* présente un ensemble de renseignements qui permettent de mieux comprendre le système de santé et de services sociaux du Québec. Cet état de situation, que nous avons dressé à l'aide de données provenant d'un ensemble d'études et d'analyses ainsi qu'à l'aide de données inédites comparant le Québec à un ensemble de pays occidentaux et provenant d'une récente enquête du Commonwealth Fund, a soulevé divers problèmes relatifs à la première ligne de soins.

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS NE RÉUSSIT PAS À COUVRIR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ET LES BESOINS DE SOINS QU'ELLE MANIFESTE.

Les principaux constats de cet état de situation démontrent que, si les soins prodigués demeurent d'une grande qualité et si les personnes s'en montrent très satisfaites, la première ligne de soins ne réussit pas à couvrir l'ensemble de la population et les besoins de soins qu'elle manifeste. Cet état de situation a aussi confirmé les problèmes d'affiliation au médecin de famille et les problèmes d'accès aux soins qui en découlent. Le Québec présente une pénurie relative de main-d'œuvre médicale en première ligne et une productivité moindre que dans d'autres contextes, malgré un niveau de ressources humaines très comparable. Cela est également en rapport avec une désaffection envers la pratique de médecine familiale au profit d'une pratique de médecine spécialisée et hospitalière. De plus, le fait que les médecins de famille eux-mêmes tendent à se spécialiser et à réduire leur champ de pratique ne fait qu'accroître l'impact potentiel de ces constats sur les soins qui s'adressent à la population du Québec.

Le document *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage* fait état de la performance du système à la lumière des indicateurs de monitorage dans une perspective globale et intégrée. Un ensemble important d'indicateurs ont ainsi été sélectionnés et analysés à l'échelle de la province et des régions du Québec afin de repérer des secteurs précis ou des problématiques particulières qui méritent notre attention et celle de divers acteurs du réseau de la santé qui ont des mandats de planification, de gestion, de prestation ou d'évaluation des services de santé et de services sociaux.

LES GENS QUI ACCÈDENT AUX SOINS DE SANTÉ RÉUSSISSENT À OBTENIR DES SERVICES DE QUALITÉ ET EN SONT SATISFAITS.

Les constats de cette analyse, à l'échelle provinciale autant que régionale, nous invitent à examiner tous ensemble les raisons pouvant expliquer les écarts de performance et à réfléchir aux améliorations possibles. Certains constats ont trait à l'organisation des services de santé et de services sociaux en général et suggèrent que les gens qui accèdent aux soins de santé réussissent à obtenir des services de qualité et en sont satisfaits dans l'ensemble. C'est un point extrêmement positif à souligner. De plus, les analyses réalisées démontrent que des gains substantiels ont été obtenus au cours des dernières années en ce qui a trait à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux. Ces gains permettent de répondre à l'accroissement des besoins en soins, découlant de la transformation des problèmes de santé de la population, ainsi qu'à l'accroissement constant des capacités d'intervention et de traitement.

D'autres constats montrent par contre que certains aspects du système présentent des écarts, et ce, à l'échelle provinciale autant que régionale. La façon dont sont organisés les soins et la productivité mérite une attention particulière. Les variations importantes entre les régions par rapport à l'atteinte des balises de performance, c'est-à-dire les valeurs de référence, indiquent une performance variable et nous invitent à un examen approfondi des modalités particulières de planification, d'organisation, de gestion et d'évaluation des services qui pourraient être à l'origine de telles variations. L'intention est d'apprendre de ces écarts de performance et d'échanger sur les pratiques les plus prometteuses afin d'améliorer plus encore la performance du système.

L'INTENTION EST D'APPRENDRE DE CES ÉCARTS DE PERFORMANCE ET D'ÉCHANGER SUR LES PRATIQUES LES PLUS PROMETTEUSES.

Si plusieurs des constats qui ont été faits portent sur un ensemble divers de secteurs ou d'activités du système de santé et de services sociaux, d'autres portent plus spécifiquement sur la première ligne de soins. Parmi ces constats, notons le niveau de ressources médicales et les indicateurs liés au climat organisationnel, qui sont favorables au Québec comparativement à l'ensemble canadien. Par ailleurs, d'autres constats placent moins favorablement notre système comparativement aux autres provinces. Parmi ces constats, notons des problèmes d'accès aux soins et d'affiliation au médecin de famille et le recours important à l'urgence pour des problèmes qui peuvent être traités dans les cliniques de première ligne en rapport avec des indicateurs de productivité moins favorables. Finalement, la première ligne de soins ne semble pas bénéficier d'une structure organisationnelle moderne comparativement à celle d'autres provinces ou pays comparés, particulièrement en ce qui concerne la pratique médicale de groupe et l'implantation de nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Pour en savoir davantage

Pour prendre connaissance de l'ensemble des constats et de l'information disponible, veuillez consulter les documents intitulés *État de situation portant sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins* et *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage* publiés parallèlement à ce document.

De plus, pour profiter de l'ensemble des tableaux de données et de balisage mis à jour de manière cyclique ainsi que d'un ensemble plus complet de produits d'évaluation de la performance, visitez périodiquement le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca). Vous y trouverez également de plus amples détails au sujet des indicateurs, tels que leurs sources exactes, leurs définitions et les périodes de données utilisées dans les calculs.

Des renseignements issus des consultations

Le Commissaire à la santé et au bien-être a reçu, par sa loi constitutive, le mandat et le pouvoir de consulter. Tel que cela est décrit dans son document d'orientation (CSBE, 2008), cette consultation inclut des experts — cliniciens, chercheurs et analystes du système de santé —, des décideurs — politiques, administratifs et cliniques — et des citoyens, par l'entremise du Forum de consultation du Commissaire. Ces consultations sont interreliées les unes aux autres, les constats issus de chacune d'elles servant de base de discussion aux autres.

L'OBJECTIF EST DE PROPOSER DES ACTIONS DONT LA DÉMONSTRATION EST FAITE QU'ELLES SONT À LA FOIS EFFICACES ET RÉALISABLES, SI L'ON TIENT COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES PROPRES DU SYSTÈME, ET, DE MANIÈRE ULTIME, LES PLUS ACCEPTABLES POSSIBLE.

Le Commissaire privilégie une approche visant à déterminer les domaines pour lesquels un consensus fort existe parmi les différents acteurs consultés. La reconnaissance de ces domaines permet l'émergence des constats les plus importants relatifs au système et la définition d'actions faisables considérées comme les plus propices à améliorer la performance du système. Cette démarche permet d'intégrer plusieurs aspects de notre contexte particulier dans l'appréciation de la performance et dans l'élaboration de recommandations de façon à permettre une meilleure implantation de celles-ci. L'objectif est de proposer des actions dont la démonstration est faite qu'elles sont à la fois efficaces et réalisables, si l'on tient compte des caractéristiques propres du système, et, de manière ultime, les plus acceptables possible relativement aux valeurs prédominantes dans la société québécoise.

Le Forum de consultation du Commissaire

Le Forum de consultation du Commissaire est constitué de 27 membres, dont 18 citoyens venant de chacune des régions du Québec et 9 citoyens possédant une expertise particulière rattachée au domaine de la santé et du bien-être (voir l'annexe 3). Ces membres sont nommés pour un mandat de trois ans. Le Forum a pour mandat de fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions que celui-ci lui soumet dans le contexte de ses travaux. En vertu de l'article 22 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, le rapport d'appréciation sur la performance doit faire état de la consultation du Forum de même que de ses conclusions ou recommandations sur chacun des éléments ou questions qui lui ont été soumis au cours de cette consultation.

Pour l'appréciation des services médicaux de première ligne, nous avons convié, en novembre 2007, des chercheurs et des analystes québécois, reconnus par leurs pairs pour leur expertise, à un séminaire d'experts. De plus, en février 2008, nous avons invité des décideurs, venant de divers secteurs et paliers du système de santé et de services sociaux, à un panel de décideurs. Ces deux étapes de consultation ont permis de reconnaître divers aspects du contexte dans lequel le système de santé et de services sociaux évolue qui peuvent avoir un impact sur sa performance, d'énoncer une vision de ce que serait une première ligne de soins performante, de cibler des actions potentielles pour atteindre une telle vision, de déterminer les actions les plus prioritaires à implanter dans notre contexte et d'en discuter la faisabilité au Québec. Neufs domaines d'action et 39 actions prioritaires ont été relevés. Les résultats de ces deux étapes de la consultation sont présentés en détail dans le document intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*.

Le Commissaire a également entrepris des consultations auprès de groupes spécifiques, de manière à complémenter les renseignements obtenus et à en approfondir certains aspects. Dans le contexte de ces consultations complémentaires, nous avons rencontré des groupes représentant les médecins (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, départements régionaux et locaux de médecine générale, cliniques médicales). Ces consultations ont permis au Commissaire de confronter diverses pistes d'action et d'échanger avec des acteurs jouant des rôles importants au sein de la première ligne de soins. Ces consultations ont confirmé plusieurs des constats relevés dans le contexte de la démarche d'appréciation. Parmi ceux-ci, soulignons les problèmes que vit la première ligne de soins en ce qui concerne l'attrait de la pratique de médecine de famille auprès des jeunes médecins, les problèmes d'accès aux soins et d'affiliation au médecin de famille ainsi que les défis posés par les façons d'organiser les soins de première ligne au Québec.

Finalement, le Forum de consultation du Commissaire a délibéré, lors de deux séances en juin et en septembre 2008, sur divers enjeux relatifs aux domaines et aux actions jugés prioritaires afin de faire émerger les enjeux éthiques que leur mise en œuvre soulevait. Le document *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins* décrit plus en détail l'ensemble du processus de consultation et présente les résultats.

Enfin, afin de mettre en perspective les constats et les recommandations issus des travaux d'appréciation de la performance du Commissaire, nous avons eu recours au comité d'orientation du Commissaire et à un comité consultatif sur la première ligne de soins, composé d'experts canadiens et internationaux[1]. Ceci a permis de porter un regard plus global sur les différents aspects abordés et d'intégrer certaines leçons provenant d'autres contextes que celui du Québec.

1. Il importe de noter que le rôle des comités se limitait à un rôle conseil, les membres n'étant pas liés aux conclusions auxquelles arrive le Commissaire après ses démarches de consultation. Les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être n'engagent que le Commissaire et ne représente pas la position des personnes ayant participé aux consultations du Commissaire.

Pour en savoir davantage

Pour prendre connaissance de l'ensemble des résultats de la consultation d'experts, de décideurs et des délibérations du Forum de consultation du Commissaire sur le sujet de la première ligne de soins, il faut se reporter au document intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*. Dans le présent document, seulement quelques aspects des consultations et des positions du Forum, en rapport avec les actions discutées, sont présentés.

Des recommandations fondées sur la synthèse des informations

Nous avons analysé les recommandations possibles et avons porté une attention particulière à leur interrelation. Si chaque recommandation présente des bénéfices potentiels, la synergie issue de l'implantation d'un ensemble cohérent de mesures semble pouvoir faire une différence encore plus grande dans notre système de santé et de services sociaux. De surcroît, certaines recommandations se sont rapidement avérées comme étant nécessaires à l'implantation d'autres mesures. Nous avons donc donné la priorité aux recommandations dont l'action combinée est garante de retombées bénéfiques pour la performance d'ensemble de notre système et dont l'implantation pourrait faciliter l'instauration d'un ensemble plus vaste de mesures.

L'ENJEU ICI N'EST PAS DE TOUT FAIRE D'UN COUP, MAIS PLUTÔT DE DÉMARRER TOUT DE SUITE LE TRAVAIL SUR CHACUNE DES RECOMMANDATIONS.

De plus, si chacune d'elles prise isolément peut sembler difficile à mettre en application, les influences mutuelles que ces recommandations entretiennent peuvent en assurer l'implantation graduelle et complète. En fait, c'est en faisant un peu plus à l'égard de chacune de ces recommandations que l'on pourra, de manière ultime, arriver à les implanter en totalité. Ces recommandations abordent des actions qui, à divers degrés, sont essentielles à l'implantation des autres. Néanmoins, notre démarche le suggère fortement, l'enjeu ici n'est pas de tout faire d'un coup, mais plutôt de démarrer tout de suite le travail sur chacune des recommandations. Dans la mesure où nous adoptons une attitude résolue, avec la collaboration de l'ensemble des acteurs, nous croyons qu'il sera possible d'atteindre les degrés de performance que d'autres pays ont déjà atteints en ce qui concerne la première ligne de soins.

Tenir compte des conséquences des recommandations

En raison de la loi qui le gouverne, le Commissaire à la santé et au bien-être doit, dans l'élaboration de ses recommandations, tenir compte des conséquences que ces dernières suscitent. Pour l'exercice d'appréciation de la performance des soins de première ligne, nous avons retenu une approche abordant les aspects organisationnels, économiques et éthiques liés aux recommandations. Ainsi, nous avons repéré diverses implications devant être prises en considération dans l'implantation éventuelle des recommandations proposées. L'objectif ici n'est pas de prévoir l'ensemble des transformations organisationnelles, de modéliser de façon spécifique les coûts ou de faire état de l'ensemble des enjeux éthiques en lien avec les recommandations. Pour le Commissaire, l'important est de faire ressortir ces diverses conséquences potentielles, de manière à ce qu'elles soient prises en considération dans les actions mises en place.

Dans le présent document, le Commissaire à la santé et au bien-être propose dix recommandations :

1. Favoriser la pratique médicale de groupe de première ligne.
2. Soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable.
3. Accroître l'interdisciplinarité dans la pratique de groupe en première ligne de soins.
4. Explorer de nouvelles modalités de prestation de soins.
5. Favoriser les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution des proches aidants.
6. Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne.
7. Revoir les responsabilités cliniques des médecins de première et de seconde ligne.
8. Mettre au point des mécanismes de gouverne clinique en première ligne de soins.
9. Implanter des mécanismes d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique.
10. Réaligner le mode de rémunération des médecins.

Ces recommandations sont liées les unes aux autres et se rapportent à quatre aspects fondamentaux des systèmes de santé et de services sociaux : l'organisation des soins et les ressources ; les pratiques cliniques et la prestation de services ; la planification et la gestion des activités cliniques ; et le financement. La mise en œuvre de ces recommandations pourrait améliorer la performance de la première ligne de soins et de l'ensemble du système de santé et de services sociaux.

COMMENT AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS ?



COMMENT AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS ?

À la lumière des consultations, des indicateurs de monitorage, de l'analyse de la documentation scientifique et des expériences internationales de réforme des soins de première ligne, dont les principaux éléments sont décrits dans la présente section, force est de constater que nous devons poursuivre la réorganisation de la première ligne de soins entamée au cours des dernières années et considérer la première ligne de soins comme une réelle priorité pour le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela requiert de doter la première ligne de soins d'une meilleure infrastructure, qui lui permet d'accroître les retombés positives, pour les personnes, des ressources importantes que l'on y investit. Cela requiert aussi des modifications dans la façon de planifier, d'organiser et de gérer les services, de même que dans la manière d'agir des médecins et des autres professionnels de première ligne qui travaillent ensemble et qui interagissent avec les populations qu'ils desservent. Cela exige, finalement, la mobilisation d'un ensemble de professionnels, la révision des activités cliniques qu'ils sont amenés à accomplir et un ajustement de la façon dont nous en finançons les services.

NOUS DEVONS POURSUIVRE LA RÉORGANISATION DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS ENTAMÉE AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES.

La population entend parler du système de santé et de services sociaux par l'intermédiaire de la presse écrite ou électronique surtout. Cette situation exerce une influence importante sur les propositions de changement et les relations qu'entretiennent les acteurs du réseau tels que les fédérations professionnelles, les établissements du réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les décideurs consultés ont d'ailleurs souligné comment ce contexte politique fait en sorte que la durée des mandats des élus est, en général, plus courte que le temps nécessaire à la mise en place des réformes. Sans un leadership fort et sans l'adoption d'une vision à plus long terme, cela peut résulter en un morcellement de l'action politique et en des priorités fondées sur des gains à court terme, au détriment de changements plus fondamentaux.

Ces constatations font écho au Forum de consultation du Commissaire, qui a jugé « primordial que la priorité soit véritablement accordée aux soins de première ligne » et qu'on les finance de façon appropriée. Les membres du Forum ont aussi souligné la nécessité que les personnes qui travaillent dans le réseau s'investissent dans le processus de changements organisationnels en reconnaissant que ces changements exigent du temps. De plus, les membres du Forum considèrent qu'il faut poursuivre les transformations en ayant en tête une vision à plus long terme de ce qui doit être accompli. Pour eux, cette vision à long terme est la meilleure façon de répondre aux défis posés par le vieillissement de la population. Par ailleurs, cette vision concourrait à rétablir la confiance de la population envers le système de santé et de services sociaux.

Dans la présente section, nous discutons des différents aspects militant en faveur de la mise en place de certaines actions pouvant accroître la performance de la première ligne de soins. Nous y décrivons brièvement les résultats de la consultation en matière d'actions prioritaires à implanter pour accroître la performance de la première ligne de soins. Puis sont présentés les bénéfices à espérer de l'implantation de telles actions, qui sont appuyés par des travaux relevés dans la documentation scientifique[2]. Les éléments à garder à l'esprit dans l'éventuelle implantation des actions jugées prioritaires sont alors énoncés. Les actions analysées sont regroupées selon qu'elles portent sur l'organisation des soins et les ressources, sur les pratiques cliniques et la prestation de services, sur la planification et la gestion des activités cliniques et sur le financement de la première ligne de soins.

> 1. AGIR SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET LES RESSOURCES

UN DES PRINCIPAUX CONSTATS DE NOTRE DÉMARCHE DE CONSULTATION, DES INDICATEURS DE MONITORAGE ET DE NOTRE ANALYSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES EST QUE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS N'EST PAS ORGANISÉE DE FAÇON OPTIMALE.

Un des principaux constats de notre démarche de consultation, des indicateurs de monitorage et de notre analyse des données scientifiques est que la première ligne de soins n'est pas organisée de façon optimale. L'état de situation que nous avons réalisé le met en relief : les médecins travaillent, bien souvent encore, selon des modèles de prestations de soins qui ne correspondent plus aussi bien aux besoins que manifestent les populations qu'ils desservent, en ce qui concerne des soins de plus en plus complexes, et ils ne bénéficient pas du soutien technique leur permettant d'y répondre. Les systèmes de santé qui se sont donné une première ligne de soins forte et organisée sont les systèmes qui atteignent les meilleurs résultats au meilleur coût, et ce, dans divers contextes internationaux.

Un des aspects qui méritent l'attention des décideurs — autant à l'échelle provinciale, régionale, locale que sur le plan organisationnel — est que le système de santé et de services sociaux souffre, au-delà du fait que les ressources humaines et financières sont limitées comparativement aux besoins de soins, d'une utilisation sous-optimale des compétences des professionnels, d'un réseautage interdisciplinaire lent à s'inscrire dans les pratiques et d'une organisation d'ensemble qui n'est pas coordonnée de façon optimale.

2. Ici, il n'est pas possible de recourir directement à l'ensemble du corpus de documentation ayant permis de soutenir les actions issues de notre consultation. Seules les références factuelles spécifiques sont mentionnées. Nous invitons le lecteur à se reporter à la liste de documents consultés disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être.

Si les indicateurs que nous avons analysés suggèrent que les médecins et le personnel infirmier de première ligne prodiguent des soins de haute qualité et que les personnes utilisant leurs services en sont généralement satisfaites, nous devons aussi constater que le réseau de première ligne de soins ne suffit pas à la demande, qu'une forte proportion de la population présente des besoins en soins qui ne sont pas comblés et que les délais d'attente sont longs pour y accéder. De plus, les défis de la prise en charge des maladies chroniques et de la prévention des problèmes de santé requièrent de revoir la façon dont les soins sont organisés pour atteindre une meilleure coordination et assurer une gamme variée de services qui s'adressent aux problèmes de santé dans leur globalité.

À la lumière des consultations et de la recension des données disponibles, la pratique de groupe de médecine de famille, l'informatisation des dossiers médicaux et le dossier de santé partageable, ainsi que l'interdisciplinarité et la pratique en réseau de première ligne, ont émergé comme étant des aspects essentiels à consolider pour améliorer l'organisation de la première ligne de soins et assurer un accès adéquat aux ressources disponibles.

1.1 La pratique de groupe de médecine de famille

Le Forum de consultation du Commissaire a fait ressortir l'importance pour les personnes que les services de première ligne soient disponibles de façon équitable sur l'ensemble du territoire québécois. Il a aussi mentionné qu'une meilleure cohésion et une plus grande intégration des soins passent, notamment, par un partage des pratiques avec les cliniques médicales, alors que les professionnels y travaillent de manière isolée.

La pratique de groupe est reconnue pour répondre à ces préoccupations soulevées par le Forum de consultation.

Dans un même ordre d'idées, les décideurs rencontrés ont souligné les transformations importantes en ce qui concerne l'organisation des soins découlant de l'émergence des nouveaux modèles d'organisation de première ligne, tels les groupes de médecine de famille (GMF) et les diverses formes de cliniques-réseaux, ainsi que la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS). Ces transformations s'inscriraient aussi dans une prise de conscience globale de l'importance de la première ligne de soins pour la performance des systèmes de santé, issue des enseignements tirés des expériences ayant fait leurs preuves à l'échelle internationale. L'accroissement de la pratique de groupe est une des actions qui a reçu le plus souvent l'assentiment des experts et des décideurs, autant pour le potentiel d'amélioration qu'elle présente à l'égard de la réponse aux besoins de soins des personnes que pour la faisabilité de son implantation.

Quels bénéfices escompter de la pratique de groupe ?

L'ACCÈS À UNE ÉQUIPE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE RÉDUIT, PAR AILLEURS, L'UTILISATION DES SERVICES D'URGENCE ET LE RISQUE D'HOSPITALISATION, ET IL AUGMENTE, DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE, LA CONFIANCE DES POPULATIONS ET DES PROFESSIONNELS ENVERS LE SYSTÈME DE SANTÉ.

Perçue comme la première étape de la consolidation de la première ligne de soins, la généralisation de la pratique médicale de groupe fait consensus et elle a été associée à une amélioration de la performance des systèmes de santé. En contribuant à la diminution des besoins qui n'ont pas été satisfaits et à l'amélioration de la coordination des soins, l'accès à une équipe de soins de première ligne réduit, par ailleurs, l'utilisation des services d'urgence et le risque d'hospitalisation, et il augmente, de manière significative, la confiance des populations et des professionnels envers le système de santé. Selon une récente enquête, près du tiers des adultes résidant dans les environs de Montréal auraient consulté à l'urgence au moins une fois au cours des deux dernières années. Parmi les principales raisons qui justifient une consultation à l'urgence plutôt qu'à la source habituelle de soins de première ligne, on trouve les problèmes d'accessibilité, y compris l'impossibilité de consulter rapidement à la source habituelle et le manque d'accès à la source habituelle de première ligne à l'extérieur des heures d'ouverture (Roberge et *al.*, 2007).

Le fardeau que représentent les visites à l'urgence et les hospitalisations évitables justifie le besoin d'implanter un nombre suffisant de groupes de médecine de famille, ou d'autres modèles de groupes agréés, pour assurer à toute la population l'accès à des équipes de soins de première ligne. Cette consolidation de la pratique de groupe, combinée avec une responsabilisation des patients et de la population en général, devrait ainsi générer une meilleure utilisation des ressources disponibles et permettre aux personnes d'obtenir des soins, près de leur milieu de vie, donnés par des professionnels de la santé qui les connaissent. Ainsi, la pratique en équipe de soins coordonnés, associée à une meilleure planification et à une évaluation plus appropriée des soins, réduirait le nombre d'admissions en soins de courte durée par une accessibilité et une continuité accrue des services de première ligne. Cette meilleure planification peut, à son tour, résulter en une réduction des risques de survenue d'événements indésirables lors d'une hospitalisation[3], qui engendrent des frais supplémentaires pour le système de santé et des problèmes de santé évitables.

3. Parmi les personnes admises à l'hôpital en courte durée au Canada en 2000, une sur 13 a connu un événement indésirable, tel qu'une erreur de médication ou une infection nosocomiale, et une sur 152 en est décédée (Baker et *al,* 2004). Bien qu'il se soit amélioré depuis 2001, le taux d'hospitalisations liées à des conditions de santé pouvant être prises en charge par les soins ambulatoires demeure trop élevé (380 pour 100 000 habitants en 2006) (Rapport sur les indicateurs de santé de l'ICIS, 2008).

Des modèles d'organisation de première ligne performants

Une étude portant sur l'impact de différents modèles d'organisation de première ligne de soins sur divers aspects de l'expérience de soins vécue par les personnes illustre l'effet positif des groupes de médecine de famille et des modèles favorisant la coordination des services et l'intégration aux autres composantes du réseau de la santé sur l'accessibilité, la continuité, la réponse aux attentes des personnes sur la manière dont elles veulent être traitées, la globalité et les résultats perçus des soins. Cette étude suggère que ces modèles sont aussi plus conformes aux caractéristiques organisationnelles proposées dans la documentation scientifique comme étant les plus prometteuses. Par ailleurs, elle mentionne aussi que le modèle de pratique en solo demeure associé à une évaluation très positive des utilisateurs à l'égard des soins reçus. Ce qui les distingue, par contre, c'est la possibilité qu'ont les modèles de groupe de couvrir une proportion plus vaste de la population. De manière ultime, les auteurs suggèrent que les modèles favorisant la coordination et l'intégration au système plus global de soins présentent le plus fort potentiel, bien qu'un effort doive être consenti pour assurer que la relation patient-médecin, caractéristique de la pratique en solo, y sera également préservée. Cette étude concluait que les modèles favorisant les contacts ponctuels, telles les cliniques sans rendez-vous, n'étaient un modèle performant pour aucun des attributs de l'expérience de soins, y compris l'accessibilité (Pineault et *al.*, 2008).

D'autres autorités ont déjà fait des recommandations à propos de la pratique de groupe. Ainsi, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) avait recommandé que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille (GMF), composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Ces groupes devraient être responsables d'une gamme définie de services auprès d'une population de citoyens qui les auraient choisis. C'est à la suite de cette recommandation qu'un nombre important de groupes de médecine de famille ont été implantés.

Plus récemment, dans la même foulée, le Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008) a recommandé d'accélérer le déploiement de cliniques de santé — lesquelles peuvent être des cabinets privés, des GMF, des CLSC, des cliniques-réseaux ou des coopératives de santé — de façon à assurer à chaque Québécoise et à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille. De plus, il recommandait d'alléger la formule du GMF pour permettre aux cabinets privés de s'associer en vue de partager les heures d'ouverture et le personnel infirmier. Une étude commandée par ce groupe de travail (voir l'encadré à la page 32) illustrait récemment les caractéristiques fondamentales qui font de la pratique de groupe une avenue pour l'amélioration de la qualité des soins.

La pratique de groupe comme modèle de base de la pratique médicale bénéficie aussi de l'appui de multiples organisations de professionnels de la santé ainsi que d'une majorité de la population (Hutchison, 2004). D'ailleurs, près de la moitié des résidents en médecine de famille au Canada se destine à une pratique de groupe (45 %) et très peu d'entre eux comptent pratiquer en solo (moins de 1 %) (Sondage national des médecins de 2007 — volet étudiants en médecine). Finalement, l'exposition croissante des étudiants en médecine et en sciences infirmières à la pratique de groupe de médecine de famille à l'occasion de leurs stages cliniques, contrairement à la formation actuelle réalisée principalement en centre hospitalier universitaire, pourrait aussi les encourager à adhérer à ce type de pratique au cours de leur future carrière et, ainsi, faciliter l'implantation du modèle. La formation en cours de carrière professionnelle pourrait aussi faciliter la transition vers une pratique de groupe de médecine de famille et favoriser le recrutement de jeunes médecins qui désirent s'y consacrer, inversant ainsi la tendance à la spécialisation dont souffre actuellement le réseau.

Un modèle organisationnel pour le futur

Une étude récente (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007) concluait que les organisations de première ligne qui obtiennent les meilleurs résultats sont celles qui voient au suivi de l'état de santé, à l'accès aux soins et à la coordination des soins des personnes et des collectivités envers lesquelles elles assument des responsabilités. Elles regroupent les médecins qui y pratiquent en équipe, presque à plein temps, en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé, du secteur social et communautaire. Ces organisations sont financées principalement sur la base du nombre de patients qu'elles suivent et de leurs caractéristiques sociales et de santé. Les médecins y sont rémunérés en fonction des responsabilités qu'ils assument et du temps qu'ils y consacrent, et non pas uniquement ni principalement sur la base de la quantité et de la complexité des services produits. Chaque personne est affiliée à un médecin de famille et le suivi y est assuré en personne ou par garde téléphonique, 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ces organisations de première ligne sont dotées des technologies diagnostiques et thérapeutiques nécessaires pour assumer leurs responsabilités. Cette étude recommande aussi de réviser le nombre d'étudiants admis en médecine de famille et leur rémunération à la collation des grades, de même que de valoriser la pratique dans le contexte de leur formation.

Qu'en est-il de la pratique de groupe au Québec ?

L'état de situation que nous avons dressé souligne que beaucoup de médecins pratiquent en solo ou dans des organisations où ils ne font que partager les frais administratifs liés à la pratique en cabinet sans pour autant travailler ensemble. De plus, un nombre important continue d'offrir des services dans des modèles de pratique « sans rendez-vous » offrant peu de suivi et une gamme restreinte de soins. Néanmoins, les dernières années témoignent de l'établissement graduel d'un nombre important de groupes de médecine de famille dans les diverses régions du Québec. L'établissement des groupes de médecine de famille est un réel succès pour le système, puisque ce type d'organisation atteint des degrés enviables de performance comparativement aux autres modèles de soins et, pour les professionnels de la santé, il constitue un milieu de pratique stimulant et axé sur une amélioration continue de la qualité clinique et de la couverture de soins auprès d'une population (Haggerty et *al.*, 2007 ; Beaulieu et *al.*, 2006 ; Pineault et *al.*, 2008).

L'ÉTABLISSEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE EST UN RÉEL SUCCÈS POUR LE SYSTÈME, PUISQUE CE TYPE D'ORGANISATION ATTEINT DES DEGRÉS ENVIABLES DE PERFORMANCE COMPARATIVEMENT AUX AUTRES MODÈLES DE SOINS.

Si le modèle GMF a été bien accueilli par la population et par les professionnels de la santé, son implantation n'est pas uniforme dans toutes les régions cependant : actuellement, moins d'une personne sur cinq y a accès. Bien que d'autres modèles d'organisation qui présentent plusieurs caractéristiques jugées comme porteuses d'amélioration de la qualité des soins de première ligne émergent actuellement au Québec (tels que les différents types de clinique-réseau, de clinique-réseau-intégré, de coopérative de santé), l'implantation des GMF en demeure encore le principal moteur de changement.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de la pratique de groupe ?

Les délibérations du Forum de consultation du Commissaire n'ont pas permis de reconnaître de problèmes majeurs liés à la pratique de groupe. Néanmoins, la notion d'un lien interpersonnel fort entre le médecin de famille et ses patients demeure important aux yeux des membres du Forum.

De cette manière, si la pratique de groupe est perçue comme favorable à une amélioration de la capacité de la première ligne de soins à répondre à l'ensemble des besoins de services des populations qu'elle dessert, des efforts doivent être consentis pour assurer la préservation d'une relation personnalisée et humaine dans les nouveaux modèles de soins. Il faut faire attention à la bureaucratisation et à la dépersonnalisation des soins qui accompagnent souvent la complexification des modèles organisationnels. L'exemple du GMF illustre, par contre, que cette préservation de relations humaines de qualité est possible dans la pratique de groupe.

Ce que le Commissaire retient sur la pratique de groupe

Le constat que le Commissaire porte, à la lumière de l'information disponible et de la consultation des experts, des décideurs et du Forum de consultation du Commissaire, est que la réorganisation de la première ligne médicale n'est pas achevée. Encore trop peu de gens au Québec ont accès aux soins de première ligne et trop peu ont accès à des organisations de première ligne qui bénéficient d'une infrastructure moderne pour la prise en charge des populations. Pourtant, la Stratégie sur le développement durable stipule que l'ensemble de la population québécoise doit avoir accès à des services médicaux de base près de leur milieu de vie (Gouvernement du Québec, 2007).

LA PRATIQUE DE GROUPE EST, AVANT TOUT, LA BASE SUR LAQUELLE UN ENSEMBLE D'AMÉLIORATIONS DES SOINS DE SANTÉ PEUVENT S'ÉTABLIR.

Bien que le Commissaire la considère comme insuffisante en soi à l'accroissement de la performance, la pratique de groupe est, avant tout, la base sur laquelle un ensemble d'améliorations des soins de santé peuvent s'établir et, ainsi, elle devient une condition essentielle à l'implantation d'autres modalités organisationnelles telles que la pratique interdisciplinaire, l'informatisation et les activités d'amélioration de la qualité des soins. C'est dans ce contexte qu'à la lumière des études, des expériences internationales et des consultations menées, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'accroître la pratique médicale de groupe au Québec (voir la recommandation 1).

Recommandation 1

Favoriser la pratique médicale de groupe en première ligne

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

1.1 **que soit atteinte la cible de 300 groupes de médecine de famille (GMF)**, au cours des prochaines années, pour assurer la couverture de 75 % de la population ;

1.2 **que soient maintenues les caractéristiques organisationnelles fondamentales du GMF** (pratique médicale de groupe, inscription de la clientèle, ententes contractuelles avec les centres de santé et de services sociaux, présence, parmi l'équipe traitante, de professionnels de la santé autres que les médecins) **et les obligations actuelles liées à ces modèles d'organisation des soins** dans le processus de leur reconnaissance officielle ou de leur agrément.

- Cela requiert, par ailleurs, que soit conservée la flexibilité requise dans leur implantation pour satisfaire aux exigences particulières de divers contextes géographiques (régions urbaines, rurales, éloignées ou isolées) et organisationnels (taille de la clinique, disponibilité des ressources humaines à l'échelle locale, particularité du réseau local de services de santé et de services sociaux) ;

1.3 **que soient adjoints d'autres modèles d'organisation agréés,** présentant les caractéristiques fondamentales du GMF, pour étendre à l'ensemble de la population la couverture des soins de première ligne ;

1.4 **que les étudiants en médecine et les résidents en médecine de famille soient exposés précocement à la pratique en GMF** dans le contexte de leur formation, avant la collation des grades et après la délivrance du diplôme universitaire.

» Cela requiert la collaboration des milieux cliniques et des établissements du réseau avec les milieux d'enseignement.

Quelles sont les implications de l'accroissement de la pratique de groupe ?

Du point de vue **organisationnel**, cette recommandation d'accroître la pratique médicale de groupe suppose de poursuivre les démarches visant l'implantation, au Québec, de groupes de médecine de famille (GMF). Au Québec, cette implantation est en très bonne voie et les dernières années ont vu une accélération du nombre de GMF implantés annuellement dans plusieurs régions. En conséquence, une proportion croissante de Québécoises et de Québécois sont affiliés à un GMF. Néanmoins, l'atteinte de l'objectif, qui consiste à avoir 300 GMF et de voir s'y inscrire 75 % de la population, pourrait nécessiter des ajustements à la formule GMF et une intensification des efforts visant leur implantation. Si les premiers GMF implantés étaient des cliniques présentant des caractéristiques organisationnelles qui sont compatibles avec la formule GMF avant même que soit entreprise la réorganisation actuelle, ou requérant des modifications organisationnelles mineures pour s'y conformer, les cliniques n'ayant pas le statut de GMF à l'heure actuelle pourraient présenter des structures organisationnelles plus éloignées du modèle.

Par ailleurs, si certaines caractéristiques du GMF semblent incontournables à la lumière des études disponibles, d'autres pourraient faire l'objet d'une modulation dans leur implantation selon les caractéristiques organisationnelles ou contextuelles des cliniques. De plus, une implantation progressive de divers stades de développement du GMF semble nécessaire pour favoriser l'acceptation du modèle auprès d'un ensemble plus vaste de cliniques. D'ailleurs, il importe de noter que, déjà, de multiples ajustements ont été apportés dans le cas de plusieurs GMF présentant des conditions particulières.

UNE IMPLANTATION PROGRESSIVE DE DIVERS STADES DE DÉVELOPPEMENT DU GMF SEMBLE NÉCESSAIRE POUR FAVORISER L'ACCEPTATION DU MODÈLE AUPRÈS D'UN ENSEMBLE PLUS VASTE DE CLINIQUES.

Sur le plan **économique**, il est important de considérer que le financement du fonctionnement des groupes de médecine de famille représente actuellement une dépense d'environ 70 millions de dollars pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, soit environ 0,3 % des dépenses totales en santé (Rapport annuel de gestion 2006-2007 du MSSS). Comme l'implantation des GMF est parvenue à la moitié environ de l'objectif escompté, le budget total nécessaire au financement de ce modèle, dans sa formule actuelle ou modulée pour tenir compte des réalités locales et organisationnelles, pourrait ainsi nécessiter un investissement de 140 millions de dollars annuellement. Bien que ces sommes soient importantes à l'échelle de la population, il semble nécessaire d'allouer ces ressources pour aborder les besoins d'affiliation des personnes auprès d'un groupe de première ligne, aux différentes étapes de leur vie. Par ailleurs, un tel investissement représenterait, chaque année au Québec, un peu moins de 20 dollars par personne.

Sur le plan de l'**éthique**, peu de conséquences ont été soulevées, dans le contexte de nos consultations, en ce qui concerne la pratique de groupe. Néanmoins, le respect de la confidentialité dans la pratique de groupe et le développement d'une équipe de soins favorisant l'établissement d'une relation thérapeutique humaine et respectueuse sont des points qui méritent une attention particulière. Si le modèle de pratique médicale en solo diminue constamment, il faut tout de même prêter attention à l'impact de sa décroissance sur la satisfaction des besoins des personnes, ce modèle étant associé à une grande satisfaction des personnes qui y ont recours. Ainsi, cela nécessite de s'assurer de préserver une relation interpersonnelle forte dans le contexte de l'accroissement de la pratique de groupe.

1.2 L'informatisation des dossiers médicaux et le dossier de santé partageable

Les nouvelles technologies de l'information consistent en des outils informatiques qui servent à conserver, à traiter et à analyser les données cliniques liées aux soins. Elles incluent divers outils, tels que les dossiers médicaux informatisés (dossiers patients électroniques), les dossiers de santé électroniques (registres) et les prescripteurs pharmaceutiques à distance. Dans plusieurs pays, on observe l'utilisation de ces technologies dans le champ des soins de santé.

Les nouvelles technologies de l'information ont pris une place prépondérante à l'intérieur de nos consultations de même que pour les différentes commissions d'étude ayant porté un regard sur le système de santé. Ainsi, il nous a été proposé de donner la priorité au dossier clinique partageable et à la mise en réseau informatique de tous les médecins qui travaillent en dehors des établissements de santé et de services sociaux pour permettre à un ensemble de professionnels d'avoir accès aux renseignements cliniques pertinents en ce qui concerne les soins de la population. Selon cette proposition, le soutien à l'implantation d'une telle informatisation pourrait prendre la forme d'un partenariat entre le gouvernement et les cabinets médicaux.

Quels bénéfices escompter de l'informatisation des dossiers médicaux ?

Dans la documentation scientifique, il a été démontré que les technologies de l'information en santé sont efficaces pour accroître divers aspects de la qualité des soins, tels que les ordonnances de médicaments, la prévention, la gestion des problèmes chroniques et la réduction des tests inutiles. Ces technologies pourraient aussi adresser certains aspects du manque de coordination des soins en contexte québécois, en facilitant le transfert d'information entre les lignes de soins, à la suite des hospitalisations et des consultations auprès de spécialistes. Aux bénéfices escomptés, on peut finalement ajouter les systèmes contenant de l'information sur la population à desservir et servant d'outil de planification des activités cliniques, de reddition de comptes et d'appréciation de la performance.

IL A ÉTÉ DÉMONTRÉ QUE LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION EN SANTÉ SONT EFFICACES POUR ACCROÎTRE DIVERS ASPECTS DE LA QUALITÉ DES SOINS.

Le dossier médical informatisé et le Dossier de santé du Québec

Le **dossier médical informatisé** regroupe l'ensemble de l'information essentielle en ce qui concerne le patient à l'échelle d'une clinique. En fait, il consiste en une version électronique des dossiers actuels sur papier.

Le **Dossier de santé du Québec** est plutôt un dossier qui rend accessibles aux professionnels de la santé certains renseignements nécessaires au suivi et à la prise en charge des patients, quel que soit le lieu de prestation. Dans le projet actuel, ce dossier ne contiendrait pas toute l'information clinique du patient, mais, notamment, des renseignements relatifs à certains aspects cliniques tels que des résultats d'examens de laboratoire et de radiologie diagnostique et le profil pharmacologique.

Ainsi, le dossier médical informatisé, implanté à l'échelle de chaque clinique, cabinet ou établissement du réseau, et le Dossier de santé du Québec, un dossier unique par patient, sont complémentaires, l'un remplissant une fonction de gestion des soins dans un contexte local (la clinique), l'autre remplissant une fonction de liaison et de partage de l'information dans l'ensemble du réseau.

Des études scientifiques internationales suggèrent que l'implantation de tels systèmes d'information sont propres à favoriser des interventions préventives (par des rappels informatisés), une plus grande participation des patients aux soins (par la possibilité de voir l'évolution de certains de leurs résultats de santé), une meilleure planification de l'offre clinique de soins (par une meilleure connaissance des personnes faisant partie de groupes de clientèle particulière vis-à-vis des soins à recevoir), une plus grande continuité des soins et une démarche d'amélioration de la qualité des soins (par l'analyse des résultats de santé des personnes traitées).

CES SYSTÈMES D'INFORMATION PERMETTRAIENT ÉGALEMENT DE GÉNÉRER DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS QUI ÉCHAPPE PRÉSENTEMENT AUX INSTANCES DE GOUVERNE DU RÉSEAU.

Ces systèmes d'information permettraient également de générer de l'information sur la santé des populations qui échappe présentement aux instances de gouverne du réseau de la santé et des services sociaux, les services prodigués en soins de première ligne étant peu documentés à l'heure actuelle. L'agrégation de ces renseignements cliniques permettrait de mieux comprendre l'état de santé de la population et d'enrichir l'information provenant des bases de données relatives aux hospitalisations, aux décès, à certains registres de maladies et à la consommation de médicaments ; ainsi, elle permettrait de soutenir la planification des soins et l'évaluation de leurs effets sur la santé des personnes.

Au Québec comme ailleurs, l'utilisation des différentes composantes du dossier médical informatisé a été accompagnée de nombreux avantages ayant des répercussions directes sur la qualité et la sécurité des soins de première ligne, notamment l'uniformisation du travail, la communication rapide et claire, le renforcement des activités de promotion et de prévention et la réduction des erreurs médicales. Des réductions de 18 % du taux d'ordonnances inappropriées pouvant engendrer des réactions indésirables et de 22 % du taux de traitements qui ont été prolongés inutilement ont été observées chez les médecins québécois utilisant des systèmes informatisés d'aide à la décision clinique comparativement à ceux qui n'en utilisaient pas (Tamblyn et *al.*, 2003).

Certaines données suggèrent aussi des bénéfices pour les cabinets s'étant munis de dossiers médicaux informatisés et d'autres outils informatiques soutenant la pratique médicale. Par exemple, une enquête menée en 2005 auprès des groupes de médecine de famille informatisés révèle que la grande majorité des utilisateurs de l'outil de transmission de résultats de laboratoire trouvait que celui-ci facilite l'échange de l'information et le suivi clinique (94 % et 81 %, respectivement). Par ailleurs, « le conseiller pharmaco-thérapeutique » avec fonction d'ordonnance était installé dans 58 % des GMF informatisés, mais n'était utilisé que par seulement 60 % de ceux-ci. Selon les médecins répondants, les principaux avantages de son utilisation étaient la détection des interactions et des allergies médicamenteuses (86 %) et la recherche d'une ordonnance antérieure (72 %) (MSSS, 2005).

LES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES CONTRIBUENT À RENDRE PLUS EFFICACES LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE ET EN ACCROISSENT AUSSI L'EFFICIENCE.

Les dossiers médicaux électroniques contribuent à rendre plus efficaces les services médicaux de première ligne et en accroissent aussi l'efficience. En utilisant de tels systèmes, les équipes de soins gagnent du temps en réduisant le classement et la recherche d'information dans les dossiers et le nombre d'appels de clarification avec les pharmaciens (Ross et *al.*, 2005 ; Wang et *al.*, 2003 ; Miller et *al.*, 2005). De surcroît, divers gains financiers y sont associés, notamment en raison d'une utilisation plus judicieuse des tests de laboratoire et d'imagerie diagnostique et d'une réduction des erreurs de facturation des actes médicaux (Wang et *al.*, 2003). Ces études suggèrent que les bénéfices économiques associés à l'utilisation des dossiers médicaux informatisés prennent, par ailleurs, quelques années à se concrétiser.

Ainsi, l'informatisation du dossier de chaque patient est perçue comme ayant de multiples bénéfices. C'est un moyen de favoriser la communication entre les professionnels et la continuité des soins, de réduire les erreurs d'ordonnances ou les doubles emplois de services, ce qui améliore la qualité des soins. C'est aussi un moyen de mieux comprendre les besoins de soins et l'offre de services pour ainsi mieux planifier et gérer cette dernière. Ces technologies de l'information répondent à diverses contraintes inhérentes au système de santé et de services sociaux québécois. Elles permettent d'assurer que les renseignements pertinents rattachés aux soins des patients, fortement mobiles dans le réseau, les suivent, quel que soit l'endroit où ceux-ci consultent.

Qu'en est-il de l'informatisation des dossiers médicaux au Québec ?

L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONSULTÉS S'ENTEND SUR LE FAIT QUE LE SYSTÈME PRÉSENTE UN RETARD IMPORTANT DANS L'INFORMATISATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES.

Fondamentalement, l'ensemble des acteurs consultés s'entend sur le fait que le système présente un retard important dans l'informatisation des activités cliniques. L'état de situation que nous avons dressé, divers indicateurs de monitorage que nous avons présentés et la consultation des acteurs du réseau le confirment : la position du Québec est défavorable comparativement à celle d'autres provinces canadiennes, mais elle l'est surtout par rapport à d'autres pays où les cabinets médicaux bénéficient d'un soutien informatique beaucoup plus important depuis plusieurs années déjà. Ce retard se traduit par des pertes de productivité, par un manque de connaissance de la clientèle et par une faible implantation des activités de soutien à l'amélioration de la qualité des soins et à la planification des services en première ligne.

LES PROPORTIONS DE MÉDECINS DE FAMILLE QUÉBÉCOIS QUI DÉCLARENT UTILISER DES SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES POUR ACCOMPLIR UN ENSEMBLE DE TÂCHES CLINIQUES ET ADMINISTRATIVES SONT PLUS BASSES QUE DANS LES AUTRES PROVINCES CANADIENNES.

Les proportions de médecins de famille québécois qui déclarent utiliser des systèmes électroniques pour accomplir un ensemble de tâches cliniques et administratives sont plus basses que dans les autres provinces canadiennes et elles témoignent de la faible pénétration de ces technologies dans le réseau de cliniques médicales de première ligne au Québec. En effet, seulement 35 % des médecins déclarent qu'ils utilisent un système électronique pour la prise de rendez-vous des patients, moins de 10 % utilisent un dossier médical informatisé (moins de 2 % ont déclaré, en 2007, utiliser des dossiers médicaux électroniques au lieu des dossiers sur papier) et moins de 4 % bénéficient de rappels informatisés pour soutenir leurs activités cliniques liées aux soins recommandés aux patients (Sondage national des médecins de 2007). Le Québec semble occuper le dernier rang des provinces canadiennes quant à l'utilisation du dossier médical électronique.

Le financement de l'informatisation

L'implantation et l'entretien des nouvelles technologies de l'information entraînent des frais. Dans un contexte où le revenu des médecins ne peut que marginalement être accru — les enveloppes globales de la rémunération des médecins étant fixes —, l'implantation de tels systèmes pourrait ne pas être une décision viable sur le plan économique pour plusieurs cabinets. En fait, les bénéfices économiques associés à l'implantation de ces systèmes, dans le contexte des soins de première ligne, ne seraient pas souvent récoltés par les cabinets médicaux. À l'instar du financement de l'informatisation des groupes de médecine de famille, les pays ayant réussi l'informatisation des cabinets médicaux ont opté en général pour un financement public partiel des coûts d'implantation et d'entretien de ces systèmes.

Actuellement, la prise en considération des frais administratifs à même la rémunération à l'acte ne semble pas inciter les cliniques médicales à se procurer de tels systèmes. En général, ceux qui ont procédé à cette informatisation sont des cliniques de plus grande taille et, dans plusieurs cas, des cliniques où l'on trouve des services financés sur une base privée (par exemple, médecine « exécutive », services aux entreprises, soins de professionnels de la santé autres que les médecins) en plus de services médicaux assurés par le régime public. Ainsi, ces cliniques ont pu assumer le coût de l'informatisation, avec diverses façons de générer un retour, au plan économique, sur l'investissement.

À l'échelle internationale, le Canada accuse lui aussi des retards. En effet, seulement 23 % des médecins canadiens déclaraient utiliser un dossier médical informatisé en 2006, parmi les plus bas taux des pays industrialisés (The Commonwealth Fund, 2008). À cette date, d'autres pays atteignaient déjà des taux de près de 100 %. Par contre, des progrès récents ont été notés en ce qui concerne la réception des résultats de tests de laboratoire et d'imagerie avec maintenant 27 % des médecins qui déclarent bénéficier de systèmes électroniques pour la transmission des requêtes et la réception des résultats.

Plus spécifiquement au cas du groupe de médecine de famille, les données les plus récentes suggèrent que trois sur quatre ont accès électroniquement aux résultats de laboratoire (MSSS, 2008). Cependant, le niveau d'informatisation est fort variable d'une région à l'autre, ce qui s'explique, entre autres, par le fait que, dans les régions dotées de nombreux centres hospitaliers, la charge de travail et les frais associés au développement d'interfaces électroniques y sont considérables. À Montréal, seulement un GMF sur trois a accès électroniquement aux résultats de laboratoires (*Idem*).

En ce qui concerne les autres technologies de l'information, la pénétration dans les milieux cliniques n'est guère plus forte. Seulement 11 % des cliniques déclarent utiliser de routine l'ordonnance électronique de médicaments et 8 %, l'ordonnance électronique de tests de laboratoire, et un peu plus d'une sur quatre a accès, par l'électronique, aux résultats de tests (The Commonwealth Fund, 2006). Ces faibles taux d'informatisation des cliniques médicales de première ligne pourraient, entre autres, s'expliquer par le manque de capacités informatiques chez un nombre de médecins de famille et par l'absence de ces nouvelles technologies dans les milieux cliniques. Par ailleurs, ce phénomène est moins présent chez les jeunes médecins. En effet, durant leur formation clinique, 75 % des résidents canadiens de deuxième année en médecine de famille ont utilisé les dossiers médicaux électroniques ou y ont été exposés et une proportion tout aussi importante prévoit l'utiliser dans sa future pratique (Sondage national des médecins de 2007).

Certes, ces déficits d'informatisation ont des conséquences sur la capacité des cliniciens à offrir les soins les plus appropriés et à bien planifier et à évaluer les services qu'ils prodiguent. Au Canada, environ un médecin sur quatre déclare pouvoir générer une liste de patients par diagnostic ou facteur de risque ou une liste de médications pour leurs patients (The Commonwealth Fund, 2006a). Seulement un médecin sur dix affirme recevoir des alertes informatisées qui indiquent un problème potentiel lié à la médication du patient ou à la nécessité pour ce dernier de subir un test de dépistage. Seulement 6 % des cliniques peuvent partager des dossiers électroniques avec d'autres cliniques et la même proportion permet aux patients d'accéder à leur dossier (The Commonwealth Fund, 2006).

ACCROÎTRE LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE CLINIQUE REPRÉSENTE UN DÉFI DE TAILLE.

En ce qui concerne les aspects liés aux services préventifs, l'enquête du Commonwealth Fund suggère que seulement 13 % des médecins canadiens déclarent pouvoir imprimer facilement une liste de patients qui doivent subir des tests ou recevoir des soins préventifs et que 8 % des patients ont reçu des rappels informatisés pour des soins préventifs ou un suivi médical, le plus faible taux parmi les pays comparés (The Commonwealth Fund, 2006a). Accroître la prévention et la promotion de la santé en contexte clinique représente un défi de taille à cause du volume important de patients qui doivent être vus quotidiennement. Ainsi, le temps alloué à la prévention est limité, souvent même il est subordonné aux besoins immédiats de soins. Pourtant, ces contacts cliniques représentent des occasions favorables pour renforcer les messages de prévention et pour entreprendre les dépistages et les traitements préventifs permettant d'éviter la progression de la maladie.

Une expérience locale : le GMF de Montmagny

Créé en 2003, le GMF de Montmagny regroupe 20 médecins, dont 13 équivalent temps complet (ETC), 3 infirmières et 12 secrétaires dans 5 points de services. Il est aujourd'hui complètement informatisé. Pour le médecin responsable du GMF, en tant que médecin assumant le rôle de leader du projet d'informatisation, un tel processus d'informatisation a représenté un investissement d'environ 6 heures supplémentaires par semaine durant le démarrage et pendant les 18 premiers mois de l'implantation. L'expérience du GMF indique peu de pannes générales du système qui ont affecté les sites distants du serveur central (lien Internet défectueux).

L'expérience de ce GMF illustre des gains potentiels à l'égard de la productivité des professionnels et des dépenses liées à la gestion des dossiers sur papier. En effet, l'utilisation d'un dossier médical électronique a permis aux médecins de ce GMF d'épargner, par une gestion plus efficace des consultations et des aspects administratifs quotidiens, environ 40 minutes par jour et par médecin, soit plus de trois heures et demie par semaine et par médecin. Pour l'ensemble des médecins du GMF, le gain total atteint près de 70 heures par semaine, soit deux médecins virtuels supplémentaires ou 10 % de plus. Par ailleurs, depuis 2006, le GMF a cessé de recevoir les rapports de laboratoire sur papier, ce qui a libéré environ 20 % du temps des secrétaires attribué dorénavant à la numérisation et à la transcription. L'échange électronique des résultats de laboratoire entraîne aussi une réduction importante de la consommation de papier, chaque médecin du GMF recevant antérieurement environ 30 feuilles de résultats de laboratoire par jour (280 000 par an). De plus, l'ajout de quelques numériseurs a contribué à l'élimination graduelle de documents sur papier dans les dossiers.

Source : Communications personnelles, Jean-François Rancourt, responsable du GMF de Montmagny.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de l'informatisation des dossiers médicaux ?

Les membres du Forum de consultation du Commissaire ont reconnu que les nouvelles technologies de l'information présentaient plusieurs avantages. Cependant, ils ont souligné certains risques, parmi lesquels la transmission de l'information à des tiers et ce qui pourrait en découler, telles l'atteinte à la confidentialité et la discrimination sur la base de l'état de santé. Ils considèrent ainsi qu'il faut agir avec prudence dans l'implantation des nouvelles technologies de l'information en milieux cliniques québécois.

De plus, la proposition, émanant de nos consultations, qui consiste à utiliser des fonds publics pour le financement d'infrastructures dans le secteur privé, tels les cabinets médicaux de première ligne, soulève divers questionnements chez les membres du Forum de consultation du Commissaire. Si l'informatisation ne permet pas la mise en réseau des dossiers des patients, les membres du Forum remettent en question les avantages qui pourraient en découler et n'approuvent pas, dans une telle situation, la participation financière du public pour informatiser les cabinets médicaux de première ligne. Toutefois, si le gouvernement avance dans cette direction, les membres du Forum ont manifesté plusieurs préoccupations. Par exemple, ils croient qu'une telle participation financière devrait être conditionnelle à des mesures strictes d'implantation qui assureraient l'efficacité du système, la confidentialité des données et une plus grande imputabilité des cabinets médicaux.

L'opinion de la population générale à l'égard de l'informatisation des dossiers médicaux

Dans l'ensemble, les Québécois semblent aussi ouverts aux nouvelles technologies de l'information. Le *vox populi* réalisé dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) suggérait que 80 % des personnes étaient plutôt ou fortement en accord avec l'idée qu'un dossier unique soit constitué pour chaque patient et qu'il soit accessible par informatique à tous les professionnels de la santé consultés. Plus récemment, un sondage révélait que 81 % des répondants se disent favorables au Dossier de santé du Québec (DSQ) et plus de 80 % ont confiance dans le traitement confidentiel de leurs renseignements de santé, et ce, particulièrement dans les cliniques médicales (85 %) (Sondage de la firme SOM, 2007). Par ailleurs, seulement 2,6 % des 3 500 usagers approchés ont refusé de participer à la première étape du projet-pilote du DSQ lancé le 9 juin 2008 au GMF de Saint-Vallier, dans la région de Québec (MSSS, 2008a).

Ce que le Commissaire retient sur l'informatisation des dossiers médicaux

À l'instar des commissions qui se sont penchées sur la performance de la première ligne de soins, le Commissaire conclut sur l'importance d'implanter les technologies de l'information, en s'assurant de prendre en considération les risques inhérents à une telle implantation afin de réduire les répercussions négatives potentielles, tout en bénéficiant des conséquences positives sur la prestation des soins aux patients. Ces technologies de l'information permettraient non seulement de constituer des dossiers médicaux informatisés pour chaque patient, mais aussi d'élaborer un système d'information visant l'amélioration des soins (guides de pratique) et un système d'aide à la décision pour guider le clinicien dans la gestion des problèmes cliniques. Par ailleurs, le contexte d'accroissement de la pratique de groupe au Québec représente une occasion favorable pour implanter ces systèmes d'information.

Dans un tel contexte et à la lumière des études, des expériences à l'échelle internationale et des consultations menées, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de soutenir l'implantation, dans les cabinets médicaux de première ligne au Québec, du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable (voir la recommandation 2). Ainsi, le Commissaire s'inscrit dans la ligne de pensée selon laquelle les technologies de l'information devraient jouer un rôle important dans la réforme des soins de première ligne dans la mesure où sont considérés divers enjeux liés à la protection de la confidentialité des informations cliniques.

Recommandation 2

Soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

2.1 **que soient implantés, dans l'ensemble des groupes de médecine de famille et des autres modèles agréés, les dossiers médicaux informatisés et les technologies associées** (transmission électronique de requêtes et de renseignements, prescripteurs pharmacologiques électroniques) ;

2.2 **que soient mises en place,** à l'échelle locale et régionale, **des activités de soutien à la formation et à l'implantation de l'informatisation en milieu clinique ;**

2.3 **que soit développé un partenariat entre les fédérations médicales et les autorités du réseau afin de favoriser l'implantation du dossier médical informatisé et des technologies associées** dans l'ensemble des cabinets et des cliniques de soins de première ligne qui le souhaitent.

- Cela pourrait être soutenu par des incitatifs d'ordre financier ou organisationnel dans le contexte d'ententes énonçant les conditions associées à de tels incitatifs ;

2.4 **que soient harmonisés, sur le plan technologique, le dossier de santé partageable (Dossier de santé du Québec) et les dossiers médicaux informatisés** implantés dans les GMF et les autres cabinets, en vue de favoriser la circulation des renseignements pertinents rattachés aux soins des personnes dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ;

2.5 **que soient mis au point,** en collaboration avec les milieux cliniques et les ordres professionnels, et suivant les exigences des lois québécoises en la matière, **des guides pour assurer la confidentialité et la protection des renseignements médicaux contenus dans le dossier de santé partageable et les dossiers médicaux informatisés.**

Quelles sont les implications de l'implantation de dossiers médicaux informatisés ?

Sur le plan **organisationnel**, l'implantation des dossiers médicaux informatisés présente des défis importants. En effet, l'instauration de telles technologies requiert du temps et de l'expertise informatique, deux commodités qui ne sont pas toujours présentes dans le contexte des soins de première ligne. Cette recommandation nécessite donc de mettre en place un programme de soutien à l'implantation, dans les milieux cliniques, du dossier médical informatisé. De plus, cette étape de l'implantation nécessite un soutien technique pour qu'elle s'harmonise bien avec la poursuite des activités cliniques. De manière ultime, des ressources disponibles à l'échelle régionale devraient être mises en place pour soutenir les milieux cliniques dans les étapes de la planification et de l'implantation de l'informatisation. Une meilleure cohérence dans les actions pourrait en découler.

Enfin, les cliniciens pourraient voir leurs activités bousculées dans les premiers temps suivant l'implantation de ces systèmes. L'accompagnement des médecins dans l'implantation de tels systèmes et le soutien quotidien dans l'exploitation de ceux-ci sont essentiels à leur utilisation efficiente et à leur acceptation par les professionnels de la santé. Cela représente un coût additionnel pour l'organisation des soins, ce qui peut nécessiter un investissement public.

Sur le plan **économique**, les implications d'une telle recommandation d'implantation des dossiers médicaux informatisés sont importantes en matière de coûts d'implantation et de maintien des systèmes. La mise en place et l'entretien de ces systèmes d'information sont très coûteux. Pour les cabinets de médecins, l'implantation d'un dossier médical informatisé — l'achat des ordinateurs et des logiciels ainsi que les frais liés au soutien technique — peut représenter plusieurs milliers de dollars en dépenses. En effet, une analyse du coût et des bénéfices associés à l'implantation de tels dossiers électroniques suggère qu'il peut en coûter environ 10 000 $ par médecin — cette somme pouvant varier selon la taille de la clinique où le dossier est implanté.

LES IMPLICATIONS D'UNE TELLE RECOMMANDATION D'IMPLANTATION DES DOSSIERS MÉDICAUX INFORMATISÉS SONT IMPORTANTES EN MATIÈRE DE COÛTS D'IMPLANTATION. ET DE MAINTIEN DES SYSTÈMES.

Ainsi, pour l'ensemble des médecins de première ligne, une implantation complète de ces dossiers pourrait requérir un investissement de près de 70 millions de dollars, si l'on considère qu'au Québec, il y a environ 7 600 médecins de famille et qu'environ 10 % d'entre eux seulement utiliseraient déjà un dossier médical informatisé. Par ailleurs, le maintien de ces systèmes implique également des frais récurrents allant de 10 à 20 % des frais liés à l'implantation, ce qui nécessite des dépenses annuelles récurrentes.

En contrepartie, nous l'avons souligné précédemment, l'informatisation complète des cabinets pourrait résulter en des économies pour l'ensemble du système de santé. De plus, un tel investissement pourrait vraisemblablement générer de nouveaux emplois, notamment dans le secteur de la santé et dans le secteur commercial, en plus de stimuler la recherche et le développement, notamment en matière de création d'applications informatisées, d'études sur l'appréciation de la performance du système de santé, sur l'efficacité et sur l'efficience des traitements et des pratiques médicales.

Le coût de l'informatisation en groupes de médecine de famille

Actuellement, pour un GMF moyen, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) finance un serveur, 16 postes informatiques, y compris le système d'exploitation, et certains logiciels, une imprimante à laser par site, l'accès à un lien de télécommunication, le soutien technique informatique, les frais liés à la formation en informatique et au remplacement des salaires pour la formation en informatique. L'utilisation du module de garde, du conseiller pharmacothérapeutique, du module d'accès aux laboratoires et du module d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est également déjà subventionnée en GMF. Ainsi, le budget non récurrent pour l'achat initial de l'équipement informatique et des logiciels est de 27 000 $ pour un GMF type. Le budget récurrent pour l'utilisation des applications informatisées est de 18 000 $ pour un GMF type (Étude des crédits 2008-2009 du MSSS). En revanche, le MSSS ne finance pas l'achat de numériseurs nécessaires à l'informatisation des anciens dossiers, ni celui des applications nécessaires à l'informatisation complète telles que l'index patient. Il ne finance pas non plus le module d'accès aux résultats d'imagerie médicale et le module de facturation électronique, les frais associés au soutien et au maintien nécessaires pour les applications informatisées et les frais d'implantation de l'informatisation complète (réorganisation du travail, formation).

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux : *Annexe III Aide technique et financière du MSSS* mise à jour le 14 janvier 2005 ; Liste des équipements subventionnés en GMF, Cycle 5, du 1er janvier au 31 décembre 2008.

DIVERS ASPECTS LIÉS À UNE POSSIBLE PERTE DE CONFIDENTIALITÉ RÉSULTANT D'UNE UTILISATION INAPPROPRIÉE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIFS À LA SANTÉ DOIVENT ÊTRE PRIS EN CONSIDÉRATION.

Sur le plan **éthique**, notre démarche de consultation suggère que divers aspects liés à une possible perte de confidentialité résultant d'une utilisation inappropriée des renseignements personnels relatifs à la santé doivent être pris en considération dans un tel contexte d'informatisation des cabinets médicaux. Diverses conditions liées à l'implantation de tels systèmes ont été mises en évidence précédemment. Dans notre contexte, les règles spécifiques de l'utilisation de dossiers médicaux informatisés doivent être développées et diffusées au sein des milieux cliniques pour favoriser un usage respectueux des droits et de la vie privée des personnes. En contrepartie, l'implantation de tels dossiers devrait permettre que la personne ait un meilleur accès à son dossier médical, que la qualité des soins reçus soit améliorée et que la divulgation des incidents cliniques faite au patient soit plus efficace. Par ailleurs, la progression de tels systèmes supposerait, pour répondre aux préoccupations soulevées dans le contexte de la consultation, le développement d'un cadre d'imputabilité, en contrepartie du soutien financier à leur informatisation.

Il importe de noter que, dans la situation actuelle, les médecins sont tenus, par leur code de déontologie, à la confidentialité dans le traitement de l'information relative à leurs patients. Les exigences sont les mêmes, que les dossiers se présentent sous la forme électronique ou qu'ils soient sur papier. La différence porte, principalement, sur la rapidité avec laquelle des renseignements nominatifs sensibles en format électronique peuvent être divulgués.

Les pays ayant implanté ces systèmes d'information présentent des enseignements intéressants quant aux mesures pouvant être mises en œuvre pour assurer la sécurité de l'information. Cependant, le risque n'est jamais exclu, quels que soient les lois et les mécanismes qui en réduisent l'occurrence. Néanmoins, plusieurs acteurs estiment qu'un dossier électronique est plus sécuritaire qu'un dossier sur support papier, puisque le dossier électronique permet de retracer toutes les personnes qui ont consulté le dossier du patient. Par ailleurs, l'informatisation complète des GMF nécessiterait en premier lieu la mise en place d'un environnement sécurisé au moyen d'une sauvegarde quotidienne des données.

Les obligations liées à l'utilisation des dossiers médicaux informatisés

En vertu du Règlement sur la tenue des dossiers du Collège des médecins du Québec, un médecin utilisant des dossiers médicaux informatisés doit suivre des règles et une technologie protégeant la confidentialité des renseignements électroniques qui y sont contenus ou qui sont transmis à d'autres acteurs du domaine. Ainsi, cette utilisation des dossiers médicaux informatisés est soumise à certaines obligations : 1) utiliser une signature électronique ; 2) utiliser un répertoire distinct des autres répertoires de la clinique ; 3) protéger l'accès aux données, notamment par l'utilisation d'une clef de sécurité et l'authentification des utilisateurs ; 4) utiliser un logiciel de gestion de documents conçu de façon à ce que les données déjà inscrites ne puissent être effacées ni remplacées ; 5) utiliser un logiciel permettant l'impression des données ; 6) sauvegarder, dans un autre lieu, une copie des données cliniques recueillies.

1.3 L'interdisciplinarité et la pratique en réseau

L'interdisciplinarité est fréquemment mentionnée dans les propositions de réformes de la première ligne (Shortt, 2004). Ce travail d'équipe s'appuie sur plusieurs professionnels, les plus cités dans la documentation scientifique étant les pharmaciens, les travailleurs sociaux, les psychologues, les physiothérapeutes, mais surtout les infirmières praticiennes. Divers facteurs sont reconnus comme justifiant le développement de l'interdisciplinarité dans les milieux cliniques. Parmi ceux-ci, notons la pénurie de médecins de première ligne, l'accroissement de la lourdeur du travail des médecins, l'accroissement de l'exposition au travail interdisciplinaire durant la formation des médecins, l'acceptabilité de la pratique clinique interdisciplinaire par les médecins et l'ouverture du public à la notion de pratique de groupe interdisciplinaire (Hutchison, 2004).

Dans le contexte de nos consultations, les notions d'interdisciplinarité et de pratique en réseau ont pris une place prépondérante, étant identifiées comme les bases d'un système renouvelé, donnant un rôle central aux acteurs de l'ensemble du système, au-delà des ressources des établissements de santé.

Les membres du Forum de consultation du Commissaire ont d'ailleurs fait ressortir l'importance du rôle joué par des professionnels qui ne sont pas médecins en vue de favoriser une approche globale de la santé. Ils ont exprimé clairement le souhait que les soins de première ligne soient davantage prodigués en interdisciplinarité.

De plus, pour les membres du Forum de consultation, la « conjugaison du médical et du social, du préventif et du curatif, devrait se faire en première ligne dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) », mais ils soulignent les difficultés à remplir cette mission sans y faire participer les cabinets médicaux. Les membres du Forum de consultation ont d'abord fait ressortir l'importance de « créer des équipes multidisciplinaires autour des groupes de médecine de famille (GMF) plutôt que de miser seulement sur les ententes que concluent les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) avec les ressources autres que médicales, car celles-ci ne sont pas toujours suffisantes ». Toutefois, à la fin de leur délibération sur le sujet, ils ont plutôt conclu que le Forum de consultation n'a pas été en mesure de statuer sur le modèle d'organisation des services qui devrait être favorisé, soit renforcer la mission du CLSC en rapatriant les médecins ou en favorisant le modèle GMF avec l'intégration de plusieurs intervenants. De plus, ils ont aussi souligné qu'il faut « créer une synergie qui oblige les différents intervenants à se parler, changer la culture des pratiques, les rendre stimulantes et non pas contraignantes ».

L'INTERDISCIPLINARITÉ AU SEIN DES CABINETS MÉDICAUX, GRÂCE À LA MISE EN RÉSEAU DES RESSOURCES DU SYSTÈME DE SOINS ET SERVICES, A POUR BUT D'ASSURER UNE COLLABORATION ÉTROITE ENTRE UN ENSEMBLE DE PROFESSIONNELS ET LES MÉDECINS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES QUI LES CONSULTENT.

L'interdisciplinarité au sein des cabinets médicaux, grâce à la mise en réseau des ressources du système de soins et services, a pour but d'assurer une collaboration étroite entre un ensemble de professionnels et les médecins pour répondre aux besoins des personnes qui les consultent. Or, c'est par des actions concertées qu'il est possible d'optimiser la trajectoire de services — en réunissant l'ensemble des professionnels autour d'un continuum d'interventions — et de favoriser la promotion et la prévention en matière de santé auprès des personnes. Ainsi, l'implantation de mécanismes locaux de concertation entre les cabinets et les services courants des CSSS est apparue comme une action prioritaire, faisable. Enfin, il semble que des changements doivent être apportés dans la formation des médecins, notamment pour les préparer à travailler en interdisciplinarité, pour qu'ils adoptent une approche globale de la santé, pour qu'ils misent davantage sur la prévention et les pratiques d'autosoins et pour qu'ils reconnaissent la capacité d'agir de leurs patients. Ce travail en interdisciplinarité devrait s'apprendre à l'université, notamment par la mise en place de collaborations entre les différents départements universitaires des sciences de la santé.

Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ?

L'interdisciplinarité désigne la participation de professionnels venant de plusieurs disciplines à la prestation des soins et services aux personnes, par exemple la médecine, l'ergothérapie, la psychologie et le travail social. Cette participation suppose des interactions significatives et une coordination des actions des divers intervenants dans l'élaboration des plans d'intervention et de traitement des patients. L'interdisciplinarité suppose davantage que le fait qu'un même patient reçoive des services de la part de multiples intervenants (ce qui est appelé multidisciplinarité), ces intervenants doivent travailler en interaction pour offrir des services complémentaires de manière concertée. Par ailleurs, l'interdisciplinarité se distingue de la notion de multidisciplinarité, qui décrit la participation simultanée de plusieurs disciplines dans le cadre des soins, mais elle ne suppose pas la présence d'interaction significative entre ces différentes disciplines.

Ce consensus fort autour de la nécessité d'accroître l'interdisciplinarité au sein même de la première ligne de soins s'inscrit dans une tendance d'ensemble favorable à la modification des pratiques professionnelles et du partage des champs d'expertise. Cette tendance s'actualise dans l'émergence de nouveaux modèles organisationnels fondés sur une perspective interdisciplinaire (GMF, cliniques-réseaux) ainsi que dans le transfert de certaines activités des milieux hospitaliers vers les milieux cliniques situés dans la communauté. Les décideurs consultés ont mis en évidence la grande qualité des ressources humaines, médecins et autres professionnels, dont dispose le réseau pour répondre aux besoins des personnes.

Quels bénéfices escompter de l'interdisciplinarité dans les soins de première ligne ?

Les études disponibles et les constats provenant de l'analyse des répercussions de l'interdisciplinarité dans divers contextes provinciaux et internationaux suggèrent plusieurs bénéfices pour les systèmes de santé. Ces bénéfices consisteraient, principalement, en un accroissement de la capacité des organisations à répondre à l'ensemble des besoins de soins manifestés par les personnes et à un accroissement de la pertinence des soins par la concertation entre les divers professionnels ayant à interagir avec les patients. La participation du personnel infirmier aux équipes médicales a fait l'objet de plusieurs études et les preuves quant à l'accroissement de la satisfaction des personnes à l'égard des soins reçus sont importantes.

LES ÉTUDES DISPONIBLES ET LES CONSTATS PROVENANT DE L'ANALYSE DES RÉPERCUSSIONS DE L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS DIVERS CONTEXTES PROVINCIAUX ET INTERNATIONAUX SUGGÈRENT PLUSIEURS BÉNÉFICES POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ.

Les enseignements des expériences internationales sont nombreux quant aux bénéfices des pratiques en équipe interdisciplinaire. Le cas de certaines *Health Maintenance Organization* (HMO) américaines — telles que l'organisation *Kaiser Permanente* — et le *Veterans' Health Administration* est particulièrement éloquent à l'égard de l'accroissement de la qualité des soins et d'une meilleure utilisation des ressources disponibles, notamment en ce qui concerne les soins de première ligne qui s'adressent aux personnes atteintes de maladies chroniques. Dans un contexte où les maladies chroniques comme les maladies cardiaques, le diabète, les troubles articulaires et les problèmes de santé liés au vieillissement s'accroissent, une plus grande interdisciplinarité est requise pour répondre à la complexité croissante des besoins manifestés par les personnes.

LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES EN PREMIÈRE LIGNE ONT ÉTÉ ASSOCIÉES À UNE PLUS GRANDE RÉCEPTION DE SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION, À UNE MEILLEURE COORDINATION DES SOINS ET À UNE PLUS GRANDE QUALITÉ DES SOINS.

Une étude récente en soulignait aussi la pertinence dans le contexte canadien (Khan et *al.*, 2008). Ainsi, les équipes interdisciplinaires en première ligne de soins ont été associées à une plus grande réception de services de promotion et de prévention de la santé, à une meilleure coordination des soins, à une approche répondant à l'ensemble des besoins de santé des personnes et à une plus grande qualité des soins. Dans une perspective d'accroissement de l'efficience des systèmes de santé, cette revue systématique de la documentation scientifique concluait que l'accès pour les personnes à une équipe interdisciplinaire de première ligne réduisait la consultation à l'urgence et le risque d'hospitalisation par l'intermédiaire de la réduction des besoins non comblés et de la réduction des problèmes de coordination des soins.

Dans le contexte québécois, une étude récente ayant porté sur l'interdisciplinarité en GMF a permis d'illustrer la faisabilité d'implanter des équipes interdisciplinaires dans les cabinets médicaux de première ligne ainsi que divers bénéfices à l'égard du processus de soins (Beaulieu et *al.*, 2006). Cette étude a révélé comment l'intégration d'infirmières dans les GMF, en présence des autres caractéristiques organisationnelles faisant partie du modèle GMF, s'est accompagnée de protocoles de soins cliniques et a eu des répercussions positives sur l'accessibilité des services, la coordination des soins, la globalité des soins et la connaissance du patient par les équipes traitantes. D'autres autorités ont également fait connaître des constats et des recommandations ayant pour but un accroissement de l'interdisciplinarité. À cette fin, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) avait recommandé la révision du cadre d'exercice des pratiques professionnelles et la création des conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité.

Qu'en est-il de l'interdisciplinarité en première ligne au Québec ?

PRÈS D'UN MÉDECIN SUR TROIS TRAVAILLE SEUL, ET SEULEMENT LE QUART DES MÉDECINS TRAVAILLE EN COLLABORATION AVEC DES PROFESSIONNELS D'UNE AUTRE DISCIPLINE.

À l'échelle canadienne, on évalue que 40 % de la population a accès à une équipe de soins de première ligne, y compris un professionnel autre qu'un médecin, à sa source habituelle de soins (Khan et *al.*, 2008). Au Québec, le réseau est fort de l'expérience des centres locaux de services communautaires (CLSC) qui, depuis plusieurs années, ont une pratique médicale interdisciplinaire pour répondre aux besoins en santé et en services sociaux des populations qu'ils desservent. Le contexte hospitalier aussi bénéficie de services de multiples professionnels au sein d'un même établissement pour répondre aux besoins des personnes hospitalisées. Néanmoins, la première ligne médicale demeure plutôt centrée sur elle-même. En effet, l'état de situation que nous avons dressé suggère qu'une majorité de points de services de première ligne au Québec comprennent essentiellement des services médicaux. Près d'un médecin sur trois travaille seul, et seulement le quart des médecins travaille en collaboration avec des professionnels d'une autre discipline. Cette constatation découle du fait que les médecins de première ligne, pour la prestation de services de proximité et de premier contact, travaillent très fréquemment en solo ou dans des groupes de médecins peu intégrés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, le Sondage national des médecins de 2007 révèle que les étudiants en médecine ne sont pas très familiarisés avec la pratique d'autres professionnels de la santé tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens et, tout particulièrement, les infirmières et les sages-femmes[4].

Par contre, des gains ont été obtenus au cours des dernières années. La loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, en vigueur au Québec depuis 2002, contribue à la collaboration interprofessionnelle en modifiant le Code des professions et en redéfinissant l'exercice de certaines professions médicales telles que les soins infirmiers, la physiothérapie et la pharmacie. Elle élargit les champs de pratique et fait en sorte que certains actes ne soient plus réservés exclusivement aux médecins, mais qu'ils soient plutôt partagés entre plusieurs ordres professionnels. De plus, l'implantation des GMF, avec l'intégration des infirmières sur les lieux de prestation des soins médicaux de première ligne, a permis d'accroître le nombre de points de services médicaux de première ligne bénéficiant d'une équipe interdisciplinaire. Néanmoins, au-delà de la collaboration entre médecins et infirmières, peu d'équipes médicales de première ligne travaillent en interdisciplinarité en dehors des CLSC. Par ailleurs, ces derniers couvrent une faible proportion de la population en ce qui a trait au suivi médical de première ligne. Comme l'implantation des GMF demeure partielle et comme l'interdisciplinarité y est peu présente, l'interdisciplinarité est une pratique limitée en première ligne.

4. En ce qui a trait aux étudiants de troisième ou de quatrième année de médecine, 23 % ne sont pas du tout familiarisés avec le travail effectué par les infirmières, 16 % ne le sont pas avec celui des nutritionnistes, 15 % ne le sont pas avec celui des ergothérapeutes et 13 % ne le sont pas avec celui des travailleurs sociaux (Sondage national des médecins de 2007).

Or, les lois régissant les services de santé et les services sociaux imposent certaines limites au financement des soins prodigués par divers professionnels. En effet, ces lois balisent l'offre publique de services, assurant la gratuité des services médicalement requis et ceux prodigués dans les établissements de santé, mais non ceux prodigués en dehors des établissements de santé. Au Québec, les services de divers professionnels, tels que les pharmaciens, les physiothérapeutes, les psychologues, les dentistes ou les travailleurs sociaux, doivent être financés par une assurance privée complémentaire ou par l'utilisateur des services lui-même lorsque les soins sont prodigués à l'extérieur des établissements. Il en résulte que seules les personnes possédant une assurance privée complémentaire sont assurées pour les frais liés à ces services de santé. Environ une personne sur trois au Québec ne possède pas de telles assurances privées complémentaires. En ne mettant l'accent que sur les soins fournis par les médecins ou en établissement, la Loi canadienne sur la santé a profondément influencé le financement public des services d'autres fournisseurs de soins de première ligne, ce qui pose une barrière à la collaboration interprofessionnelle.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de l'interdisciplinarité ?

L'implantation d'une pratique interdisciplinaire plus répandue dans le réseau de santé, notamment par une mobilisation des ressources des centres de santé et de services sociaux (CSSS) vers les réseaux de soins de première ligne, soulève certains enjeux qui sont importants à considérer.

Rappelons que les membres du Forum de consultation du Commissaire ont souligné que l'interdisciplinarité, désirable en soi, devrait être conçue en fonction des besoins des patients et non en fonction des lieux de prestation des services. Ils ont aussi convenu qu'un équilibre devrait être atteint entre la mobilisation de ressources vers les groupes de médecine de famille et l'établissement d'ententes de services où les ressources rendent des services dans les locaux des CSSS en fonction des besoins soulevés dans les régions. Ils ont finalement affirmé que la pratique en interdisciplinarité dans les soins de première ligne supposait une modification de la formation des intervenants en santé pour les familiariser à ce mode de pratique de même que la promotion d'une nouvelle culture organisationnelle au sein du réseau.

Ce que le Commissaire retient sur l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité et la pratique en réseau de soins sont des notions fondamentales pour l'accroissement de la pertinence des soins dans un contexte où les maladies chroniques et la multi-morbidité augmentent. Tel que cela a été souligné précédemment, les besoins en soins des personnes et les traitements se complexifient et requièrent de plus en plus la participation d'un ensemble de professionnels différents. De plus, le contexte de ressources limitées auquel fait face le système de santé et de services sociaux milite en faveur de l'implantation d'équipes interdisciplinaires permettant au bon professionnel d'offrir le bon service au bon moment. Présentement, le médecin de première ligne est utilisé pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes, y compris des services que d'autres professionnels seraient habilités à rendre.

À la lumière des études, des expériences internationales et des consultations menées, le Commissaire considère que la formation d'équipes interdisciplinaires dans les milieux de soins de première ligne permettra d'accroître la qualité des soins, de se pencher davantage sur la promotion de la santé et de la prévention et de répondre à la pénurie relative de ressources médicales à laquelle nous faisons face. Ainsi, c'est dans ce contexte que le Commissaire propose au ministre de la Santé et des Services sociaux de faciliter la mise en place d'équipes interdisciplinaires en première ligne de soins au Québec (voir la recommandation 3). Une priorité dans l'implantation de cette recommandation devrait être donnée à l'accroissement de l'interdisciplinarité au sein des groupes de médecine de famille.

LA FORMATION D'ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES PERMETTRA D'ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE RÉPONDRE À LA PÉNURIE RELATIVE DE RESSOURCES MÉDICALES À LAQUELLE NOUS FAISONS FACE.

Recommandation 3

Accroître l'interdisciplinarité dans la pratique de groupe en première ligne de soins

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

3.1 **que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins**, tels que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les psychologues, les nutritionnistes et les travailleurs sociaux, prodiguant présentement des services au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour accroître l'interdisciplinarité dans les soins de première ligne.

- » Ces professionnels devraient conserver leur lien d'emploi dans le CSSS, mais affecter une portion de leurs activités à la pratique en cabinet médical.

3.2 **que soient conclues des ententes contractuelles entre les cliniques médicales de première ligne et les centres de santé et de services sociaux balisant des corridors spécifiques de services** qui assurent aux patients l'accès à des soins prodigués par des professionnels autres que les médecins pour lesquels une prestation sur les lieux même d'un cabinet médical n'est pas possible ;

3.3 **que soit mis en place, dans l'ensemble des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, un mécanisme de coordination locale de l'offre de soins** intégrant l'ensemble des prestataires des cabinets médicaux ainsi que les établissements du réseau local ;

3.4 **que les professionnels des sciences de la santé, y compris les médecins, soient formés en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion des stages cliniques.** Cela doit être réalisé en concertation entre les milieux cliniques et les milieux d'enseignement.

Quelles sont les implications d'une interdisciplinarité accrue ?

Sur le plan **organisationnel**, une telle recommandation demande une réorganisation importante du travail des professionnels des centres de santé et de services sociaux, malgré le maintien du lien d'emploi. L'accroissement de la prestation de soins interdisciplinaires dans le contexte des groupes de médecine de famille demande, à l'instar de la pratique infirmière en GMF, de mettre au point des mécanismes qui permettent de mobiliser des professionnels effectuant leur prestation de soins dans les établissements vers les cabinets médicaux situés dans la communauté. Des ententes contractuelles et des négociations avec les représentants syndicaux concernés seront nécessaires. De plus, des ententes avec les cliniques, dont le but est de baliser la participation des professionnels qui ne sont pas médecins et d'en planifier l'intégration fonctionnelle, y compris les locaux, l'attribution des plages de rendez-vous et la participation à des activités de planification de services et de suivi de clientèle, devront être établies.

Divers obstacles sont aussi soulevés. Parmi ceux-ci, notons les frais de fonctionnement associés à l'ajout de nouvelles ressources, les menaces perçues à l'étendue de la pratique des médecins et à la relation patient-médecin. Au Québec, ces obstacles prennent la forme de résistance sur le terrain (manque de confiance et opposition aux propositions ; différence de culture professionnelle et de styles de pratique ; incompréhension des compétences mutuelles) ; de manque de cohérence entre les cadres financiers, légaux et de régulation en fonction des objectifs ; et de manque de soutien à la gestion du changement (Beaulieu, 2004).

Par ailleurs, cette proposition entraîne aussi des enjeux en ce qui concerne la médicalisation de la pratique des professionnels autres que les médecins, qui résulterait du déplacement d'une portion de leurs activités en dehors des CSSS. En effet, la mobilisation de ces professionnels qui travaillent en CSSS vers des points de soins de première ligne de soins comme les cliniques pourrait entraîner une dérive de la prestation des services vers une logique plus médicale qu'holistique. Les ressources étant limitées, il pourrait être difficile de maintenir une offre de services de qualité en CSSS de même que certains types de services, de nature sociale ou préventive.

Les ressources multidisciplinaires

Tout comme c'est le cas actuellement pour les infirmières, une portion des activités des professionnels de la santé provenant du CSSS en mission CLSC pourrait être affectée à la pratique en groupe de médecine de famille (GMF). Le nombre et le type de professionnels de la santé pourraient être ajustés en fonction de la taille et des besoins de la clientèle du GMF et des ressources disponibles au centre de santé et de services sociaux (CSSS). On estime qu'il y a actuellement dans le cadre de la mission « CLSC » des CSSS : 1 travailleur social équivalent temps complet (ETC) par 5 000 habitants ; 1 diététiste ou nutritionniste ETC par 35 000 habitants ; 1 ergothérapeute ou physiothérapeute ETC par 13 000 habitants (données factuelles du MSSS). Pour un GMF moyen de 15 000 patients inscrits, une équipe pourrait raisonnablement inclure de deux à quatre professionnels de la santé ETC. Cette équipe pourrait être composée de travailleurs sociaux, de nutritionnistes et d'autres professionnels (ergothérapeute ou physiothérapeute, par exemple). Sur une autre note, en juin 2008, le MSSS a dévoilé un ensemble de mesures structurantes et durables pour affronter le défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers. Il a proposé, notamment, de créer 115 postes d'infirmières praticiennes en soins de première ligne (MSSS, 2008b). Ces dernières pourraient être intégrées dans les équipes des GMF. Elles y travailleraient en tandem non seulement avec les médecins omnipraticiens, mais aussi avec les infirmières en poste auprès desquelles, grâce à leur formation spécialisée, elles pourraient jouer un rôle d'accompagnement et de formation.

Un autre aspect à considérer est que la formation des futurs professionnels de la santé devrait être revue pour favoriser leur capacité à la collaboration, et ce, en cours de formation collégiale ou universitaire, de même qu'en cours de stages cliniques. Une quantité impressionnante d'étudiants québécois sur le point d'obtenir leur diplôme de médecine sont peu familiarisés avec le travail effectué par les autres professionnels de la santé ou alors ils ne le sont pas du tout. Une fois leur diplôme obtenu, les professionnels de la santé devraient parfaire leurs compétences en interdisciplinarité en étant formés de façon continue au cours de leur développement professionnel. Tout comme pour la formation sur le rôle du GMF, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pourrait accorder aux GMF nouvellement agréés des subventions pour des activités de formation portant sur l'interdisciplinarité (MSSS, 2003a).

LA FORMATION DES FUTURS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DEVRAIT ÊTRE REVUE POUR FAVORISER LEUR CAPACITÉ À LA COLLABORATION.

Sur le plan **économique**, l'interdisciplinarité pourrait ne pas représenter une source de frais additionnels en matière de ressources humaines, dans la mesure où une faible proportion des ressources actuelles du réseau sont mobilisées pour offrir leurs services dans les milieux cliniques de première ligne. Par contre, des frais liés à la location d'espaces supplémentaires pour faciliter la venue de nouveaux professionnels dans les cabinets médicaux pourraient découler de cette recommandation et devraient être considérés. De plus, la mobilisation de ressources interdisciplinaires vers les milieux cliniques de première ligne et la mise en place de ressources de coordination des soins à l'échelle locale peuvent impliquer des frais d'opportunités, les ressources n'étant pas disponibles alors pour offrir leurs services dans le contexte institutionnel du réseau. Dans plusieurs contextes où les ressources en établissements sont déjà en pénurie, un tel accroissement de l'interdisciplinarité en première ligne requiert une concertation importante des acteurs.

DES PROBLÈMES D'ÉQUITÉ PEUVENT SURVENIR DU FAIT QUE LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERDISCIPLINARITÉ S'EFFECTUE SOUVENT À L'INTÉRIEUR DE MODÈLES ORGANISATIONNELS QUI REQUIÈRENT LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DES USAGERS.

Sur le plan **éthique**, étant donné le cadre législatif actuel régissant le financement des services de santé, favoriser l'interdisciplinarité peut prendre diverses formes en fonction des ressources du secteur public ou du secteur privé qui seraient mises à profit. Des problèmes d'équité peuvent survenir du fait que le développement de l'interdisciplinarité s'effectue souvent à l'intérieur de modèles organisationnels qui requièrent la contribution financière des usagers. L'amélioration des soins de première ligne serait ainsi limitée à un segment favorisé de la population. Un arrimage du financement des services interdisciplinaires dans le contexte des soins de première ligne requiert ainsi de concevoir des modalités de mobilisation des ressources existantes en tenant compte de la capacité à payer des personnes et de leur couverture d'assurance pour minimiser les inégalités en ce qui concerne la réception de soins prodigués par d'autres professionnels que les médecins.

> 2. AGIR SUR LES PRATIQUES CLINIQUES ET LA PRESTATION DE SERVICES

DE PLUS EN PLUS, LES PERSONNES OU LEURS PROCHES PARTAGENT AVEC LES PROFESSIONNELS DES RESPONSABILITÉS DANS LA PRÉVENTION, LE TRAITEMENT OU LE CONTRÔLE DES PROBLÈMES DE SANTÉ.

La nécessité de soutenir les personnes et leurs proches dans leurs interactions avec les services de santé et dans la prise en charge de leur santé est apparue fortement dans le contexte de nos consultations. La documentation scientifique fait d'ailleurs ressortir l'importance de mieux préparer les personnes et leurs équipes de soins pour maximiser la qualité des soins et améliorer la santé des personnes. Cela requiert de modifier les façons par lesquelles les professionnels de la santé interagissent avec les personnes et d'outiller ces dernières à affronter les défis liés à la promotion de la santé, à la prévention et au fait de vivre avec des maladies affectant la vie quotidienne. De plus en plus, les personnes ou leurs proches partagent avec les professionnels des responsabilités dans la prévention, le traitement ou le contrôle des problèmes de santé.

Le thème particulier de la prévention et de la « prise en charge de sa santé » est d'ailleurs revenu à plusieurs reprises dans les discussions au sein du Forum de consultation du Commissaire. D'abord, on juge non seulement que les actions en matière de prévention sont d'une importance capitale et qu'il faut faire davantage de prévention dans le milieu de vie des personnes, mais aussi que les citoyens doivent être sensibilisés, dès leur plus jeune âge, à l'égard de la santé et être informés de l'organisation des services de santé et de services sociaux. Finalement, l'importance d'informer les citoyens a été évoquée à plusieurs reprises par les membres du Forum de consultation du Commissaire. Ils ont souligné le besoin de fournir aux citoyens des renseignements de base sur les services offerts et l'organisation du système, permettant de les guider dans leur utilisation des services.

Ces diverses actions ont rapport aux pratiques elles-mêmes des professionnels et à la manière utilisée pour entrer en contact avec les personnes. Une modification des pratiques cliniques et de la prestation de services pourrait répondre à ces enjeux liés à la prévention et à la participation des personnes à la progression, au maintien et au rétablissement de leur santé. Dans la présente section sont abordés les thèmes de la conception de nouvelles modalités de prestation de soins, de la participation des patients à leurs soins et de l'inscription de la population.

UNE MODIFICATION DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE LA PRESTATION DE SERVICES POURRAIT RÉPONDRE À CES ENJEUX LIÉS À LA PRÉVENTION ET À LA PARTICIPATION DES PERSONNES.

2.1 Le développement de nouvelles modalités de prestation de soins

L'exercice de consultation du Commissaire a permis de souligner diverses transformations sociales, démographiques et technologiques affectant le système et qui nous incitent à revoir les façons traditionnelles de prodiguer les soins de première ligne. Parmi ces transformations, notons le vieillissement de la population, la modification des problèmes de santé (principalement de nature chronique plutôt qu'aigüe) et l'accroissement continuel des capacités d'intervention diagnostique et thérapeutique. C'est le concept même de consultation médicale, laquelle est traditionnellement définie comme une rencontre entre une personne et un prestataire de soins, qui est remis en question.

C'EST LE CONCEPT MÊME DE CONSULTATION MÉDICALE, LAQUELLE EST TRADITIONNELLEMENT DÉFINIE COMME UNE RENCONTRE ENTRE UNE PERSONNE ET UN PRESTATAIRE DE SOINS, QUI EST REMIS EN QUESTION.

Les experts et décideurs interrogés ont suggéré diverses actions qui permettraient d'innover dans les façons de prodiguer les soins et services aux personnes, au-delà de la traditionnelle consultation médicale en face à face. Ces actions peuvent être implantées dans les organisations de soins de première ligne et incluent, entres autres, des modalités de consultations médicales de groupes, de soins prodigués par les pairs, de consultations électroniques et virtuelles, de la télémédecine, ainsi que des programmes d'accès avancé (*advanced access*), où la gestion des plages de rendez-vous favorise un meilleur arrimage entre les besoins des personnes et l'offre de soins.

Quels bénéfices escompter de ces nouvelles modalités de prestation de soins ?

CET ENSEMBLE DE FAÇONS NOUVELLES DE RENDRE DES SERVICES PERMETTRAIENT D'ACCROÎTRE LA QUALITÉ ET LA SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS.

Les diverses modalités de prestation de soins proposées dans le cadre des consultations présentent des niveaux variables de démonstration scientifique. Pour plusieurs, leur caractère novateur et le fait qu'elles viennent à peine d'être développées et implantées limitent beaucoup notre capacité d'en comprendre l'ensemble des bénéfices potentiels ou des effets pervers possibles. Néanmoins, cet ensemble de façons nouvelles de rendre des services permettraient d'accroître la qualité et la satisfaction à l'égard des services reçus.

CES CONSULTATIONS DE GROUPE SONT INSTAURÉES DANS DIVERS MILIEUX EN COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES CONSULTATIONS INDIVIDUELLES.

Les consultations de groupes auprès d'un médecin ou d'un professionnel de la santé ont été implantées dans divers systèmes ou organisations de santé, principalement dans le contexte des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques. La documentation scientifique souligne que ces personnes, qui présentent des besoins de soins récurrents et de services dont le but est de renforcer leur capacité de contrôle de leur problème de santé et de suivi de leur plan de traitement, ont souvent les mêmes questionnements ou des questionnements complémentaires. Par conséquent, elles peuvent bénéficier des expériences d'autrui et devenir des témoins mutuels de leurs interactions cliniques. Ainsi, bien que diverses personnes présentent différents stades de développement de leur maladies, des effets secondaires différents ou des difficultés bien particulières dans l'observance de leur traitement, elles peuvent apprendre des réponses apportées par les professionnels de la santé et ainsi être mieux outillées pour se confronter à d'éventuelles situations avant même qu'elles ne surviennent dans leur vie. Ainsi, la participation volontaire à des consultations de groupe avec leur médecin ou leur infirmière clinicienne peut permettre, de façon efficiente, à plusieurs patients de bénéficier simultanément des enseignements du professionnel de la santé concerné. Ces consultations de groupe sont instaurées dans divers milieux en complémentarité avec les consultations individuelles, où une relation thérapeutique personnalisée et confidentielle se tisse.

LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE ACQUIÈRENT BEAUCOUP D'EXPERTISE DANS LE COURS DE LEUR VIE ET, AINSI, ILS PEUVENT ÊTRE UNE SOURCE DE SOINS OU D'ENSEIGNEMENTS POUR D'AUTRES PATIENTS MOINS EXPÉRIMENTÉS OU N'AYANT PAS ENCORE AFFRONTÉ LES MÊMES SITUATIONS.

Par ailleurs, la documentation scientifique internationale montre que les patients atteints d'une maladie acquièrent beaucoup d'expertise dans le cours de leur vie et, ainsi, peuvent être une source de soins ou d'enseignements pour d'autres patients moins expérimentés ou n'ayant pas encore affronté les mêmes situations. La faisabilité et l'efficacité de telles consultations par les pairs ayant été démontrées dans plusieurs contextes, elles semblent être une façon aussi efficace que la consultation individuelle, tout en représentant un moyen d'utiliser les ressources de manière plus efficiente.

En lien étroit avec l'implantation de nouvelles technologies de l'information, le concept de consultations électroniques et virtuelles émerge aussi dans les milieux cliniques les plus novateurs et peut prendre diverses formes dans le contexte des soins de première ligne. Un mode de communication interactif entre les professionnels de la santé et leurs patients, sous forme de courriel ou de journal de santé personnel, ou une consultation virtuelle à distance, sont des exemples de pratiques qui permettent d'assurer un suivi médical continu, tout en répondant aux questions des patients et en leur évitant des déplacements. Parfois, ces consultations prennent la forme de réponses enregistrées d'avance et portant sur un problème de santé particulier ou sur son traitement. Les personnes peuvent ainsi « revivre » des consultations et s'approprier plus en profondeur une information transmise trop rapidement en consultation et qui, de ce fait, n'est pas comprise. Ainsi, la disponibilité, sur le plan électronique, de matériel interactif (portails de santé, questions et réponses préenregistrées, etc.) est un outil de soutien à la prestation de services. Ces modalités de consultation pourraient être complémentaires à la rencontre clinique traditionnelle et pourraient éviter des consultations découlant d'une mauvaise compréhension des conduites cliniques et accroître la capacité des personnes à exercer un contrôle sur leur santé.

CES MODALITÉS DE CONSULTATION POURRAIENT ÊTRE COMPLÉMENTAIRES À LA RENCONTRE CLINIQUE TRADITIONNELLE.

Finalement, la dernière modalité proposée se rapporte aux programmes d'accès avancé (*advanced access*). La perspective au centre de cette modalité de consultation consiste à faire en sorte que les personnes et les professionnels puissent avoir accès aux services dont ils ont besoin au moment qui leur convient le mieux et selon des trajectoires déjà définies. Les programmes d'accès avancé donnent aux personnes des garanties de pouvoir être vues aussi rapidement que le requiert leur état de santé et selon leur disponibilité. Ainsi, une personne qui désire un rendez-vous pour le lendemain peut l'obtenir, tout comme une personne qui désire un rendez-vous pour la semaine ou le mois suivant. Bien qu'une telle mesure semble difficile à concilier avec les temps d'attente élevés rencontrés dans plusieurs systèmes de santé, elle a été implantée dans plusieurs contextes. Elle nécessite de bien structurer l'offre de service pour inclure des plages dédiées aux consultations sans rendez-vous, aux consultations sur rendez-vous à court terme ou à plus long terme et au suivi des patients. Une bonne connaissance des patients pris en charge est fondamentale à son implantation.

LES PROGRAMMES D'ACCÈS AVANCÉ DONNENT AUX PERSONNES DES GARANTIES DE POUVOIR ÊTRE VUES AUSSI RAPIDEMENT QUE LE REQUIERT LEUR ÉTAT DE SANTÉ ET SELON LEUR DISPONIBILITÉ.

Bien que récents, ces programmes d'accès avancé ont fait l'objet d'évaluations dans certains contextes américains et européens. En général, les évaluations des programmes d'accès avancé révèlent une réduction des temps d'attente et un accroissement de la satisfaction des usagers, sans que les professionnels de la santé aient à travailler plus d'heures. Parmi les effets qui permettent d'offrir des services plus prompts, on note le fait que moins de patients prennent des rendez-vous longtemps à l'avance (étant assurés d'être vus rapidement dans le système d'accès avancé) et que moins de patients prennent des rendez-vous sans s'y présenter. Prendre un rendez-vous qui correspond mieux aux contraintes liées au travail ou aux obligations familiales faciliterait ainsi le respect des rendez-vous. Ce dernier constat est important si l'on tient compte de l'impact majeur, pour les médecins, des rendez-vous manqués, qui peuvent totaliser de 10 à 20 % de l'ensemble des plages de rendez-vous allouées.

Qu'en est-il de ces nouvelles modalités de prestation de soins au Québec ?

Ces nouvelles modalités de consultation sont peu présentes au Québec. Si certains milieux cliniques en ont adopté et implanté certains aspects, force est de constater que l'ensemble de la population québécoise n'a pas accès à ces modalités et que nous devrions collectivement explorer ces avenues pour accroître l'accès des personnes aux services médicaux et interdisciplinaires de première ligne dont elles ont besoin. Finalement, le faible taux de travail en équipe interdisciplinaire et la faible pénétration des dossiers médicaux informatisés dans les cabinets de première ligne représentent probablement des barrières à l'implantation de ces nouvelles modalités de consultation qui, dans la majorité des cas, requièrent une structure organisationnelle de première ligne plus développée que ce dont dispose la majorité des cabinets médicaux québécois.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux des nouvelles modalités de prestation de soins ?

Dans le contexte des délibérations du Forum de consultation du Commissaire, nous n'avons pas abordé spécifiquement le thème des nouvelles modalités de consultation. Néanmoins, certains enjeux abordés lors des discussions portant sur d'autres thèmes, notamment celui sur les technologies de l'information, permettent de souligner que la confidentialité et le droit de choisir les manières que chacun adopte pour consulter les professionnels de la santé sont au cœur des préoccupations des membres du Forum de consultation du Commissaire. Ces préoccupations sont des plus pertinentes lorsqu'il est question de communication de renseignements par courriel ou de consultation de groupe.

En somme, l'implantation de telles modalités de consultation doit, en tout temps, respecter la confidentialité des renseignements personnels et de la vie privée des personnes. De plus, ces modalités doivent être instaurées de manière à ce que les personnes y aient recours de façon libre et éclairée.

Ce que le Commissaire retient sur le thème des nouvelles modalités de prestation de soins

LES NOUVELLES MODALITÉS DE CONSULTATION OFFRENT DES POSSIBILITÉS QU'IL EST ESSENTIEL D'EXPLORER.

Les nouvelles modalités de consultation offrent des possibilités qu'il est essentiel d'explorer. Diverses actions proposées dans le contexte de notre consultation et retrouvées dans la recension de la documentation scientifique consistent en des modalités spécifiques de consultation et d'interaction entre les prestataires de soins et les personnes. Si certaines étaient plus appuyées que d'autres, dans l'ensemble, ces nouvelles façons de rendre des services devraient faire l'objet d'une évaluation et faire partie d'un programme de renouvellement de la pratique de soins de première ligne.

La démonstration scientifique à propos des diverses innovations telles que les consultations de groupes, les consultations par les pairs, les consultations électroniques et virtuelles ainsi que les programmes d'accès est variable. Certaines innovations présentent des résultats parfois contradictoires ou mitigés ou n'ont tout simplement pas fait l'objet d'une évaluation à ce jour.

Si ces mesures organisationnelles présentent un grand potentiel, force est de constater que nous devons, avant tout, les explorer dès maintenant pour juger de leur applicabilité dans notre contexte et de leur potentiel pour accroître la performance de la première ligne et faciliter une meilleure couverture et une accessibilité accrue pour la population du Québec. Ainsi, pour favoriser pleinement la participation des personnes aux soins de première ligne, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'explorer le développement de nouvelles modalités de prestation de soins visant leur évaluation et leur diffusion potentielle dans le réseau (voir la recommandation 4).

Recommandation 4

Explorer de nouvelles modalités de prestation de soins

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

4.1 **que soient évaluées la pertinence, l'efficacité et la sécurité, pour notre contexte, de nouvelles modalités de prestation de soins** pouvant inclure, entre autres, les consultations de groupes, les consultations par les pairs, les consultations électroniques et virtuelles ainsi que les programmes d'accès avancé aux soins (*advanced access*).

- » Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologie et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) ;

4.2 **que les expériences d'implantation de ces nouvelles façons d'interagir avec les patients, présentes dans les milieux cliniques du Québec, soient recensées et analysées** pour en favoriser l'implantation dans d'autres milieux ;

4.3 **que les preuves scientifiques et la faisabilité d'implanter ces nouvelles modalités de consultation soient évaluées, pour répondre aux besoins croissants des populations dans le contexte de la première ligne.**

- » Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologie et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Quelles sont les implications des nouvelles modalités de prestation de soins ?

LES CABINETS MÉDICAUX NE POSSÉDANT PAS DE RESSOURCES INTERDISCIPLINAIRES, NE PROCÉDANT PAS AU PARTAGE EN ÉQUIPE DES RESPONSABILITÉS CLINIQUES ET NE POSSÉDANT PAS DES SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE PERFORMANTS RISQUENT D'AVOIR PLUS DE DIFFICULTÉS À IMPLANTER CES NOUVELLES MODALITÉS DE PRESTATION DE SERVICES.

Sur le plan **organisationnel**, cette recommandation d'explorer et d'évaluer ces nouvelles modalités de prestation de soins nécessite de développer des partenariats avec les milieux cliniques et de recherche. Leur implantation éventuelle nécessite également de mettre en place des structures organisationnelles qui permettront aux consultations de groupes, aux consultations par les pairs, aux consultations électroniques et virtuelles ainsi qu'aux programmes d'accès avancé aux soins d'être planifiés et implantés. Tel que cela a été mentionné précédemment, les cabinets médicaux ne possédant pas de ressources interdisciplinaires, ne procédant pas au partage en équipe des responsabilités cliniques et ne possédant pas des systèmes d'information clinique performants risquent d'avoir plus de difficultés à implanter ces nouvelles modalités de prestation de services.

Certaines implications organisationnelles sont aussi à considérer dans l'éventualité de leur implantation. Par exemple, les consultations électroniques et virtuelles nécessitent une assise informatique développée, les consultations de groupes ou par les pairs sont plus efficaces dans un contexte où une équipe réunissant plusieurs professionnels peut soutenir ces activités d'échange d'information, les programmes d'accès avancé requièrent qu'une équipe de médecins et d'autres professionnels de la santé partagent la couverture des plages horaires pour offrir une flexibilité dans la prise de rendez-vous à court terme et à des heures convenant mieux aux patients.

Sur le plan **économique**, une partie des fonds de développement déjà présents dans le réseau de la santé et des services sociaux pourrait être mise à profit pour évaluer les innovations présentes dans le contexte des cabinets médicaux de première ligne et pour soutenir des projets-pilotes dont le but est de mieux documenter les effets et les possibilités d'implantation. Néanmoins, il demeure difficile d'évaluer les impacts économiques d'une telle recommandation, les modalités spécifiques de son implantation ayant un impact majeur sur les coûts qui y sont associés.

Dans la sphère **éthique**, l'évaluation de ces nouvelles modalités de consultation et de suivi de patients devrait s'accompagner d'une évaluation de leur acceptabilité pour les personnes. La confidentialité est évidemment un enjeu pour certaines modalités qui supposent des consultations faites en présence de tiers ou effectuées au moyen des technologies de l'information. Finalement, d'autres enjeux éthiques peuvent découler des capacités différentes des personnes de prendre en charge leur santé, de participer à des consultations de groupe ou d'interagir avec les professionnels de la santé autrement que par la traditionnelle consultation en personne. Le respect de l'autonomie et de la liberté de choix des personnes devrait demeurer au centre de ces nouvelles modalités de prestation de services.

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE ET DE LA LIBERTÉ DE CHOIX DES PERSONNES DEVRAIT DEMEURER AU CENTRE DE CES NOUVELLES MODALITÉS DE PRESTATION DE SERVICES.

2.2 La participation des personnes aux soins

La nature même des problèmes de santé change et nous amène à revoir les pratiques des professionnels pour mieux répondre aux besoins des populations ainsi que le rôle des patients eux-mêmes dans le maintien de leur santé. Le vieillissement de la population et la réduction de la natalité modifient aussi l'équilibre entre les générations et portent au questionnement en ce qui concerne le rôle des proches aidants et le soutien social accordé aux personnes. Les familles moins nombreuses et l'accroissement de la proportion de personnes vivant avec un problème de santé chronique résulteraient en un accroissement de la proportion de la population jouant un rôle de proche aidant[5].

5. Un proche aidant désigne « Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité… » (MSSS, 2003, p. 6).

Une capacité générale accrue d'obtenir, de comprendre et de transmettre de l'information en santé, aussi appelée « littératie en santé », entraîne des modifications dans les attentes des personnes. En effet, celles-ci sont de plus en plus renseignées sur les traitements disponibles et elles veulent de plus en plus participer aux décisions entourant les soins qui leur sont donnés. Cette observation est particulièrement importante pour la première ligne de soins, principal point de contact des personnes avec le système de santé.

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS SERA PLUS PERFORMANTE LORSQUE LES PATIENTS ET LEURS PROCHES PARTICIPERONT ACTIVEMENT À LA PROMOTION ET À LA PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTÉ.

Pour les experts et décideurs consultés, la première ligne de soins sera plus performante lorsque les patients et leurs proches participeront activement à la promotion et à la prise en charge de leur santé, tout en ayant un accès facilité aux services professionnels de première ligne. Cette prise en charge doit toutefois être soutenue par de l'information qui permet de comprendre comment prévenir les problèmes de santé et leurs complications, par des outils d'aide à la décision, par une approche structurée favorisant les pratiques d'autosoins, par un soutien aux proches aidants et par des mécanismes de soutien à l'entraide.

Diverses modalités peuvent être envisagées pour favoriser les pratiques d'autosoins et le soutien aux proches aidants. Les participants au séminaire d'experts et au panel de décideurs ont énoncé quelques exemples, tels que des sites Internet interactifs contenant de l'information sur la santé, des consultations médicales de groupes axées sur le développement des capacités des patients, la mise en place de centres de prévention et d'enseignement à l'égard des habitudes de vie saines, la prévention et une prise en charge des maladies chroniques, ainsi que l'implantation de dossiers médicaux informatisés permettant aux patients d'avoir accès aux renseignements pertinents en ce qui concerne leur état de santé et leurs facteurs de risque pour la maladie.

Ainsi, pour accroître et faciliter la participation active et la prise en considération des perspectives des patients et de la population en général, il est proposé de favoriser, au sein du réseau de la santé et des services sociaux, des actions intersectorielles de soutien aux proches aidants. Cette proposition est liée à celle qui consiste à développer et à rendre accessibles, pour les personnes au sein des milieux cliniques, des approches favorisant les pratiques d'autosoins. Ces divers outils et approches devraient aussi permettre d'informer les citoyens, par l'entremise des cliniques et des cabinets médicaux de première ligne, sur divers moyens de prendre en charge leur état de santé et d'accéder aux services de santé et aux services sociaux, quelles que soient leur culture et leurs connaissances en santé.

Quels bénéfices escompter d'une participation accrue des personnes ?

La documentation scientifique sur les soins aux personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques est instructive sur les bénéfices potentiels d'une participation accrue des personnes et de leurs proches aux soins de santé, particulièrement par l'approche d'autosoins. Dans une perspective de cycle de vie, force est de constater que cette prise en charge de sa propre santé ou de celle d'un proche (enfant ou plus âgé) s'inscrit à tous les âges de la vie.

Plusieurs études récentes suggèrent des bénéfices notables pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé et leurs proches aidants lorsque l'on favorise leur participation aux soins et le développement de leurs capacités. Lorsqu'elles sont réalisées dans le cadre d'une offre de soins bien structurée par une équipe traitante proactive, les interventions visant à accroître les connaissances et les capacités des personnes au sujet de leur santé permettent le maintien de leur capacité fonctionnelle et une meilleure perception de leur santé, sans risque accru de complications ou d'effets indésirables. De plus, la participation des personnes aux décisions cliniques permet aussi de mieux orienter les traitements et d'en assurer une meilleure observance.

LA PARTICIPATION DES PERSONNES AUX DÉCISIONS CLINIQUES PERMET AUSSI DE MIEUX ORIENTER LES TRAITEMENTS ET D'EN ASSURER UNE MEILLEURE OBSERVANCE.

Par ailleurs, une plus grande participation des personnes et de leurs proches aux soins de santé peut engendrer une hausse de productivité et d'efficacité du système de santé. Diverses études montrent, en effet, que des patients qui deviennent, en quelque sorte, « experts de leur santé », recourent moins aux soins et services, sont moins souvent hospitalisés et vivent en meilleure santé. De plus, ces patients experts peuvent jouer un rôle auprès de leurs pairs atteints de problèmes similaires, lorsqu'ils sont bien encadrés par une équipe traitante bénéficiant d'outils d'aide à la décision clinique et d'interfaces permettant une bonne communication avec les patients. L'accroissement du fardeau qu'imposent les maladies chroniques sur le système de santé, que ce soit en première ligne ou pour les services spécialisés, demande que l'on réfléchisse aux options qui s'offrent à nous pour tirer le maximum des services que le système de santé et de services sociaux peut assumer.

Que sont les pratiques d'autosoins ?

La notion d'autosoins fait référence à la situation où les personnes atteintes de problèmes de santé se prodiguent elles-mêmes, ou reçoivent d'un proche aidant, une partie des soins dont elles ont besoin. Divers types de soins peuvent faire l'objet d'autosoins, la prise de médicaments étant l'exemple le plus commun. Dans les dernières années, on observe que les personnes atteintes de maladies chroniques acquièrent avec le temps des connaissances poussées au sujet de leurs problèmes de santé et de leurs traitements, ce qui suggère que les personnes elles-mêmes — parfois appelées « patients experts » — sont souvent les mieux placées pour gérer leurs soins. Mentionnons, à titre d'exemples, le contrôle du taux de sucre dans le sang par les diabétiques, la prise de la tension artérielle chez les hypertendus, la prise d'antibiotiques à domicile, ainsi que le contrôle de la consommation de sel et de liquides chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Il en va de même pour les proches aidants, souvent appelés « aidants naturels », qui acquièrent aussi une expertise particulière dans le soutien et l'aide qu'ils apportent à un proche malade ou atteint d'incapacité. Rappelons que les proches aidants apportent généralement un soutien dans les activités de la vie quotidienne, la prestation de soins ou l'obtention de services de santé et de services sociaux.

Qu'en est-il de la participation des personnes au Québec ?

Les données disponibles indiquent qu'au Québec comme au Canada, les patients participent à leurs soins à des degrés divers. Ainsi, parmi les patients atteints de maladies chroniques, deux personnes sur trois déclarent recevoir des plans d'autosoins au Canada, mais seulement 14 % des médecins déclarent donner régulièrement à la maison des plans de gestion des soins adaptés aux patients (The Commonwealth Fund, 2006).

Dans une étude récente menée au Québec, 61 % des personnes déclarent que le médecin prend beaucoup de temps pour leur parler de prévention, 75 % mentionnent que l'on tient beaucoup compte de leur opinion et 71 % affirment qu'on les aide beaucoup à évaluer « les pour et les contre » dans les décisions portant sur leurs soins à leur source habituelle de soins de première ligne (Levesque et *al.*, 2007). Toujours dans cette même étude, 77 % des personnes déclarent que l'on répond clairement à leurs questions, 69 % sont d'avis que les services reçus leur permettent de bien contrôler leurs problèmes de santé et 65 % estiment que les services reçus les aident beaucoup à se motiver et à adopter de bonnes habitudes de vie (*Idem*).

De plus, les consultations réalisées auprès d'acteurs du réseau suggèrent que les services de soins de première ligne ne bénéficient pas de structures organisationnelles qui permettent de favoriser la participation des personnes, les approches d'autosoins et le soutien aux proches aidants de manière structurée et systématique. De telles approches semblent avoir été implantées principalement dans les réseaux de soins spécialisés, où diverses initiatives, tels les centres d'enseignement et les cliniques intégrées, sont disponibles pour les personnes atteintes de maladies chroniques spécifiques. En première ligne de soins, le médecin demeure peu soutenu pour mettre en place des activités d'enseignement qui s'adressent aux patients et il doit affronter des volumes de patients à traiter souvent trop élevés, si bien qu'il ne peut avoir la latitude nécessaire pour permettre une participation des patients aux décisions cliniques.

LE MÉDECIN DEMEURE PEU SOUTENU POUR METTRE EN PLACE DES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT QUI S'ADRESSENT AUX PATIENTS.

Par ailleurs, selon les données récentes de l'Institut de la statistique du Québec (2009), près de 30 % de la population de 12 ans ou plus déclare être atteinte d'une maladie chronique et près de 14 %, de deux maladies chroniques. Ainsi, beaucoup de Québécoises et de Québécois vivent déjà avec des problèmes de santé requérant des soins à long terme. De plus, près de 30 % des Québécoises et des Québécois âgés de plus de 45 ans fourniraient de l'aide à une autre personne pour un problème de santé ou une limitation physique de longue durée (Statistique Canada, 2008). Ces proches aidants, majoritairement des femmes, fournissent une importante part des soins requis par les personnes aidées et complémentent ainsi les services offerts par les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires. Fréquemment aussi, un tel engagement auprès d'un proche malade est la source de problèmes de santé pour le proche aidant. En effet, un peu plus d'une personne sur dix ayant fourni de l'aide informelle à un proche aurait vu son état de santé se détériorer (*Idem*). Ces problèmes de santé s'ajoutent à d'autres conséquences associées à ce rôle telles que des dépenses liées à la santé, la réduction du temps consacré aux activités sociales ou de vacances et l'absentéisme au travail, générant ainsi une pression importante sur les personnes assumant un rôle de proche aidant (Conseil des aînés, 2008).

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de la participation des personnes ?

Une participation accrue de personnes autres que les professionnels de la santé aux soins et services requiert que ces personnes puissent effectivement, avec leurs connaissances et leurs habiletés propres, agir de façon sécuritaire et efficace sur leur santé. Toutefois, toutes les personnes n'ont pas, au départ, les mêmes capacités à l'égard de l'amélioration de leur santé ni le même soutien de la part de leurs proches. Divers facteurs, tels que l'éducation, la situation socioéconomique, l'histoire antérieure de santé, le lieu de résidence, l'environnement social et le vécu des personnes, peuvent avoir un impact sur le fardeau que représentent les pratiques d'autosoins ou l'implication de proches aidants dans les soins.

Il importe de noter que, dans le contexte de ses délibérations, le Forum de consultation du Commissaire s'est montré favorable à la notion d'autosoins à condition que la promotion de celle-ci ne mène pas à un désengagement de l'État. Pour éviter une telle situation, certaines conditions sont nécessaires, notamment l'accroissement des ressources destinées aux patients et aux proches aidants ainsi que la formation et le suivi des personnes en cause. Plutôt qu'un simple transfert de responsabilités, ces actions nécessitent une réévaluation des services à donner pour en assurer le développement équitable.

Un enjeu concerne ainsi l'accroissement des responsabilités des personnes et des proches aidants qui participent aux soins, ce qui peut représenter un fardeau additionnel pour eux. Une responsabilité partagée se développe entre les personnes, les proches aidants et les professionnels de la santé, ce qui peut favoriser un meilleur suivi des interventions pour lesquelles un ajustement quotidien et adapté à la personne est nécessaire. Dans la mesure où les personnes en cause peuvent bénéficier d'une formation appropriée et d'un soutien, un plus grand engagement de leur part peut ainsi accroître l'impact de leur rôle sur la prestation des services. Cependant, un des risques inhérents à cette plus grande participation consiste en l'occurrence d'erreurs dans les actions et les traitements et en l'épuisement des personnes ou de leurs proches aidants, eux-mêmes vulnérables à la maladie.

Par ailleurs, il existe un risque de déresponsabilisation du réseau. Rappelons que l'État a des responsabilités particulières au regard de la santé et du bien-être des citoyens. Il doit, notamment, assurer un financement approprié du système et la qualité des services, ce qui inclut l'accessibilité, la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la continuité des services, de même que le respect des droits des personnes. Or, une plus grande responsabilisation des citoyens vis-à-vis de leur santé pourrait aussi se solder par une réduction de services sans soutien de la participation des proches aidants.

Ce que le Commissaire retient sur la participation des personnes

Placer le citoyen au cœur du réseau est un objectif que maintes commissions d'enquêtes ou groupes de travail ont suggéré au cours des dernières années au Québec. Dans le contexte de nos consultations, cette proposition a pris une position centrale et une nouvelle forme, celle de la participation des personnes et de leurs proches aux soins. Dans le contexte du vieillissement de la population, d'accroissement des maladies chroniques et de la multi-morbidité, de développements technologiques surpassant de plus en plus les capacités de prestation de services, les patients deviennent de mieux en mieux outillés pour prendre le contrôle de leur santé.

Le contexte d'accroissement des technologies de l'information dans le domaine de la santé a aussi ouvert de nouvelles avenues pour la participation des personnes aux décisions et à la concrétisation des soins. Le concept d'autosoins est maintenant une des pierres angulaires des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Nous l'avons vu dans les sections précédentes, les pratiques d'autosoins ont été démontrées comme étant efficaces pour améliorer la qualité des services et le contrôle des maladies, sans accroître les frais pour les systèmes de soins.

Finalement, il est très important de considérer le soutien nécessaire à la participation des proches aux soins des personnes qui sont suivies en première ligne, mais qui présentent une capacité limitée de prendre en charge divers aspects de leurs soins. Ces proches aidants jouent un rôle de soutien crucial et permettent d'offrir des soins de qualité, en collaboration avec les équipes traitantes.

Le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'établir un programme de développement de l'autosoins et de soutien de la contribution des proches aidants dans le contexte des cliniques de première ligne de soins au Québec (voir la recommandation 5). Par contre, cela doit s'effectuer dans le respect du choix des personnes et dans le renforcement de leurs capacités à jouer ce rôle de façon adéquate.

Recommandation 5

Favoriser les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution des proches aidants

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

5.1 **que des activités de promotion et de soutien à l'autosoins soient faites en contexte clinique de première ligne au Québec.**

» Ces activités incluent, entre autres, des outils favorisant les pratiques d'autosoins intégrés aux systèmes de renseignements cliniques, le renvoi à des centres d'enseignement, la participation d'une équipe interdisciplinaire au développement des capacités des personnes à gérer divers aspects de leur santé et de leurs soins, ainsi que des renseignements accessibles dans des portails électroniques de santé ;

5.2 **que soient développés et implantés des outils ayant pour but d'accroître les capacités des proches aidants à participer aux soins de la personne aidée et que cette participation en tant que proches aidants soit soutenue, dans le contexte des soins de première ligne.**

» Cela nécessite de tenir compte des conséquences de la participation des proches aidants sur leur vie personnelle ou professionnelle.

5.3 **que les différentes approches visant à favoriser l'autosoins dans le contexte des soins de première ligne fassent l'objet d'une évaluation** de son efficacité et de son innocuité pour en guider l'implantation dans les milieux cliniques.

» Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Quelles sont les implications de l'autosoins ?

LES APPROCHES D'AUTOSOINS NÉCESSITENT UN ENSEMBLE DE CONDITIONS SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL POUR EN PERMETTRE LEUR ACTUALISATION.

Les approches d'autosoins nécessitent un ensemble de conditions sur le plan **organisationnel** pour en permettre leur actualisation. L'interdisciplinarité, les systèmes d'information électronique, la pratique de groupe et l'usage en contexte clinique de nouvelles façons de rendre des soins comme les consultations de groupe ou le soutien par les pairs ou les patients experts ont tous été reconnus comme facilitant l'implantation des approches d'autosoins. Pour les professionnels de la santé, il s'agit d'approches qui nécessitent une réorganisation de la pratique clinique et une réévaluation du rôle des professionnels et des personnes et leurs proches.

TOUTES LES PERSONNES N'ONT PAS AU DÉPART LES MÊMES CAPACITÉS À L'ÉGARD DE L'AMÉLIORATION DE LEUR SANTÉ NI LE MÊME SOUTIEN DES PROCHES.

Du point de vue **éthique**, l'encouragement de l'autosoins soulève certains enjeux, dont une préoccupation eu égard à la valeur d'équité, puisque, nous l'avons vu, toutes les personnes n'ont pas au départ les mêmes capacités à l'égard de l'amélioration de leur santé ni le même soutien des proches. L'intervention doit aussi être modulée en fonction des valeurs des personnes et de leur capacité de prendre en charge divers aspects de leur santé. Un deuxième enjeu a rapport à l'accroissement des responsabilités des personnes et des proches aidants qui participent aux soins. Une responsabilité partagée peut se développer entre les personnes, les proches aidants et les professionnels, ce qui permet aux professionnels de concentrer leurs efforts sur les dimensions des interventions de santé qui ne sont pas propices à l'autosoins ou à l'action des proches aidants. Cela peut par contre accroître le fardeau des personnes et ainsi rapporter sur elles une partie de la responsabilité du système de santé et de services sociaux. Finalement, force est de constater que ce ne sont pas toutes les personnes qui bénéficient de la présence de proches pouvant les soutenir dans ces approches d'autosoins.

Enfin, il serait important d'augmenter la compétence des professionnels du réseau pour soutenir le patient dans le respect des capacités et des valeurs propres à chacun. Les enjeux liés au risque de déresponsabilisation du réseau doivent demeurer une préoccupation dans l'évaluation des modalités les plus adéquates pour favoriser la participation des personnes aux soins. Fondamentalement, la participation des personnes et de leurs proches aux soins doit être vue comme une façon d'accroître l'impact des soins sur la santé des personnes plus que comme une façon de rationnaliser le coût de la santé.

LA PARTICIPATION DES PERSONNES ET DE LEURS PROCHES AUX SOINS DOIT ÊTRE VUE COMME UNE FAÇON D'ACCROÎTRE L'IMPACT DES SOINS SUR LA SANTÉ DES PERSONNES PLUS QUE COMME UNE FAÇON DE RATIONNALISER LE COÛT DE LA SANTÉ.

2.3 L'inscription de la population

L'état de situation que nous avons dressé dans le présent rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux a permis de reconnaître qu'une des lacunes de la première ligne de soins consiste en un faible degré d'affiliation des personnes auprès d'une source habituelle de soins et d'un médecin de famille, comparativement à d'autres provinces ou pays industrialisés. L'affiliation à une source habituelle de soins devient particulièrement importante dans un contexte de vieillissement de la population, qui entraîne un accroissement du fardeau de traitements lié aux maladies chroniques. Ainsi, les besoins dans le domaine des soins seraient de moins en moins de nature ponctuelle et ils demanderaient une organisation des services orientée vers une prise en charge à plus long terme.

Pour les experts et les décideurs consultés, l'atteinte d'une première ligne performante requiert que toute la population soit inscrite auprès d'une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne qui connaît et prend en charge ses patients. En contrepartie, cette inscription devrait faciliter l'accès aux soins de première ligne, au plateau technique diagnostique et thérapeutique et aux services spécialisés de deuxième ligne qui soutiennent les médecins de première ligne. Dans le contexte de cette inscription, les professionnels de la santé accepteraient, non seulement une responsabilité par rapport à la prise en charge de leurs patients, mais aussi une responsabilité à l'égard d'une population locale.

L'ATTEINTE D'UNE PREMIÈRE LIGNE PERFORMANTE REQUIERT QUE TOUTE LA POPULATION SOIT INSCRITE AUPRÈS D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE QUI CONNAÎT ET PREND EN CHARGE SES PATIENTS.

Qu'est-ce que l'inscription de la population ?

L'inscription de la population désigne l'existence d'une entente formelle entre un prestataire de services et les personnes qu'il traite. Ce professionnel possède une liste de patients qui l'ont identifié comme principal prestataire de soins et, en contrepartie, il s'engage à offrir les services requis à la population inscrite. L'inscription de la population peut se faire sous différentes formes. Si certains pays ont opté pour une inscription sur une base géographique (les résidents d'une localité sont inscrits auprès de prestataires de soins de cette même localité), plusieurs pays, dont le nôtre, ont plutôt opté pour une inscription dite « de clientèle ». Dans ce dernier cas, les personnes sont libres de s'inscrire auprès du professionnel de leur choix, dans le lieu de leur choix.

Quels bénéfices escompter de l'inscription de la population ?

De l'inscription formelle des patients auprès d'une clinique désignée, il est attendu qu'un lien fort se tisse entre les patients et les prestataires de soins. Il a été démontré que la continuité favorise la qualité des soins et a un impact positif à plusieurs égards ; à titre d'exemples de répercussions positives, l'amélioration des soins pour des maladies spécifiques, l'accroissement de la prévention clinique, l'immunisation des enfants, l'adhérence aux traitements, la satisfaction des patients, de plus bas taux d'hospitalisations et de visites aux urgences hospitalières (Shortt, 2004). Il est suggéré que l'inscription soit alignée sur des incitatifs à la continuité pour favoriser la consultation sur place des patients inscrits.

L'INSCRIPTION PERMET D'ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITÉ DES SERVICES, UN SUIVI DE L'EFFET DES INTERVENTIONS MÉDICALES ET L'INSTAURATION D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS.

Enfin, l'inscription permet d'assurer une meilleure continuité des services, un suivi de l'effet des interventions médicales et l'instauration d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Les expériences internationales suggèrent qu'un suivi en première ligne pour l'ensemble de la population permet de mieux contrôler les coûts et d'éviter la survenue d'événements indésirables secondaires à la multiplication des tests ou des traitements. Bon nombre d'études ont illustré le rôle crucial des médecins de première ligne dans la coordination des ordonnances de médicaments et dans la gestion intégrée des traitements pharmacologiques.

Qu'en est-il de l'inscription de la population au Québec ?

Présentement au Québec, les personnes inscrites auprès d'une source de soins de première ligne le sont soit auprès d'un médecin pratiquant en groupe de médecine de famille, soit auprès d'un médecin à titre de personne vulnérable. Les données récentes suggèrent que 19 % de la population du Québec est inscrite en GMF. Malgré cela, de manière plus générale, 76 % des Québécoises et Québécois de 15 ans ou plus déclarent avoir un médecin de famille (Statistique Canada, 2007). Ainsi, l'inscription formelle auprès d'un médecin pratiquant en GMF n'est pas la seule façon d'obtenir une affiliation à une source habituelle de soins. Néanmoins, cela suggère qu'un Québécois sur quatre n'a pas de médecin de famille, une situation peu enviable comparativement aux autres provinces canadiennes.

En 2008, parmi l'ensemble de la clientèle inscrite en GMF au Québec, 28 % l'était à titre de clientèle vulnérable (données factuelles du MSSS, 2008). Bien qu'on ignore le nombre exact de personnes vulnérables au Québec, on estime à 30 % la proportion de la population québécoise qui répond aux critères de vulnérabilité repérés. Cela représenterait un peu plus de 2,1 millions de Québécoises et de Québécois (données factuelles du MSSS, 2008). On sait qu'à elles seules, les personnes de 70 ans ou plus, qui sont considérées comme vulnérables même en l'absence de maladie, représentent 10 % de la population québécoise.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de l'inscription de la population ?

Bien que les membres du Forum de consultation du Commissaire se montrent favorables au fait de favoriser l'inscription des personnes auprès de ressources médicales de première ligne, ils jugent que cette inscription doit être faite sur une base volontaire, et non pas de façon obligatoire ou systématique. Cette mesure doit aussi être implantée avec une certaine souplesse pour ne pas brimer le droit des citoyens de choisir leur professionnel et leur établissement. Par ailleurs, les membres estiment que cette inscription doit être rendue attrayante et que les citoyens doivent être informés des expériences qui fonctionnent bien. Au-delà de ces aspects liés à la désirabilité de l'inscription, plusieurs membres du Forum de consultation du Commissaire s'interrogent sur la faisabilité d'implanter une inscription complète de la population dans le contexte actuel. Ils doutent que le système soit capable d'absorber rapidement un tel changement.

Il est important de noter que, bien que les citoyens québécois bénéficient actuellement d'une liberté totale en ce qui a trait au choix d'un médecin de famille, dans les faits cette liberté est grandement réduite par la pénurie relative de médecins offrant des services de première ligne. En effet, de récentes enquêtes suggèrent que le Québec est la province canadienne où la proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille est la plus élevée. Les raisons apportées pour expliquer cette situation sont principalement liées à la perte récente d'un médecin (pour cause de retraite ou de décès) et à l'absence de médecins acceptant de nouveaux patients sur le territoire de résidence de ces derniers. Dans les faits, d'aucuns sont d'avis que la situation actuelle n'offre que peu de possibilités à l'égard du choix d'un médecin. De plus, peu de personnes seraient enclines à changer de médecin advenant de l'insatisfaction à l'égard des services reçus, de peur de se retrouver sans suivi médical comme nombre de Québécois. Enfin, des données provenant de l'évaluation des projets pilotes sur la réforme des soins de première ligne en Ontario suggèrent qu'une minorité de patients refusent l'inscription (Hutchison, 2004).

BIEN QUE LES CITOYENS QUÉBÉCOIS BÉNÉFICIENT ACTUELLEMENT D'UNE LIBERTÉ TOTALE EN CE QUI A TRAIT AU CHOIX D'UN MÉDECIN DE FAMILLE, DANS LES FAITS CETTE LIBERTÉ EST GRANDEMENT RÉDUITE PAR LA PÉNURIE RELATIVE DE MÉDECINS OFFRANT DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE.

Par ailleurs, si l'inscription offre la garantie d'un suivi médical, elle contraint aussi la personne à consulter ce même prestataire de soins, plutôt que d'aller n'importe où, le moment venu de consulter. La contrepartie est une meilleure garantie d'accès et l'assurance d'être reconnu comme un patient de la clinique. De plus, s'il est implicitement reconnu que les services rendus par différents professionnels résultent de la demande de soins des personnes, cette présupposition n'est cependant pas toujours confirmée. La santé n'est pas un bien de consommation, et les besoins en services de santé sont déterminés autant par les patients que par les professionnels consultés. Le choix est ainsi limité par la nature même des problèmes de santé et par le fait qu'il est difficile pour une personne ayant besoin de services de déterminer lesquels de ces services sont nécessaires. Il en est de même pour le choix d'un médecin, les personnes possédant généralement peu d'information pour le faire.

Ce que le Commissaire retient sur l'inscription de la population

L'accessibilité et la continuité des soins sont deux caractéristiques fondamentales particulièrement importantes dans le contexte des soins de première ligne, au Québec comme ailleurs. Afin de répondre aux besoins des personnes relativement aux soins, les services doivent être accessibles et une plus grande continuité permet, en retour, d'éviter des doubles emplois de services et des erreurs médicales et, ainsi, d'accroître l'accessibilité par une utilisation efficiente des ressources investies.

Les consultations et la recension de la documentation scientifique du Commissaire suggèrent qu'un des éléments clés de l'accessibilité et de la continuité, au-delà de la disponibilité de ressources et des mécanismes de coordination, est l'affiliation avec un médecin ou un groupe de professionnels de la santé. L'inscription auprès d'une source de soins a démontré de multiples avantages en ce qui concerne la création de relations de confiance entre les équipes traitantes et les personnes, l'utilisation efficiente et non duplicative des services de santé et la capacité à déterminer les besoins de soins et services spécifiques des groupes de clientèle. Ainsi, dans ce contexte, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de favoriser l'inscription de toute la population qui désire être formellement affiliée à un groupe de médecine familiale (voir la recommandation 6).

Recommandation 6

Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

6.1 **que l'ensemble de la population qui le désire soit inscrite auprès de groupes de médecins de première ligne, y compris les groupes de médecine de famille et autres cliniques médicales.**

» Cette inscription consisterait en un engagement mutuel entre les personnes et leurs médecins. Les personnes seraient libres de changer de cliniques selon des modalités spécifiques pour préserver leur droit de choisir, tout en assurant une certaine stabilité dans la clientèle des cliniques. En contrepartie, le groupe de médecins de première ligne s'engagerait à offrir collectivement des services qui répondent aux besoins médicaux courants des personnes inscrites ;

6.2 **que soient inscrites prioritairement les personnes qui répondent aux critères de vulnérabilité en vigueur, à titre d'activité médicale particulière,** pour ensuite procéder à une inscription complète de la population ;

6.3 **que les personnes soient inscrites sur leur territoire de résidence** pour faciliter l'accès aux services médicaux de proximité ainsi que l'arrimage des cabinets de première ligne aux services du réseau local de services de santé et de services sociaux ;

6.4 **que soient revus le ratio de patients inscrits par médecin de première ligne et le ratio de professionnels qui ne sont pas médecins par groupe de médecine de famille**, et ce, pour rendre possible un tel objectif d'inscription de la population.

» Cette révision des ratios devrait tenir compte des besoins de soins des utilisateurs actuels ainsi que de ceux des personnes qui, actuellement, ne consomment pas de soins mais qui, dans le futur, pourraient bénéficier d'une affiliation à un groupe de médecins de première ligne et à d'autres modèles agréés à des fins préventives autant que curatives.

Quelles sont les implications d'une inscription de la population ?

Idéalement, tous les Québécois et Québécoises devraient être inscrits auprès d'un GMF ou d'un groupe de médecins de première ligne. Puisque l'inscription se fait sur une base volontaire, une cible de 95 % pour tenir compte des personnes qui ne désirent pas être inscrites serait souhaitable. Pour atteindre cette cible, il faudrait inscrire 5,8 millions de nouvelles personnes, en plus du 1,5 million de personnes déjà inscrites. Sur le plan **organisationnel**, selon les ratios de patients par médecin moyens actuels, une telle cible d'inscription nécessiterait d'agréer près de 400 nouveaux GMF, ou autres modèles agréés, au Québec, un nombre plus élevé que la cible actuelle de 300 GMF. Il est donc nécessaire de revoir le ratio de patients par médecin pour assurer à tous l'accès à une clinique de première ligne. Par souci d'équité, les personnes vulnérables devraient être inscrites de façon prioritaire. Il resterait au moins 800 000 patients vulnérables, selon les critères médicaux en vigueur, à inscrire pour que l'ensemble des personnes vulnérables au Québec soit pris en charge[6].

Un enjeu de ressources humaines

À l'égard des ressources humaines, l'effectif actuel des médecins de famille au Québec serait à peine suffisant, selon les ratios actuels d'inscription en pratique de groupe, pour l'inscription de toute la population en GMF[7], même dans l'éventualité où les médecins de famille ne pratiqueraient qu'en première ligne, sans s'adonner à aucune autre activité médicale essentielle telle que les services en urgence et en hospitalisation de courte durée (ICIS, 2007 ; données factuelles du MSSS, 2008). De surcroît, on prévoit un départ à la retraite de nombreux médecins de famille au cours des prochaines années, lequel est attribuable au vieillissement du corps médical. Déjà, plus de 1 000 médecins de famille étaient âgés de 60 ans ou plus en 2007 (données factuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec). Par ailleurs, le nombre de nouveaux médecins de famille au Québec tend à se stabiliser, voire à diminuer, au cours de ces dernières années. Alors que 215 et 234 places disponibles avaient été comblées par des nouveaux médecins de famille en 2006 et 2007 (taux d'atteinte respectifs de 113 % et de 109 % par rapport à la cible autorisée), seules 200 places ont été comblées en 2008 (taux d'atteinte de 93 %) (données factuelles du MSSS, 2008).

6. La prise en charge de ces nouveaux patients vulnérables pourrait nécessiter la contribution de 2 000 médecins de famille supplémentaires, sur la prémisse que chaque médecin prend en charge 400 personnes vulnérables, équivalant à une charge de travail d'environ 12 heures par semaine, tel que le définissent les activités médicales particulières (AMP).

7. Pour inscrire 95 % de la population québécoise en GMF, il faudrait faire participer environ 4 000 médecins de famille supplémentaires. Une partie de ces médecins pourrait être recrutée parmi les médecins de famille qui pratiquent déjà en première ligne. En 2007, plus de 6 000 médecins de famille pratiquaient en CLSC ou en cabinet privé. Parmi ceux-ci, 68 % n'étaient pas encore partenaires d'un GMF (données factuelles du MSSS, 2008).

Divers enjeux qui ont des implications au niveau de l'**éthique** et du droit peuvent être soulevés au regard de l'inscription de la population. Un premier enjeu renvoie à la valeur de la liberté. L'inscription de la population pourrait restreindre le droit des personnes de choisir les intervenants qui répondent le mieux à leurs attentes et besoins, tel qu'il est reconnu dans la loi. Rappelons que ce droit permet notamment aux personnes de consulter des professionnels en qui elles ont confiance ou d'aller chercher un avis d'un autre professionnel lorsqu'elles ne sont pas satisfaites du service qu'elles ont reçu et ce pour diverses raisons (par exemple elles ont des doutes sur le diagnostic posé, estiment qu'elles n'ont pas été respectées dans leurs droits). Cependant, si les personnes ont le droit de choisir leur médecin, ce droit est présentement contraint, nous l'avons souligné, par la disponibilité effective de ressources médicales.

Un deuxième enjeu découle des pénuries variables de médecins de première ligne selon les régions du Québec et de l'implantation variable des nouveaux modes d'organisation de première ligne entre les régions. Bien que les mécanismes d'inscription proposés au Québec reposent sur la base de la clientèle, et non sur celle des territoires, la disponibilité variable de médecins dans ces derniers peut restreindre la possibilité d'inscription des personnes dans des régions où l'effectif médical est limité (en particulier dans les régions éloignées) ou dans les régions où des modèles d'organisation des soins de première ligne offrant une meilleure prise en charge sont moins implantés (régions urbaines). De plus, dans un contexte où les établissements du réseau ont pour responsabilité d'orienter, vers une ressource, les patients de leur territoire n'ayant pas de médecin, ressource telle que les centres de santé et de services sociaux (CSSS), une forme de territorialité dans l'inscription serait favorable à la pratique en réseau local de services.

> 3. AGIR SUR LA PLANIFICATION ET LA GESTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

Le contexte actuel, qui se caractérise par des ressources humaines et financières limitées et des besoins de soins et de services toujours grandissants, requiert une meilleure planification et une organisation améliorée des services et nécessite d'en évaluer constamment l'impact sur la santé de la population. Si l'on reproche parfois au système de santé et de services sociaux d'être bureaucratique et d'être régi par les gestionnaires, la consultation suggère plutôt que les services demeurent peu planifiés. Dans une majorité de cas, les cliniciens ne bénéficient pas des outils nécessaires pour cibler leur clientèle, les services rendus ou ceux sur lesquels la priorité devrait être mise. Gérer le système devrait dépasser la gestion administrative des établissements et inclure des mécanismes pour la gouverne des activités cliniques afin d'adapter l'offre de soins aux besoins des personnes et aux meilleures pratiques reconnues.

LES CLINICIENS NE BÉNÉFICIENT PAS DES OUTILS NÉCESSAIRES POUR CIBLER LEUR CLIENTÈLE, LES SERVICES RENDUS OU CEUX SUR LESQUELS LA PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE MISE.

IL DEMEURE DIFFICILE POUR LES CLINICIENS DE SAVOIR QUI SONT LEURS PATIENTS ET QUELS SONT LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ, DE PLANIFIER DES SERVICES QUI VISENT À Y RÉPONDRE ET D'ÉVALUER SI LES SERVICES RENDUS ONT UN IMPACT SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DESSERVIES.

Un des grands constats de notre consultation consiste à réaliser que notre système de soins de première ligne présente des lacunes importantes à l'égard de la planification et de la gestion des activités cliniques. Nous l'avons vu dans l'état de situation, encore à l'heure actuelle, il demeure difficile pour les cliniciens de savoir qui sont leurs patients et quels sont leurs problèmes de santé, de planifier des services qui visent à y répondre et d'évaluer si les services rendus ont un impact sur la santé des populations desservies. Les soins de première ligne demeurent essentiellement réactifs, répondant aux besoins ponctuels des personnes. S'ils donnent des soins de grande qualité sur la base des rencontres individuelles qu'ils ont avec leurs patients, les professionnels de première ligne médicale ne bénéficient que de peu d'outils cliniques pour planifier les soins de manière proactive surtout auprès d'une population plus élargie dont ils auraient la responsabilité.

Les membres du Forum l'ont souligné, il est notamment très important que les citoyens aient le sentiment que le système est bien géré et que les services sont bien coordonnés. Cela les mettrait davantage en confiance. Par ailleurs, les décideurs consultés ont souligné que le contexte économique actuel et les innovations technologiques suscitent des enjeux portant sur la gestion du système. Dans la présente sous-section, la révision des responsabilités de première et de seconde ligne, la gouverne clinique de même que l'appréciation et l'amélioration continue de la performance seront abordées.

3.1 La révision des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne

Dans les systèmes de santé des pays fortement développés, les soins médicaux sont assurés par des médecins qui ont suivi des formations générales ou spécialisées. Dans le contexte québécois, les médecins qui achèvent leur formation doctorale procéderont ensuite à une résidence leur permettant une spécialisation dans divers champs de la médecine. La médecine de famille est une de ces spécialités, tout comme la cardiologie, la chirurgie et la pédiatrie. Néanmoins, dans le langage courant, les médecins de famille sont considérés comme des généralistes, contrairement aux autres spécialistes. En général, leur parcours de formation se distingue des autres et les organismes qui agréent leur compétence sont différents. Les médecins généralistes s'occupent des problèmes courants des populations, alors que les spécialistes s'intéressent en général aux problèmes d'un système biologique particulier (par exemple neurologues, endocrinologues), ou d'une clientèle particulière (par exemple pédiatres, oncologues).

Dans le contexte de nos consultations d'experts et de décideurs, le partage des responsabilités cliniques entre médecins généralistes et spécialistes a été retenu comme un enjeu à l'égard de la performance de la première ligne de soins et, de manière ultime, de l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Pour les acteurs consultés, la vision d'une première ligne performante suppose la nécessité de mieux définir les rôles entre les lignes de services et d'assurer que généralistes et spécialistes seront en mesure d'exercer leur pratique de manière complémentaire et coordonnée. De plus, cette meilleure intégration et cette coordination améliorée entre la première et la deuxième ligne de soins requièrent que les praticiens de première ligne soient formés et possèdent les outils leur permettant d'exercer leur rôle. Des mécanismes de référence et d'information bidirectionnels à des fins de coordination et de continuité devraient ainsi être mis en place pour que les praticiens de deuxième ligne offrent un soutien continu à l'équipe de première ligne.

POUR LES ACTEURS CONSULTÉS, LA VISION D'UNE PREMIÈRE LIGNE PERFORMANTE SUPPOSE LA NÉCESSITÉ DE MIEUX DÉFINIR LES RÔLES ENTRE LES LIGNES DE SERVICES ET D'ASSURER QUE GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES SERONT EN MESURE D'EXERCER LEUR PRATIQUE DE MANIÈRE COMPLÉMENTAIRE ET COORDONNÉE.

Diverses actions relatives à une révision de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes ont été proposées. Ces actions concernent principalement l'établissement de partenariats et une révision des responsabilités respectives. Il serait ainsi nécessaire de bâtir de nouveaux partenariats entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, notamment par la formation et l'établissement d'ententes de type « spécialistes répondants » où ces derniers offrent un appui aux médecins de famille, sans pour autant qu'il soit nécessaire de voir le patient en consultation. Une telle révision des responsabilités visant une complémentarité des expertises (et non la compétition pour l'établissement d'une clientèle) requiert de mettre sur pied des structures de coordination entre ces différentes lignes de soins. Cela s'inscrit dans le principe de hiérarchisation des services à la base de la création du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSS) et des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

IL SERAIT AINSI NÉCESSAIRE DE BÂTIR DE NOUVEAUX PARTENARIATS ENTRE LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES MÉDECINS SPÉCIALISTES.

Quels bénéfices escompter de la révision des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne ?

LE MÉDECIN DE FAMILLE EST DE MOINS EN MOINS ACCESSIBLE POUR LES SOINS DE PREMIER CONTACT PUISQU'IL COMBLE LES BRIS DE SERVICES DANS LES ÉTABLISSEMENTS. LE MÉDECIN SPÉCIALISTE SE TROUVE DE PLUS EN PLUS OBLIGÉ D'OFFRIR DES SOINS DE BASE À DES PATIENTS QUI NE RÉUSSISSENT PAS À OBTENIR DES SOINS MÉDICAUX GÉNÉRAUX.

La proposition d'une révision des responsabilités entre généralistes et spécialistes peut prendre diverses formes. Les consultations du Commissaire suggèrent que revoir les responsabilités des généralistes et des spécialistes à l'égard de leur rôle envers les patients pris individuellement et de leur rôle dans la couverture d'ensemble des besoins de soins pour les populations permettrait de mieux utiliser les ressources et de briser un cercle vicieux qui rend le médecin de famille de moins en moins accessible pour les soins de premier contact puisqu'il comble les bris de services dans les établissements et, en corollaire, le médecin spécialiste se trouve de plus en plus obligé d'offrir des soins de base à des patients qui ne réussissent pas à obtenir des soins médicaux généraux auprès des médecins de famille. Cette tendance à la spécialité et à la pratique en établissement des médecins de famille d'un côté, et à la généralisation de la pratique des spécialistes, de l'autre, a été soulevée à maintes reprises dans le contexte de nos consultations.

Au-delà d'une telle révision, les actions proposées soulignent aussi la nécessité de soutenir les activités cliniques de première ligne par une mise en disponibilité des spécialistes sous de nouvelles modalités d'intervention, au-delà de la consultation en personne. Le développement d'un rôle de spécialiste répondant pour des cliniques médicales de première ligne et la mise en place d'activités de formation continue visant à accroître l'autonomie des équipes de première ligne pourraient également permettre de réduire les consultations en seconde ligne et assurer une meilleure intégration des soins. Cela, par l'identification, au préalable, de patients ayant réellement besoin d'une telle consultation et par le soutien du travail en première ligne.

Nous l'avons souligné, une première ligne forte est associée à une meilleure santé de la population et à de moindres coûts pour les systèmes de santé comparativement aux pays où la priorité est donnée à la médecine spécialisée. Si la médecine générale excelle dans la prise en considération globale de la complexité de la personne et des divers traitements, la médecine spécialisée excelle dans la spécificité du diagnostic et des traitements. D'ailleurs, plusieurs l'ont souligné, les tests et les traitements prodigués dans les lignes de soins spécialisés démontrent une plus grande efficacité lorsque la première ligne apporte sa perspective d'ensemble. Inversement, une première ligne conseillée et soutenue peut mieux remplir sa fonction de prise en charge globale.

Qu'en est-il des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne au Québec ?

Consulter un médecin spécialiste ne requiert pas la consultation d'un omnipraticien dans le contexte québécois et la pratique spécialisée en cabinet y est une pratique relativement courante. Le seul frein à une telle consultation directe en seconde ou en troisième ligne est actuellement le refus de certains spécialistes de voir un patient sans demande de consultation d'un autre médecin, puisque la rémunération est plus élevée dans le cas de référence. D'autres pays ont réservé cette pratique des spécialistes au contexte hospitalier où ils assument la responsabilité des hospitalisations et de la réponse aux consultations provenant des médecins de famille en cabinets.

Dans la pratique, la distinction des rôles cliniques entre médecins spécialistes et généralistes n'est pas toujours aussi nette. Si certaines activités cliniques, telles que la consultation et les activités cliniques dans les unités de soins des centres universitaires, sont en général effectuées par des spécialistes, elles le sont aussi par des généralistes dans nombre de régions au Québec. Inversement, plusieurs médecins spécialistes de diverses spécialités médicales peuvent intervenir en première instance auprès d'un patient, et ce, sans avoir obtenu la recommandation du patient par un médecin généraliste. Certaines spécialités médicales consacrent ainsi une forte proportion de leurs activités en première ligne, c'est-à-dire qu'elles représentent le premier intervenant dans l'évaluation d'un problème.

CERTAINES SPÉCIALITÉS MÉDICALES CONSACRENT AINSI UNE FORTE PROPORTION DE LEURS ACTIVITÉS EN PREMIÈRE LIGNE, C'EST-À-DIRE QU'ELLES REPRÉSENTENT LE PREMIER INTERVENANT DANS L'ÉVALUATION D'UN PROBLÈME.

De plus, certaines spécialités ont aussi la possibilité de suivre des patients à long terme, sans la participation d'un médecin généraliste. Au Québec, près de 5 % des personnes seraient d'ailleurs suivies uniquement en spécialité pour leurs soins médicaux. Il en résulte que plusieurs spécialistes pratiquent des activités de première ligne, alors que nombre de généralistes pratiquent des activités de deuxième et, même, de troisième ligne. La spécialité des médecins de famille dans des champs de plus en plus restreints de pratique est d'ailleurs une tendance qui a été notée. Une portion des problèmes d'accès aux médecins de famille pourrait, certes, être expliquée par cette situation.

Les plus récentes commissions d'enquête ont fait ressortir les problèmes de coordination entre les lignes de soins. Ces problèmes de coordination sont rattachés aux problèmes de continuité que vivent les personnes qui doivent naviguer dans le système de santé et de services sociaux. Actuellement, le rôle des différents professionnels et les lieux les plus appropriés de consultation peuvent être difficiles à cerner pour les personnes. De plus, ces problèmes de coordination peuvent résulter aussi en une mauvaise utilisation des ressources humaines. De manière ultime, certains services sont consommés de façon inappropriée, alors que d'autres personnes affrontent des problèmes importants en ce qui concerne l'accessibilité.

LE RÔLE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS ET LES LIEUX LES PLUS APPROPRIÉS DE CONSULTATION PEUVENT ÊTRE DIFFICILES À CERNER POUR LES PERSONNES.

Pourtant, comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec est une province relativement bien nantie en médecins généralistes et spécialistes, tel que cela a été exposé dans le document traitant des indicateurs de monitorage. En effet, le Québec est au deuxième rang en ce qui a trait au nombre de médecins omnipraticiens par 1 000 habitants et il occupe le premier rang en ce qui concerne les médecins spécialistes. C'est d'ailleurs au Québec que la proportion de personnes ayant dû attendre moins d'un mois pour un rendez-vous chez le spécialiste est la plus favorable. Bien que notre connaissance à cet égard demeure parcellaire et peu documentée, certains acteurs ont émis l'hypothèse, au cours des consultations menées par le Commissaire, que les temps d'attente pour l'obtention de certains services médicaux généraux, tels le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi de grossesse normal et le suivi de routine des enfants, étaient moins longs auprès de spécialistes qu'en première ligne. Cette situation a été dénoncée autant par les spécialistes que par les omnipraticiens.

De plus, au Québec, actuellement, les « activités médicales prioritaires[8] » incluent, dans plusieurs régions, la couverture des urgences, des unités hospitalières de soins et des services en centre hospitalier de soins de longue durée. Par contre, l'impact de cette situation sur la disponibilité des médecins de famille en première ligne et, inversement, sur la disponibilité des médecins spécialistes dans les lieux de prestations spécialisés, demeure peu évalué. Bien que ces activités médicales prioritaires aient été implantées pour régler des situations de bris de services propres aux régions concernées, elles ne sont pas sans avoir des répercussions sur la disponibilité des médecins pour les services généraux de première ligne.

Finalement, il faut considérer aussi le fait qu'il existe présentement au Québec, tel que nous en avons discuté dans l'état de situation que nous avons dressé, un certain désintéressement des médecins relativement à la pratique de médecine de famille. Parallèlement, une tendance à la spécialisation des activités des médecins généralistes (par exemple, médecine du sport, esthétique, suivi en oncologie) est vue comme un enjeu actuel.

8. Mises en place au départ pour pallier la pénurie de médecins de famille dans les services d'urgence, les activités médicales prioritaires (AMP) couvrent maintenant un ensemble de services pour lesquels des lacunes sont constatées. Tous les médecins de famille sont concernés par les AMP. Actuellement, la quantité d'AMP exigée est de 12 heures par semaine pour les médecins de famille ayant 15 ans de pratique ou moins, de 6 heures par semaine pour ceux ayant de 15 à 20 ans de pratique, et modulée en fonction des capacités et types de pratique pour ceux ayant plus de 20 ans de pratique.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de la révision des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne ?

Les actions qui découlent d'un meilleur partage entre les activités des médecins généralistes et celles des spécialistes peuvent avoir des répercussions sur les patients aussi bien que sur les professionnels. Pour les professionnels, c'est toute une façon de pratiquer la médecine, des investissements personnels dans des lieux de pratiques particuliers et leur revenu qui pourraient être en cause. Pour les personnes, ce sont des liens établis avec des professionnels qui pourraient être modifiés.

Néanmoins, une certaine hiérarchisation permettrait d'accroître la coordination des soins et la compréhension qu'ont les patients de leur parcours de soins et, par conséquent, d'améliorer la qualité de leur expérience de soins. À l'échelle du système, une meilleure utilisation des ressources disponibles pourrait résulter en une plus grande disponibilité effective pour l'ensemble de la population. L'enjeu est ici de modifier les façons de partager les soins entre les lignes de services sans compromettre la viabilité du système et de le faire de manière acceptable pour les acteurs concernés.

Finalement, cette révision des responsabilités demande aussi de revoir l'organisation de la première ligne et celle des soins spécialisés en prenant en considération la lourdeur des tâches, et d'informer les personnes sur les recours appropriés aux services des divers professionnels.

Selon les membres du Forum de consultation du Commissaire, la révision du partage des responsabilités entre médecins généralistes et spécialistes devrait tenir compte des enjeux liés à la rémunération et mettre à contribution les divers professionnels dans le respect de leur compétence et de l'équilibre dans la lourdeur des tâches. Ainsi, selon eux, le mode de rémunération et de traitement devrait être revu à cette fin.

De plus, pour certains membres du Forum, si les rôles sont bien définis selon les compétences de chaque corps de professionnels, il n'est pas question de restriction de choix surtout en ce qui concerne les services, traitements, intervenants, établissements, etc. Un partage des rôles et des responsabilités ainsi qu'un système de référence pourraient amener un citoyen à consulter une personne-ressource différente de celle qu'il aurait voulu voir, par exemple une infirmière praticienne au lieu d'un médecin ; cela n'est pas nécessairement perçu comme une restriction de choix. D'autres soulignent qu'ils sont prêts à restreindre leur choix à condition qu'un lien de confiance se crée avec le système et qu'ils soient assurés d'avoir accès aux services que requiert leur état de santé. L'importance de protéger la liberté de choix est réitérée par certains membres comme un principe que l'on doit conserver. Dans les faits, il faut principalement préserver l'accès aux soins et aux services.

Ce que le Commissaire retient à propos de la révision des responsabilités cliniques de première et de seconde ligne

LES REPRÉSENTANTS DU RÉSEAU, DES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET GÉNÉRALISTES DOIVENT S'ASSEOIR À LA MÊME TABLE POUR REVOIR ENSEMBLE LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS CLINIQUES ET LES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES ET FINANCIÈRES LEUR PERMETTANT D'ASSURER DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES ET NON DUPLICATIFS.

Si, d'une part, bon nombre de personnes mettent en cause les activités médicales particulières ou la rémunération des spécialistes, deux facteurs qui favorisent la confusion dans les rôles de la première et de la seconde ligne, d'autre part, les acteurs du réseau qui ont été consultés nous ont suggéré que c'est une révision d'ensemble des relations entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes qui doit être menée. À la lumière de cet ensemble d'éléments, il semble clair, pour le Commissaire, que les représentants du réseau, des médecins spécialistes et généralistes doivent s'asseoir à la même table pour revoir ensemble le partage des responsabilités cliniques et les modalités organisationnelles et financières leur permettant d'assurer des services complémentaires et non duplicatifs. Ainsi, dans ce contexte, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de revoir les responsabilités cliniques entre médecins de première et de seconde ligne (voir la recommandation 7).

Recommandation 7

Revoir les responsabilités cliniques des médecins de première et de seconde ligne

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

7.1 **que le cadre de la pratique médicale de première ligne et de la pratique médicale spécialisée au Québec soit revu**, en collaboration avec les fédérations médicales et le Collège des médecins du Québec, pour assurer une clarification des rôles et une plus grande complémentarité entre généralistes et spécialistes au Québec ;

7.2 **que des mécanismes de soutien des activités médicales de première ligne par des spécialistes répondants soient mis en place.**

» De tels mécanismes pourraient inclure des consultations téléphoniques ou une intégration d'activités cliniques spécialisées dans les cabinets médicaux de première ligne ;

7.3 **que des incitatifs à la pratique médicale de première ligne pour les médecins de famille et des incitatifs à la pratique médicale de deuxième et de troisième ligne pour les médecins spécialistes soient mis en place.**

» De nature organisationnelle ou financière, ces incitatifs doivent viser à réduire la spécialisation de la pratique médicale des médecins de famille ainsi qu'à réduire la prestation de services de première ligne par les médecins spécialistes ;

7.4 **que le cadre et les définitions des activités médicales particulières soient revus**, en collaboration avec les fédérations médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, en vue de favoriser la disponibilité des médecins de famille pour les activités de première ligne et une plus grande participation des médecins spécialistes à la couverture des soins de deuxième et de troisième ligne.

Quelles sont les implications de la révision des responsabilités en première et seconde ligne ?

La révision des responsabilités en première et seconde ligne de soins implique certainement, sur les plans **organisationnel** et **économique**, de mobiliser les divers acteurs du réseau et de revoir les modes de rémunération des professionnels plus adaptés à un partage approprié des responsabilités de première et seconde ligne médicale. En effet, les modalités actuelles de rémunération, presque essentiellement à l'acte autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, ont des répercussions sur les services rendus aux patients. Certains services sont difficilement remboursables selon une tarification à l'acte (consultations téléphoniques, évaluation de cas complexes, etc.). De plus, une rémunération par acte n'encourage pas la prise en charge de cas lourds (personnes qui présentent de multiples maladies chroniques, problèmes de santé mentale, etc.). Chez les spécialistes, la rémunération actuelle pourrait favoriser l'établissement d'une clientèle ambulatoire plutôt que les activités dans les établissements de deuxième et de troisième ligne, ou le soutien aux professionnels de première ligne.

De plus, une telle révision suppose une forte concertation entre les différents acteurs de première et de seconde ligne, ainsi que des changements dans la pratique de prise en charge et de recommandation des médecins omnipraticiens et spécialistes. Finalement, pour les citoyens, une telle révision des responsabilités de première et de seconde ligne de soins pourrait nécessiter, dans la mesure où les services de première ligne présentent une accessibilité adéquate, une incitation à s'adresser, en premier lieu, auprès des médecins de famille.

3.2 La gouverne clinique

Les délibérations du Forum de consultation du Commissaire ont permis de relever des éléments ayant rapport à la façon dont les soins sont gérés. Les membres du Forum de consultation du Commissaire suggéraient ainsi que des mesures devraient également être mises en œuvre pour permettre une meilleure organisation du travail des professionnels de la santé et en maximiser l'utilisation. Pour eux, la mise en place d'outils de travail plus appropriés permettant la réduction de la duplication des services ainsi que la lourdeur des tâches administratives (les formulaires à remplir) sont des préoccupations. Par ailleurs, les membres du Forum s'inquiètent du fait que les médecins travaillent sous pression et manquent de temps pour suivre adéquatement leurs patients. Une meilleure planification des activités cliniques permettrait notamment de répondre aux préoccupations exprimées par les membres du Forum de consultation.

Qu'est-ce que la gouverne clinique ?

La notion de gouverne clinique désigne le fait que les services offerts doivent faire l'objet d'une planification proactive et d'un suivi fréquent, en fonction des besoins des personnes et des populations à desservir. La gouverne clinique se distingue de la gestion administrative, qui concerne les aspects de la gestion des ressources et l'organisation administrative. De la sorte, si la gestion administrative inclut, entre autres, la facturation, la planification des rendez-vous, la location des locaux et le recrutement des professionnels, la gouverne clinique se préoccupe plutôt de la planification des actes cliniques, comme les plans de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques, les rappels à propos des activités préventives et de dépistage, l'élaboration de protocoles de soins ou de corridors de services entre niveaux de soins.

Dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux, cette planification des services à rendre pour répondre aux besoins de soins des personnes est souvent appelée « projet clinique ». Ce projet clinique est décrit dans les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux comme « une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. »

Par contre, une tendance importante a été mise en relief en ce qui concerne nos approches à l'égard de la planification des services. D'une gestion centrée sur les volumes de services et d'une planification de l'offre de soins en fonction de l'expertise des professionnels en place, le réseau fait l'objet de développements importants en ce qui concerne la planification sur la base des besoins des populations à desservir. Cette situation se traduirait également par une plus grande participation des cliniciens et des professionnels dans les activités de gestion du réseau. Ainsi, diverses propositions dont le but est d'accroître la gouverne clinique des soins de première ligne et une meilleure planification des ressources et des services incluent l'instauration de guides et de protocoles de soins visant la standardisation et le partage des meilleures pratiques[9], des compétences et des traitements de multiples professionnels engagés dans les soins aux patients, ainsi que l'élaboration de trajectoires prédéfinies de services, contribuant aussi à accroître la coordination entre les lignes de soins.

LE RÉSEAU FAIT L'OBJET DE DÉVELOPPEMENTS IMPORTANTS EN CE QUI CONCERNE LA PLANIFICATION SUR LA BASE DES BESOINS DES POPULATIONS À DESSERVIR.

Dans un même ordre d'idées, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) a également souligné l'importance de mettre en place une gestion proactive des services pour affronter les défis posés par les transformations sociales et démographiques, les transformations dans le profil des maladies des populations et les transformations dans les capacités technologiques à intervenir à propos de la santé. Cette gestion proactive — ou préventive — doit concourir aux objectifs de prévenir, guérir et soigner par l'analyse des problèmes et leurs causes, par la reconnaissance des interventions disponibles, par le déploiement des interventions efficaces et par le suivi systématique de leurs résultats. La commission avait alors souligné le rôle primordial des systèmes d'information et de la production de données probantes à cet égard.

Quels bénéfices escompter de l'accroissement de la gouverne clinique ?

Les expériences internationales suggèrent qu'une bonne coordination des soins est associée à de bonnes modalités de gestion des activités cliniques. Cela est particulièrement vrai dans les systèmes pluralistes où la responsabilité envers les soins est partagée par un ensemble d'acteurs plus ou moins autonomes et où l'imputabilité est diffuse. Notre système possède cette caractéristique, divers acteurs et organisations faisant preuve d'une grande autonomie en ce qui concerne leurs décisions cliniques ou les aspects liés à leur condition de pratique professionnelle. De tels systèmes nécessitent des mécanismes de coordination et d'arrimage, faute de pouvoir structurer le système de manière hiérarchique et autoritaire.

LES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES SUGGÈRENT QU'UNE BONNE COORDINATION DES SOINS EST ASSOCIÉE À DE BONNES MODALITÉS DE GESTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES.

9. Il s'agit de faire la promotion des façons d'organiser les soins ou de rendre des services qui ont été démontrées comme les plus pertinentes et les plus efficaces selon les études et les analyses disponibles.

La documentation scientifique récente illustre le potentiel de la gouverne clinique à accroître la pertinence des services et une utilisation plus efficiente des services dans une perspective de prise en charge de la clientèle ou de la population. Ces constats sont particulièrement éloquents dans le contexte des soins aux personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Plusieurs éléments des modèles intégrés de prise en charge des maladies chroniques consistent en un accroissement de la capacité des équipes de soins à mettre en place des services répondant, de façon adéquate, aux besoins prévisibles de leurs clients en ce qui concerne les soins.

CES PROCESSUS DE GOUVERNE CLINIQUE, COUPLÉS À LA MISE AU POINT D'OUTILS INFORMATISÉS DE SOUTIEN À LA DÉCISION CLINIQUE, SE SONT AVÉRÉS TRÈS EFFICACES DANS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DU SUIVI DES GUIDES DE PRATIQUES RECONNUES.

De plus, ces processus de gouverne clinique, couplés à la mise au point d'outils informatisés de soutien à la décision clinique, se sont avérés très efficaces dans l'amélioration de la qualité des soins et du suivi des guides de pratiques reconnues. La multitude de ces guides de pratique illustre bien la complexité de leur application dans le contexte usuel de soins. De façon très concrète, cette gouverne clinique exige un ensemble de conditions. Tout d'abord, elle nécessite la capacité pour les cliniciens d'identifier qui sont leurs patients, leurs caractéristiques principales et leurs besoins en ce qui concerne les soins à recevoir. Ensuite, elle exige l'établissement de protocoles définissant la nature des services à prodiguer en fonction des besoins des personnes et balisant la séquence des services requis et l'endroit où ils peuvent être obtenus. Pour la personne nécessitant des services, de telles planifications et une gestion serrée peuvent faciliter son cheminement dans les services requis et en accroître l'accès.

Plusieurs études ont fait ressortir que l'implantation de dossiers médicaux informatisés intégrant des outils d'aide à la décision clinique, tels que les guides de pratique et les protocoles de soins, favorisent la réception de services préventifs et des services diagnostiques et curatifs conformes aux standards de pratique en cours. L'aspect de la prévention est particulièrement intéressant. Si une grande proportion de la population requiert diverses interventions de dépistage ou de counselling, les milieux cliniques sont souvent trop débordés pour en assurer l'offre systématique. L'intégration d'outils de soutien à la décision clinique, couplée à une inscription des groupes de clientèle, favorise les activités préventives dans le contexte clinique et la capacité des professionnels à identifier les personnes devant en faire l'objet avant même que celles-ci ne se présentent au cabinet du médecin.

Certains systèmes de santé particulièrement performants, tels que l'organisation *Kaiser Permanente* ou le *Veterans Health Administration* aux États-Unis, ont implanté divers mécanismes de gouverne clinique pour soutenir l'action des médecins et des équipes interdisciplinaires avec des résultats très enviables. Ces mécanismes de gouverne clinique incluent les applications informatiques dans les dossiers médicaux informatisés, le développement de protocoles et trajectoires optimaux de soins par des équipes interdisciplinaires et une planification des services en fonction de la composition de la clientèle des diverses équipes de soins.

Qu'en est-il de la gouverne clinique au Québec ?

Les experts consultés suggèrent que, malgré un nombre important de guides de pratique portant sur la qualité des soins requis pour divers problèmes de santé, il existe peu de protocoles cliniques, à l'échelle locale, assurant une bonne compréhension du cheminement des patients dans les différentes lignes de soins et auprès de divers types de professionnels au Québec. Du point de vue du patient, les points de contact avec le système pour l'obtention de rendez-vous sont multiples, le concept de guichet unique n'ayant pas encore été instauré dans la majorité des régions du Québec, et ne couvrant en général que de façon marginale les services de première ligne prodigués dans les cabinets médicaux.

Diverses caractéristiques organisationnelles suggèrent aussi des déficits dans la gouverne clinique en première ligne de soins au Québec. L'absence d'inscription de la population dans un contexte de mobilité des personnes et des professionnels rend difficile la planification des activités cliniques. Comme nous l'avons vu, l'inscription permet une planification des services offerts en fonction des besoins d'une population définie, plutôt qu'une offre de soins non planifiée par manque de connaissance de sa clientèle. À ce sujet, moins de 20 % des cliniques médicales du Québec peuvent produire une liste de leurs patients par diagnostic. De plus, le manque de développement de la pratique de groupe, au-delà du partage des dépenses de cabinets, et la virtuelle absence de l'interdisciplinarité rend aussi difficile une telle planification. Enfin, la faible informatisation du réseau de cabinets représente un enjeu pour le développement de la gouverne clinique. L'état de situation que nous avons dressé démontre clairement qu'une très faible proportion de cliniques sont en mesure de générer des listes de patients par diagnostic. Leur capacité à générer la liste de leurs patients consommant certains médicaments ou à évaluer la proportion de leurs patients recevant un ensemble de soins recommandés selon les guides de pratiques est probablement faible également.

L'ABSENCE D'INSCRIPTION DE LA POPULATION DANS UN CONTEXTE DE MOBILITÉ DES PERSONNES ET DES PROFESSIONNELS REND DIFFICILE LA PLANIFICATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES.

Finalement, une des principales barrières à l'implantation des réformes de première ligne consisterait en l'absence d'une structure de gestion dans les organisations médicales de première ligne (Shortt, 2004). Cette absence de structure de gestion clinique (comités de développement de protocoles de soins, présence d'un directeur médical, participation des professionnels aux activités de planification des soins, etc.) nuirait à l'implantation de pratiques novatrices. Bien que les départements régionaux de médecine générale et les départements régionaux des affaires médicales procèdent à une certaine planification de l'offre de soins à l'échelle locale ou régionale, leurs activités ne semblent pas se concrétiser à l'échelle des cliniques médicales.

LA FAIBLE INFORMATISATION DU RÉSEAU DE CABINETS REPRÉSENTE UN ENJEU POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA GOUVERNE CLINIQUE.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux liés à la gouverne clinique ?

Les délibérations du Forum de consultation n'ont pas soulevé d'enjeux particuliers pour les citoyens à l'égard de la gouverne clinique.

Ce que le Commissaire retient sur la gouverne clinique

À la lumière de ces observations, il semble primordial pour le Commissaire de mettre au point des outils qui permettraient aux cliniciens de première ligne de mieux gérer leurs activités et leur planification de soins. Plusieurs actions soulignées dans les sections précédentes sont fondamentales à cet égard. En effet, la pratique de groupe permet une pratique collégiale où un partage des activités de mise au point des outils de gestion est possible. De plus, l'inscription de la population permet de mieux identifier les clients et leurs besoins actuels et futurs. L'implantation de dossiers médicaux informatisés permet pour sa part l'intégration des outils de soutien à la décision clinique. Finalement, la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires en première ligne de soins ou d'ententes de services permettent d'en assurer l'accès aux patients. Si divers milieux de première ligne innovent déjà, force est de constater que l'ensemble du réseau de première ligne au Québec pourrait être mieux soutenu à cet égard.

Finalement, le Commissaire estime que l'établissement de protocoles plus clairs régissant le parcours des personnes dans l'ensemble du réseau local de soins est crucial pour assurer un accès efficient à l'ensemble des ressources disponibles. Ces protocoles de soins doivent être élaborés en collaboration avec les ressources de première ligne déployées dans les cabinets médicaux, et être soumis à un mécanisme de coordination à l'échelle locale. Ainsi, dans ce contexte, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux diverses actions visant à développer des mécanismes de gouverne clinique dans le contexte des soins de première ligne en se basant sur les assises organisationnelles actuelles à l'échelle régionale et locale (voir la recommandation 8).

Recommandation 8

Mettre au point des mécanismes de gouverne clinique en première ligne de soins

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

8.1 **que soient mis au point et implantés des systèmes d'information, fondés sur l'utilisation du dossier médical informatisé, intégrant des outils de soutien à la décision clinique pour favoriser la gouverne clinique** dans les cabinets de première ligne ;

8.2 **que soient mis au point et implantés des indicateurs de besoins des patients et des indicateurs de résultats cliniques** soutenant la gouverne clinique des services de première ligne ;

8.3 **que soient implantés des protocoles locaux de soins pour les maladies courantes**, dans le contexte des soins de première ligne, portant sur les projets cliniques des centres de santé et de services sociaux.

- Cela pourrait nécessiter la participation des départements locaux et régionaux de médecine générale (DRMG), les directions régionales des affaires médicales ainsi que diverses directions des centres de santé et de services sociaux ;

8.4 **que soient implantés des guichets d'orientation des personnes à l'échelle locale et, selon le degré des besoins des personnes, des gestionnaires de cas**, et ce, dans l'ensemble des CSSS ;

8.5 **que soient introduites des conventions régissant l'accès aux données cliniques, pour des fins de planification et d'évaluation des services, et afin d'assurer le respect de la confidentialité** dans l'utilisation des dossiers médicaux informatisés.

Quelles sont les implications de l'accroissement de la gouverne clinique ?

LE DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ ET LA CAPACITÉ D'ANALYSE DU PROFIL DE LA CLIENTÈLE EST UN DES OUTILS PERMETTANT AUX CLINICIENS D'ACCOMPLIR CETTE GOUVERNE CLINIQUE.

La gouverne clinique et son accroissement au sein de la première ligne au Québec nécessite, sur le plan **organisationnel**, un ensemble de réorganisations discutées dans les sections précédentes. Dans le contexte des soins médicaux, une telle gestion proactive des services rattachés aux besoins des personnes à desservir exige une pratique de collaboration comprenant un groupe de médecins et de professionnels de la santé d'autres disciplines, l'inscription de la clientèle permettant d'identifier les personnes à rejoindre ainsi que leurs besoins actuels et futurs et, enfin, des outils permettant de soutenir cette planification. Le dossier médical informatisé et la capacité d'analyse du profil de la clientèle est, certes, un des outils permettant aux cliniciens d'accomplir cette gouverne clinique. Ainsi, les implications découlant de la recommandation d'accroître la gouverne clinique dans les organisations de soins de première ligne au Québec sont principalement liées aux conséquences des différentes modalités organisationnelles proposées dans les sections précédentes.

D'un point de vue **éthique**, la standardisation des pratiques cliniques peut réduire la capacité des cliniciens à ajuster leur traitement et leur approche aux besoins particuliers de leurs patients, parfois non liés à l'état de santé des personnes mais plus à leurs préférences et à leurs valeurs. L'élaboration de protocoles d'intervention et de corridors formels de soins tend aussi à réduire les choix de l'usager quant aux professionnels rencontrés ou aux établissements prodiguant les soins. Au nom de l'efficience et de l'amélioration de la qualité, la liberté de choix peut être réduite par ce genre de processus, et les personnes peuvent ressentir une certaine « bureaucratisation » de leur soins.

De plus, la priorité donnée aux services, liée à la gestion clinique et à la planification de l'offre de soins, peut également soulever des enjeux liés à l'exclusion de certains services qui s'adressent à certaines personnes. Dans une perspective de gestion clinique décentralisée, cela peut se traduire par une offre de services différente selon les points de services ou régions. Éventuellement, des situations inéquitables peuvent émerger dans la mesure où certaines personnes, qui présentent des problèmes particuliers, pourraient voir leurs besoins considérés, dans certains endroits, comme moins prioritaires et, ainsi, pourraient constater que leur possibilité d'accéder aux soins est réduite.

3.3 L'appréciation et l'amélioration continue de la performance

Lorsqu'ils ont été questionnés sur les aspects les plus importants pour eux en ce qui concerne les services médicaux de première ligne, les membres du Forum de consultation du Commissaire ont déterminé la nécessité de développer une plus grande imputabilité dans les cliniques médicales, à l'instar des mécanismes présents dans les établissements du réseau. Ils ont d'ailleurs souligné la pertinence de concevoir des mécanismes d'agrément, des contrôles de qualité et l'instauration de mécanismes pour traiter les plaintes assurant aux personnes des soins de qualité et un recours en cas de fautes ou de négligence professionnelles.

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE NÉCESSITE DE SE DONNER DES SYSTÈMES QUI PERMETTENT D'AGRÉGER L'INFORMATION CLINIQUE PROVENANT DES DOSSIERS DE PATIENTS.

Les experts et les décideurs consultés par le Commissaire ont aussi insisté fortement sur la nécessité d'instaurer des mécanismes d'appréciation de la performance et d'amélioration continue des soins médicaux de première ligne. À cet égard, ils ont réitéré le rôle central des dossiers médicaux informatisés qui permettent une plus grande disponibilité de données relatives aux services offerts et à leurs résultats et, ainsi, favorisent un environnement propice à l'amélioration continue de la qualité. De plus, l'appréciation de la performance nécessite de se donner des systèmes qui permettent d'agréger l'information clinique provenant des dossiers de patients pour évaluer divers aspects tels que la couverture de soins, la qualité technique, la nature appropriée des services aux besoins des personnes ainsi que l'occurrence d'événements indésirables. Cela permettrait aux cliniciens, aux gestionnaires et aux décideurs des organisations de soins de porter un regard sur leur pratique, de bien connaître leur clientèle et ses besoins ainsi que de cibler des aspects méritant une amélioration.

Une telle démarche requiert une approche intégrée où, sur le plan technologique, il faudrait développer de l'information pratique, des données probantes et une formation de qualité. Sur le plan des structures organisationnelles, il faudrait favoriser la décentralisation des décisions et la participation des cliniciens et des décideurs, mettre sur pied des modes de communication efficaces et favoriser le perfectionnement des capacités des acteurs. Sur le plan des investissements économiques, les experts consultés soulignent la nécessité d'accroître et d'introduire les nouvelles technologies de l'information et de la communication en milieu clinique, de former, dès les études doctorales, les gestionnaires et les cliniciens à l'appréciation de la performance et de mettre en place des incitatifs pour atteindre un meilleur rendement pour les gestionnaires.

LA POPULATION DOIT AUSSI ÊTRE VUE COMME AYANT UN RÔLE À JOUER DANS L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE ET L'AMÉLIORATION DE LA GESTION CLINIQUE.

Finalement, la population doit aussi être vue comme ayant un rôle à jouer dans l'appréciation de la performance et l'amélioration de la gestion clinique. En effet, les personnes sont, sous plusieurs aspects, les mieux placées pour apprécier les services reçus et la réponse aux besoins de soins qu'elles manifestent. Plusieurs pays demandent aux patients de répondre de façon régulière à des questionnaires, distribués dans les cabinets médicaux, afin de mesurer l'atteinte de certains résultats à l'égard de leur expérience en soins. Cela constitue un exemple d'une mesure de la performance.

Quels bénéfices escompter de l'appréciation de la performance ?

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE ET L'INSTAURATION DE DÉMARCHES D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS SONT RECONNUES COMME DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS À L'OPTIMISATION DE L'IMPACT DES SERVICES SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS.

L'appréciation de la performance et l'instauration de démarches d'amélioration continue de la qualité des soins sont reconnues comme des éléments essentiels à l'optimisation de l'impact des services sur la santé des populations. Ces démarches d'amélioration de la performance sont le propre non seulement des instances de gouverne des systèmes de santé, mais aussi des milieux cliniques et des organisations de soins. À travers le monde, des travaux importants sont en cours pour mettre au point et instaurer des méthodes efficaces d'appréciation de la performance qui peuvent s'intégrer dans une démarche d'amélioration de la qualité. Couplée à un financement de l'atteinte de cibles déterminées ou de standards reconnus, les évaluations de performance ont eu un impact certain sur la prestation de certains services, dont plusieurs activités préventives. Par ailleurs, l'atteinte de certaines cibles de performance, réalisée au détriment d'autres actes cliniques non associés à des cibles spécifiques, a aussi été rapportée et elle permet de faire ressortir la nécessaire prudence dans l'emploi de mesures essentiellement financières pour favoriser l'amélioration de la qualité.

Bien que peu d'études aient documenté scientifiquement l'impact de l'évaluation de la performance, les experts et les décideurs consultés s'entendent sur son potentiel lorsque celle-ci est liée à une démarche d'amélioration de la qualité à l'échelle des unités cliniques. Les expériences internationales suggèrent que l'évaluation de la performance dans une perspective professionnelle, plutôt que dans un contexte de reddition de comptes, en favorise l'acceptation par les milieux cliniques. Diverses interventions, tels les audits cliniques, les processus d'agrément ou de reconnaissance et les activités professionnelles de revues des pratiques par les pairs, sont toutes des avenues ayant démontré des effets positifs sur l'atteinte de standards de performance et l'accroissement de la conformité avec les standards cliniques.

L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DANS UNE PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE, PLUTÔT QUE DANS UN CONTEXTE DE REDDITION DE COMPTES, EN FAVORISE L'ACCEPTATION PAR LES MILIEUX CLINIQUES.

De même, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) avait souligné le rôle important des technologies de l'information dans l'appréciation de la performance. Pour sa part, le groupe de travail sur le financement du système de santé a fait ressortir la nécessité de se donner les moyens pour apprécier la performance de notre système. Il suggérait de se munir d'indicateurs spécifiques, d'effectuer des évaluations comparatives entre dispensateurs et entre compétences, et de partager l'information obtenue pour déterminer les pratiques efficaces.

Qu'en est-il de l'appréciation de la performance au Québec ?

La recension des écrits scientifiques disponibles, les consultations effectuées et les constats tirés de l'état de situation que nous avons fait à propos du réseau suggèrent qu'au Québec, peu d'activités structurées d'appréciation de la performance sont en place dans les milieux cliniques de première ligne. Si les ordres professionnels stimulent la mise à jour des compétences cliniques au moyen des programmes de maintien de la compétence et procèdent à l'évaluation des dossiers de médecins faisant l'objet de plaintes, il existe peu d'autres obligations, pour les milieux cliniques, d'apprécier les résultats qu'ils obtiennent. La quasi-absence de systèmes d'information, le peu d'inscriptions et le manque de processus formels d'agrément ou de reconnaissance et d'audits des activités cliniques de première ligne laissent présager que peu d'appréciation de la performance est faite. Contrairement aux cabinets médicaux d'autres pays tels que le Royaume-Uni et certains pays scandinaves, les cliniques médicales au Québec ne procèdent pas systématiquement à l'évaluation de leur couverture de soins, de la réception des pratiques reconnues comme efficaces ou de la satisfaction de leurs clients.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de l'appréciation de la performance ?

Le Forum de consultation du Commissaire n'a pas soulevé d'enjeux majeurs liés à une démarche d'évaluation systématique de la performance des services de première ligne. Un consensus au sein du Forum se dégage selon que des renseignements non nominatifs sont utilisés pour apprécier la performance, à condition, cependant, que les cliniciens participent à leur analyse, que les citoyens participent aux décisions relatives à l'amélioration des services et que la priorité soit mise sur l'accès aux soins de première ligne, tout en conservant le principe de liberté de choix.

La proposition qui consiste à faire instaurer une démarche d'appréciation de la performance entraîne également certains enjeux liés aux systèmes d'information et de collecte de données, nécessaires à cet exercice d'évaluation. Ces systèmes constituent certains défis à l'égard du respect de la confidentialité et de la vie privée, sujet que nous avons abordé précédemment. Nous avons déjà abordé ces enjeux dans des sections précédentes.

Par ailleurs, nous l'avons souligné, l'appréciation de la performance a été associée à une réorientation de certaines activités cliniques au détriment d'autres activités, ce qui peut créer des effets pervers. En effet, pour les personnes, il peut parfois en résulter l'exclusion ou de plus grandes difficultés à obtenir certains types de soins. L'appréciation de la performance, la divulgation des résultats ou la rémunération sur les bases de ces évaluations de performance peuvent résulter en des comportements d'évitement de certains groupes de clientèle, lorsque des problèmes à l'égard de la productivité ou de l'atteinte des buts ou du degré de ressources requis dépendent de certains comportements individuels. Ainsi, des patients qui présentent des difficultés à suivre leur traitement, adoptant des comportements néfastes pour la santé ou requérant des durées d'entrevues plus longues (problèmes de communication chez les nouveaux arrivants, faible scolarité, problèmes de délinquance ou de santé mentale) pourraient être défavorisés comparativement à des groupes de clientèle considérés comme plus « faciles », pour accroître les résultats des milieux cliniques aux évaluations de performance.

Ce que le Commissaire retient sur l'appréciation de la performance

À la lumière de nos consultations et de la recension de la documentation scientifique disponible, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'explorer les meilleurs façons de mettre au point des mécanismes d'appréciation de la performance en contexte québécois. Les expériences à l'échelle internationale offrent des enseignements dont nous devons nous inspirer. Plusieurs modalités d'appréciation de la performance, tels les audits cliniques réalisés par les cliniciens, lorsqu'elles sont soutenues par des systèmes d'information clinique et une inscription de la clientèle permettant d'évaluer la couverture des besoins de soins manifestés par la clientèle et la population, doivent être explorées.

Recommandation 9

Implanter des mécanismes d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

9.1 **que des indicateurs de performance clinique pertinents en ce qui concerne la pratique médicale de première ligne soient intégrés à la démarche d'implantation des nouvelles technologies de l'information**, tel le dossier médical informatisé.

» Le futur Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pourrait jouer un rôle central dans l'établissement de tels indicateurs de performance clinique, en collaboration avec les ordres professionnels et les représentants des milieux cliniques ;

9.2 **que des priorités d'amélioration et des cibles cliniques de performance soient définies, à l'échelle de la province**, en collaboration avec les fédérations et les ordres professionnels ;

9.3 **qu'un système d'agrément ou de reconnaissance officielle des cliniques médicales de première ligne, y compris des audits de performance clinique par comité de pairs, soit mis au point et instauré ;**

9.4 **que des équipes de soutien technique de l'analyse de la performance soient mises en place à l'échelle régionale pour soutenir les cabinets médicaux de première ligne dans leur démarche d'appréciation et d'amélioration des soins.**

» Cela pourrait nécessiter de faire participer les autorités locales d'organisation des soins de première ligne, tels les départements régionaux de médecine générale ainsi que les centres de santé et de services sociaux.

Quelles sont les implications de l'appréciation et de l'amélioration continue de la performance clinique ?

Sur le plan **organisationnel**, l'instauration de tels processus d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique nécessite de se donner les outils qui peuvent inclure des questionnaires permettant de sonder l'opinion des patients sur les services reçus dans les cliniques de première ligne ainsi que des indicateurs provenant des dossiers médicaux qui permettent d'apprécier l'atteinte de standards de pratiques cliniques. De plus, une telle démarche d'appréciation de la performance peut nécessiter de mandater des organisations locales ou régionales pour le soutien de ces activités d'appréciation et d'amélioration continue de la performance.

Par ailleurs, tel que les sections précédentes l'ont fait ressortir, la présence de dossiers médicaux informatisés, qui permet d'obtenir l'information sur les services rendus, et l'inscription des patients, qui permet d'identifier une population à laquelle associer les indicateurs cliniques, sont des éléments fondamentaux pour la réalisation d'une telle recommandation. Finalement, cette recommandation requiert aussi d'intégrer l'appréciation de la performance à la formation médicale en vue d'accroître les capacités des cliniciens à mesurer les aspects importants de leur pratique et à y porter un regard réflexif et critique.

Sur le plan **économique**, l'appréciation de la performance et l'amélioration continue de la performance supposent l'allocation de fonds nécessaires à la mise en œuvre de mécanismes permettant d'en actualiser l'implantation. En effet, le volume d'activités cliniques accomplies en première ligne impose des contraintes importantes aux cliniciens eu égard à l'appréciation de leur performance. Les activités d'audits par les pairs et d'analyse des indicateurs requièrent d'aligner la rémunération pour en permettre l'intégration dans les activités des cliniques. Finalement, l'établissement de cibles provinciales d'atteinte de performance nécessiterait de négocier une enveloppe budgétaire dédiée à la rémunération des médecins selon l'atteinte de ces cibles.

Sur le plan **éthique**, l'instauration de processus d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique nécessite de tenir compte de l'ensemble des besoins des personnes et de faire en sorte d'éviter de créer des conditions qui pourraient générer l'exclusion des patients plus difficiles à traiter ou pour lesquels les problèmes de santé ne font pas l'objet d'incitatifs à la performance. En effet, les effets pervers potentiels de l'implantation d'incitatifs économiques devraient faire l'objet d'une évaluation pour en minimiser les effets sur les personnes ou des groupes particuliers de la population. La recherche de la performance ne peut se réaliser au détriment de l'équité et de la liberté des personnes.

> 4. AGIR SUR LE FINANCEMENT DES SOINS

La question du financement des soins de santé est souvent revenue au cours des consultations du Commissaire portant sur la première ligne de soins. Au-delà des débats entourant la notion de la nature publique ou privée du financement, ce sont principalement les manières adoptées pour financer les soins, plus que la source du financement, qui ont été rapportées comme ayant un rapport avec la performance du système de santé et de services sociaux.

Les propositions issues des consultations abordent divers aspects liés aux modes d'allocation des ressources et à la couverture de services. La question de la rémunération est la proposition qui a été la plus appuyée lors des différentes étapes de la consultation. De plus, à la lumière des propositions faites dans le contexte du séminaire d'experts et des discussions menées lors du panel de décideurs sur la première ligne, force est de constater que plusieurs des propositions apportées requièrent des modifications considérables dans la façon dont sont planifiés, organisés et gérés les soins de santé et les services sociaux. Par ailleurs, l'importance des modifications législatives en ce qui a trait aux modes d'allocation actuels des ressources qu'entraînent les transformations proposées a remis en question la faisabilité à court ou à moyen terme de telles propositions. Néanmoins, ces propositions mériteraient qu'une attention particulière leur soit portée. Le lecteur intéressé par le détail des propositions faites au Commissaire par le groupe d'experts et de décideurs consultés est invité à consulter le document intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*.

4.1 Réaligner les modes de rémunération des médecins

Un des principaux aspects liés au financement des soins de première ligne ayant été abordés dans la démarche de consultation du Commissaire consiste en des modes de remboursement des services médicaux. En effet, un des principaux constats des consultations et de la recension de la documentation scientifique consiste en ce que la façon par laquelle sont rémunérés les médecins et les autres professionnels de la santé exerce une influence déterminante sur les actions cliniques accomplies et sur la possible implantation et les effets de certaines pratiques cliniques. Avant tout, il semble que le financement doive être bien adapté aux objectifs et aux modalités spécifiques choisis.

LA FAÇON PAR LAQUELLE SONT RÉMUNÉRÉS LES MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EXERCE UNE INFLUENCE DÉTERMINANTE SUR LES ACTIONS CLINIQUES ACCOMPLIES.

Les experts et les décideurs consultés ont suggéré d'implanter un mode mixte de rémunération médicale. Selon cette proposition, le paiement des médecins serait fait selon diverses modalités en fonction des responsabilités assumées et serait complémenté par des incitatifs non économiques alignés sur les mêmes objectifs. Les experts et les décideurs suggèrent aussi d'instaurer un système de paiement associé à la performance en première ligne de soins, qui prendrait la forme de prime de performance pour les groupes de médecins de première ligne.

Il importe de noter que, pour sa part, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000) avait proposé l'instauration d'un mode de rémunération mixte pour les médecins de famille. Par ce nouveau mode mixte, les médecins qui travaillent dans un GMF seraient rémunérés relativement au nombre de personnes inscrites et à leurs caractéristiques sociales et de santé, selon un forfait pour la participation à certains programmes d'après des contrats ou ententes et un montant à l'acte pour des activités spécifiques de prévention ou pour soutenir la productivité dans des activités où la quantité de services rendus est importante (*Idem*). Le Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008) suggérait l'instauration d'un mode de rémunération à forfait et un mode de rémunération mixte comportant un financement lié au nombre de patients inscrits auprès du médecin.

Quels bénéfices escompter des modalités mixtes de rémunération des médecins ?

Les modalités actuelles de rémunération, presque essentiellement à l'acte autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, ont des répercussions sur les services rendus aux patients. Certains services sont difficilement remboursables selon une tarification à l'acte (consultations téléphoniques, évaluation de cas complexes, etc.). De plus, une rémunération à l'acte n'encourage pas la prise en charge de cas lourds (personnes présentant de multiples maladies chroniques, problèmes de santé mentale, etc.). Finalement, la rémunération à l'acte s'inscrit mal dans le contexte d'émergence de nouvelles façons de prodiguer des soins, tels les consultations de groupe, le soutien à l'autosoins ou les consultations téléphoniques ou à distance. Cependant, la rémunération à l'acte est reconnue pour favoriser la prestation d'un volume important de services.

LES PROPOSITIONS DE MODIFICATION DE LA RÉMUNÉRATION SUGGÈRENT D'ADJOINDRE À LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE D'AUTRES MODALITÉS.

Les propositions de modification de la rémunération suggèrent d'adjoindre à la rémunération à l'acte d'autres modalités de rémunération telles que la rémunération par capitation, la rémunération à salaire ou à tarif horaire et la rémunération par prime de performance. Si chacune de ces modalités de rémunération offre des avantages et des désavantages, la tendance actuelle dans les pays industrialisés est de les employer simultanément pour en retirer les avantages et en minimiser les désavantages. C'est pourquoi divers pays ou organisations de soins ont opté pour une mixité de modalités de rémunération.

Essentiellement, la documentation scientifique suggère que ces diverses modalités de rémunération médicale s'alignent de manière plus ou moins adéquate sur divers types de services. Ainsi, la rémunération par **capitation**, qui consiste en l'établissement d'un forfait annuel de prise en charge d'une personne selon le degré de besoins en soins qu'elle manifeste ou d'autres paramètres cliniques, semble appropriée pour la rémunération d'un ensemble de services prévisibles requis par une personne présentant des problèmes complexes ou chroniques. En effet, certaines études suggèrent que la rémunération par capitation favorise la prestation de services globaux à ces personnes comparativement à la rémunération à l'acte qui favorise la fragmentation des services en unités pouvant être facturées. Cela se traduirait par une prestation de services globaux, centrés sur le contrôle des maladies chroniques et sur la prévention, le salaire des médecins ne variant pas en fonction du volume de soins prodigués, mais plutôt en fonction du nombre de patients ainsi que du degré de soins requis selon leur état de santé. En contrepartie, la rémunération par capitation serait associée à une production moindre de services, la rémunération étant essentiellement liée au nombre de patients inscrits et non pas à la quantité de services qu'ils reçoivent.

Par ailleurs, la rémunération à **salaire** ou à tarif **horaire** s'avère la meilleure modalité de rémunération des diverses activités cliniques liées à la planification des services, à la coordination des soins, à la discussion de cas ou à la production d'avis médicaux. En effet, ces activités de liaison et de coordination clinique, faites dans un contexte où divers professionnels entrent en interaction, requièrent l'organisation de réunions de discussion ou la réservation de plages horaires dédiées au suivi téléphonique ou à la rédaction d'avis médicaux. Contrairement à la rémunération à l'acte qui ne permet pas de moduler la durée et l'intensité de ces activités de coordination ou de planification, la rémunération à salaire ou à tarif horaire permet une telle modulation. Par ailleurs, la rémunération à salaire ou à tarif horaire est suggérée comme étant celle qui présente les moins grands incitatifs à la productivité, la rémunération n'étant alors pas liée au nombre de patients vus.

La rémunération à l'**acte** serait particulièrement appropriée pour la rémunération d'activités cliniques ponctuelles pour lesquelles un volume important de services est désirable. Ce mode de rémunération est reconnu comme étant celui qui favorise le plus la productivité, la rémunération du médecin étant étroitement liée au volume de services rendus. Divers actes, comme les consultations d'urgence ou sans rendez-vous et la prestation de services préventifs, se prêteraient particulièrement bien à ce type de rémunération. Cependant, la rémunération à l'acte est celle qui offre le moins d'incitatifs à la qualité des interactions cliniques, la rémunération n'étant alors liée qu'au volume de services rendus.

Finalement, plus récemment, divers pays ont instauré des primes de performance clinique dans le contexte des soins de première ligne. À cet égard, le Royaume-Uni a fait figure de pionnier en établissant, à l'échelle nationale, des cibles cliniques pour un vaste ensemble de problématiques de santé ou de services particuliers. Ainsi, une proportion du revenu des médecins anglais provient de primes annuelles liées à l'atteinte de balises de performance. Dans ce contexte, ce mode de rémunération a été associé à un accroissement de la prestation de divers services (par exemple, mammographies et tests de Pap) ou de certains effets sur la santé (par exemple, contrôle de la glycémie ou de la tension artérielle). Cependant, ce mode a été associé à des effets indésirables liés à la priorité qui a été donnée à certains services pour lesquels une cible de performance est fixée au détriment de la prestation de services pour lesquels aucune prime n'est offerte.

Qu'en est-il de la rémunération des médecins au Québec ?

Au Québec, le principal mode de rémunération, quelle que soit la nature du service prodigué, est la rémunération à l'acte. L'état de situation que nous avons dressé a amplement démontré comment les autres modalités de rémunération sont moins présentes au Québec. Dans le contexte des soins de première ligne, cet état de fait est encore plus présent, avec 70 % des médecins qui sont rémunérés à l'acte principalement. Si, par ailleurs, plusieurs médecins de famille québécois sont rémunérés sur la base de plus d'un mode de rémunération, cela dépend plus du lieu de prestation du service (par exemple, cabinet privé, CLSC, urgence ou hôpital) que de la nature du service rendu.

Cependant, il importe de noter que les dernières années ont vu l'émergence de modifications aux modes de rémunération des médecins au Québec. En effet, des forfaits de prise en charge de patients vulnérables et certaines modalités de remboursement des activités administratives dans les groupes de médecine de famille sont venus s'ajouter à la rémunération à l'acte principalement adoptée en cabinets et à la rémunération à salaire principalement adoptée dans les CLSC. De plus, les médecins spécialistes qui travaillent en milieu universitaire peuvent maintenant bénéficier d'un mode de rémunération mixte comprenant un forfait qui couvre un ensemble de services ainsi qu'une rémunération à l'acte. Par ailleurs, aucun paiement à la performance n'est implanté dans le contexte médical québécois.

Pour les citoyens, quels sont les enjeux de la rémunération ?

Nous n'avons pas soumis au Forum de consultation du Commissaire de questions en ce qui concerne le domaine du financement. Cependant, il importe de noter que le Forum a spontanément abordé la question de la rémunération des professionnels. Le mode actuel de rémunération des médecins et l'autonomie de ceux-ci ont été présentés par des membres du Forum de consultation du Commissaire comme des freins à certains changements qui pourraient être apportés au système de santé. En effet, la rémunération à l'acte, telle qu'elle est en vigueur actuellement, ne permet pas aux médecins d'être rémunérés pour des activités administratives, de gestion, de concertation ou pour le suivi de leurs patients. Selon ces membres, des actions devraient être envisagées pour modifier cette situation.

Ce que le Commissaire retient à propos de la rémunération des médecins

La rémunération, et plus particulièrement le mode de rémunération des médecins, est apparue tout au long de la consultation et de la recension d'écrits comme un enjeu fondamental des transformations à apporter aux services de première ligne. Bien que cette recommandation occupe le dernier rang dans la suite de nos recommandations, surtout à cause des défis qu'une telle recommandation impose, elle n'en est pas moins d'importance centrale. En effet, cette révision de la rémunération des médecins et son réalignement sur les besoins de soins diversifiés des populations constituent un levier pour l'ensemble des recommandations que nous apportons.

Le caractère désuet de la rémunération à l'acte a fait consensus à chaque étape de la consultation réalisée. Cela suggère qu'il est temps d'offrir aux cliniciens de nouveaux modèles de rémunération respectant mieux la complexité de la pratique clinique actuelle, diversifiée et inscrite dans un contexte d'interdisciplinarité et de responsabilité de la population. À tout le moins, l'ajout de nouveaux modes de rémunération permettrait de tenir compte de nouveaux défis et de soustraire les cliniciens à la compilation fastidieuse d'actes qui ne reflètent pas réellement l'ampleur du service rendu. Par contre, la démonstration scientifique est claire, il n'y a pas de modèle parfait et une combinaison de modes de rémunération est nécessaire. Ainsi, le Commissaire recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de réaligner, en collaboration avec les fédérations médicales, le mode de rémunération des médecins pour assurer l'implantation des diverses recommandations proposées à l'intérieur du présent rapport (voir la recommandation 10).

Recommandation 10

Réaligner le mode de rémunération des médecins

De façon à améliorer la performance des soins de première ligne et leur contribution à la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande :

10.1 **que soient implantés de nouveaux modèles de rémunération médicale fondés sur une mixité de modalités.** Cela nécessite de convier les fédérations médicales à négocier l'instauration d'une rémunération mixte qui devrait :

- inclure des portions de **salaires** pour la rémunération de la gestion clinique et les activités de coordination, une portion de **capitation** fondée sur les caractéristiques des patients inscrits, une portion de paiement **à l'acte** pour certaines activités de premier contact ou de prévention ;
- être **compatible avec la pratique de groupe interdisciplinaire** et favoriser la substitution et la complémentarité interprofessionnelle à l'intérieur de la pratique clinique ;
- être ajustée pour favoriser les nouvelles modalités de consultation autres que la visite médicale en personne ;
- inclure une portion de rémunération, à l'échelle des groupes de médecins de famille, fondée sur l'atteinte de cibles cliniques convenues en fonction des besoins en soins des populations desservies ;

10.2 **que soient mis en place des incitatifs économiques favorisant l'inscription des personnes, particulièrement des personnes vulnérables, auprès de cliniques adoptant la pratique de groupe ;**

10.3 **que soient implantées des modalités de rémunération des médecins spécialistes favorisant le soutien aux activités cliniques de première ligne et favorisant la pratique en contexte hospitalier.**

Quelles sont les implications d'un réalignement des modes de rémunération médicale ?

L'introduction de nouveaux modes de rémunération n'est pas nécessairement une tâche facile dans nos sociétés. Si, de prime abord, plusieurs acteurs s'entendent sur les avantages de différents modes de rémunération des médecins, le contexte de négociations vient souvent influer sur la capacité réelle de modifier les façons actuelles de rémunérer les médecins. Pourtant, d'autres pays se sont donné des modes de rémunération répondant mieux aux besoins de soins que manifestent les populations à desservir.

Sur le plan **organisationnel**, l'instauration de modalités mixtes de rémunération nécessite l'implantation de plusieurs des recommandations proposées dans le présent rapport. Par exemple, l'instauration d'une rémunération partiellement fondée sur la capitation suppose l'implantation de l'inscription des personnes auprès d'une clinique particulière de première ligne et serait fortement facilitée par l'implantation de dossiers médicaux informatisés permettant de stratifier adéquatement le niveau de besoins des personnes inscrites et, ainsi, ajuster le forfait de capitation en fonction de la lourdeur réelle des cas. De façon similaire, l'instauration de primes liées à la performance requiert la mise au point d'indicateurs cliniques fondés sur les technologies de l'information. Par ailleurs, si cette mixité de modes de rémunération requiert une base organisationnelle développée, elle faciliterait aussi l'implantation de certaines recommandations, telles que l'accroissement de l'interdisciplinarité, et celle qui est liée aux nouvelles modalités de prestation de services.

Sur le plan **éthique**, les consultations du Commissaire n'ont pas permis de soulever d'enjeux particuliers au mode de rémunération des médecins.

Finalement, sur le plan **économique**, l'instauration de modes mixtes de rémunération des médecins exige de mettre au point des mécanismes qui permettent de respecter les enveloppes budgétaires allouées à la rémunération médicale, tout en permettant de moduler la rémunération selon les diverses activités cliniques. L'établissement d'un équilibre entre les différentes modalités de rémunération requiert un examen minutieux des enjeux, intégrant les aspects cliniques, organisationnels et budgétaires. De manière ultime, une telle modification du financement requiert une grande concertation de l'ensemble des acteurs.

UNE PERSPECTIVE D'ENSEMBLE SUR LES RECOMMANDATIONS



UNE PERSPECTIVE D'ENSEMBLE SUR LES RECOMMANDATIONS

Dans le présent rapport, diverses propositions visant l'amélioration de la performance de la première ligne de soins et, ce faisant, de l'ensemble du système de santé et de services sociaux ont été discutées. Tel que nous l'avons mentionné dans la première section, les recommandations ont été analysées en portant une attention particulière aux interrelations qu'elles entretiennent. Ainsi, les bénéfices potentiels de chacune d'elles semblent moindres que ceux pouvant émerger de la synergie de l'implantation d'un ensemble cohérent de mesures. De plus, certaines de ces recommandations, nous l'avons vu, sont nécessaires à l'implantation d'autres recommandations. Ainsi, la priorité a été mise sur les recommandations dont l'action combinée est garante de retombées bénéfiques pour la performance d'ensemble du système et dont l'implantation pourrait faciliter l'instauration d'un ensemble plus vaste de mesures.

LES DIX RECOMMANDATIONS QUE SUGGÈRE LE COMMISSAIRE SONT AINSI LIÉES LES UNES AUX AUTRES ET INTERDÉPENDANTES.

Les dix recommandations que suggère le Commissaire sont ainsi liées les unes aux autres et interdépendantes (voir la Figure 2). À la lumière de l'information synthétisée, il semble pertinent de commencer par un accroissement de la pratique de groupe dans le contexte des soins de première ligne pour permettre aux recommandations subséquentes de s'implanter. En effet, il serait difficile, voire impossible d'implanter les autres recommandations dans des milieux cliniques caractérisés par la pratique en solo ou le simple partage de locaux entre médecins. La démonstration est forte à l'effet que la pratique de groupe est un terreau fertile à l'implantation d'un ensemble plus global d'innovations organisationnelles et de pratiques exemplaires. Un tel accroissement de la pratique de groupe est entamé au Québec, principalement dans le contexte de l'implantation des groupes de médecine de famille. Poursuivons sur cette lancée prometteuse.

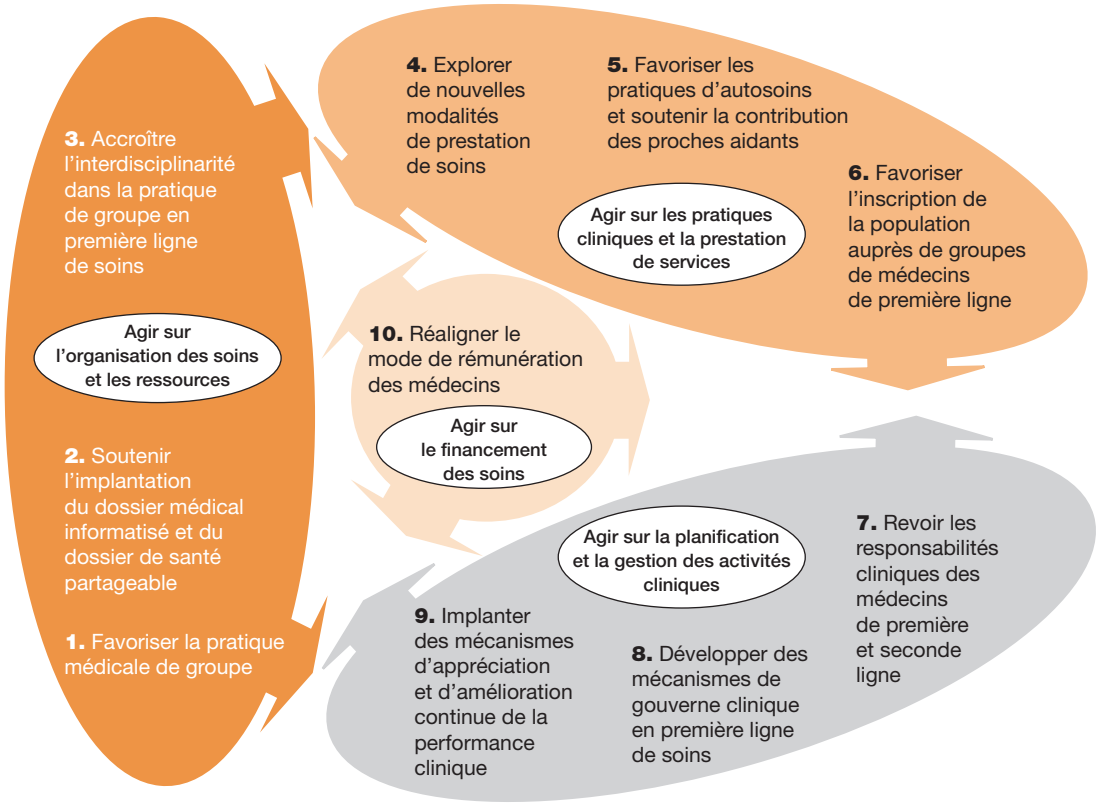
Dans un deuxième temps, au cours des consultations et dans la documentation scientifique, nous avons observé que l'informatisation est revenue constamment comme un élément fondamental. Plus qu'une fin en soi, l'informatisation des activités cliniques est perçue comme un outil fondamental à l'amélioration des soins et à l'implantation de modèles organisationnels performants. Les exigences de la pratique interdisciplinaire, de la planification des services et de l'évaluation de leur performance nécessitent d'ailleurs une telle base technologique pour s'actualiser. De plus, l'informatisation est un outil clé pour l'inscription de la population et pour la reconnaissance de leurs besoins en soins et services. À plusieurs égards, une informatisation des activités cliniques de première ligne pourrait améliorer la compréhension des acteurs locaux en ce qui concerne les besoins en soins, les services rendus et les lieux spécifiques auxquels sont affiliées les personnes. L'actualisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pourrait, de surcroît, en être facilitée.

L'accroissement de l'interdisciplinarité, essentiellement possible dans le contexte de la pratique de groupe et grandement facilitée par le partage d'une assise informationnelle, semble aussi être la base sur laquelle de nouvelles modalités de consultation pourraient permettre d'adapter l'offre de soins aux besoins des populations et permettre une meilleure participation des personnes et un meilleur soutien des proches aidants. Dans un avenir rapproché, ces nouvelles modalités de consultation, dans un contexte interdisciplinaire, et une participation, accrue et plus efficace, des personnes à leurs soins faciliteraient, par ailleurs, l'inscription complète de la population auprès de cliniques de première ligne.

Une telle inscription, la démonstration en est éloquente, est nécessaire à une meilleure planification des services et à l'intégration d'activités préventives dans les soins donnés au cours des diverses étapes de la vie. Par contre, de réelles inquiétudes sont présentes au sein du réseau quant à notre capacité d'assurer, à l'ensemble de la population, un accès à des cliniques de première ligne. Dans ce rapport, nous proposons que l'inscription de l'ensemble de la population qui le désire puisse être réalisable dans la mesure où des gains sont faits à l'égard des autres recommandations dont le but est d'améliorer la performance de la première ligne de soins. En contrepartie, les gains obtenus en ce qui concerne l'inscription des personnes pourraient faciliter l'implantation d'autres recommandations.

Figure 2

Des recommandations pour une première ligne de soins et un système plus performants



Ces modifications organisationnelles dans les façons de rendre les services représentent la base sur laquelle une meilleure planification des services peut se concrétiser. Ces modifications faciliteront la révision du partage des responsabilités entre les professionnels de première et de seconde ligne, dont les rôles sont parfois intervertis dans la situation actuelle, et en retour elles devraient permettre aux équipes de première ligne de se concentrer sur leur rôle de premier contact avec la personne et de prise en charge globale de celle-ci et de sa santé. Les instruments de gouverne clinique et d'appréciation de la performance y contribueront aussi en permettant d'ajuster l'offre de services en fonction des besoins prioritaires des personnes et des populations et par l'emploi de méthodes démontrées comme efficaces de même que par l'amélioration continue de la qualité.

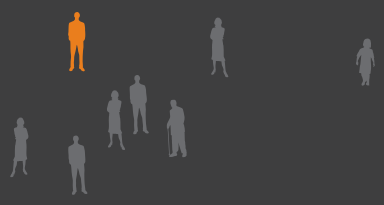
De manière ultime, le sujet de la rémunération des médecins de première ligne est revenu comme un autre thème central. Plus qu'une fin en soi, la révision des modes de rémunération, dans le contexte du financement public des services médicaux, s'est révélée comme un des éléments pouvant faciliter l'implantation des autres mesures telles que la pratique de groupe interdisciplinaire, l'inscription de la population et l'appréciation de la performance.

Les recommandations sont donc intimement liées entre elles. Nous convions le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'ensemble des acteurs du réseau, à considérer attentivement ces recommandations et à les voir dans une séquence logique. Elles représentent, nous le croyons, les jalons importants d'une démarche d'amélioration de la performance de la première ligne de soins pour les prochaines années. À court terme, ce sont des répercussions importantes pour notre système qui pourraient en découler, autant en ce qui concerne la satisfaction envers la première ligne et l'état de santé des personnes qu'en ce qui concerne son impact sur la performance d'ensemble du système de santé et de services sociaux.

Finalement, cet ensemble de recommandations a été énoncé en adoptant la perspective de soutien et du développement des capacités des acteurs qui doivent offrir quotidiennement des services de qualité. Nous avons tenté de déterminer les causes organisationnelles des écarts de performance de notre système. C'est dans cet esprit que nous avons formulé des recommandations qui, nous le croyons, peuvent aider les cliniciens et les gestionnaires locaux à planifier, à offrir et à évaluer des services, tout en maintenant, pour les années futures, d'excellents niveaux de qualité des soins.

CONCLUSION

CONCLUSION



Analyser la performance du système de santé et de services sociaux à l'aide de notre méthode de consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de citoyens, d'analyse d'indicateurs de monitorage et de synthèse de la documentation scientifique nous a permis, au-delà de la simple reconnaissance de problèmes, de cerner diverses modifications que nous pouvons apporter pour améliorer notre système. À l'égard des soins de première ligne, notre synthèse de cet ensemble de connaissances scientifiques, organisationnelles et démocratiques nous a permis de mieux comprendre ce que nous devrions faire pour améliorer la performance de notre première ligne de soins et sa contribution à l'ensemble du système de santé et de services sociaux.

Tel que nous l'avons abordé dans les sections précédentes du présent document, dans le document portant sur les indicateurs de monitorage ainsi que dans ceux portant sur l'état de situation et la démarche de consultation, la première ligne de soins peut avoir un impact déterminant sur la performance de notre système de santé et de services sociaux.

Nous avons vu aussi que des défis sont présents pour assurer une meilleure utilisation des ressources que l'on y investit. Si nous vivons une pénurie de ressources humaines, cette pénurie est aussi le résultat d'une utilisation inappropriée des professionnels et d'un faible soutien organisationnel pour en maximiser la contribution. Dans le contexte où des signes encourageants sont présents en ce qui concerne les admissions en médecine et en sciences infirmières et en ce qui a trait au recrutement au sein du réseau d'autres professionnels de la santé, nous avons porté notre attention particulièrement sur les façons de planifier, d'organiser et d'évaluer les services qui pourraient améliorer la situation. Le pari est qu'il ne s'agit pas d'ajouter des ressources ou de leur demander de faire la même chose, de la même façon qu'auparavant, mais bien de réorienter l'action des médecins et des autres professionnels et de les aider dans cette tâche.

Enfin, la consultation et l'analyse des données soulignent aussi le rôle prépondérant des personnes auxquelles le système de santé et de services sociaux s'adresse. Les patients sont de moins en moins perçus comme des récepteurs de soins et le système doit s'adapter à des personnes beaucoup plus proactives envers leur santé et leurs services.

Des préoccupations importantes sont présentes dans notre réseau en ce qui concerne la place du médecin de famille et des services de première ligne en général. Des études et des analyses récentes soulèvent également des inquiétudes quant au futur de la première ligne. Nous devons redorer le rôle de la première ligne de soins et rendre cette pratique plus attrayante pour les professionnels, tout en répondant mieux aux besoins de soins de premier contact des populations. Les personnes se tournent en effet bien souvent vers des services spécialisés pour combler leurs besoins de soins, faute d'accéder aux services nécessaires dans le contexte de première ligne. C'est un défi majeur auquel fait face notre système.

Le Commissaire à la santé et au bien-être propose dix recommandations liées les unes aux autres qui peuvent améliorer la performance de la première ligne de soins et son interaction avec l'ensemble du système de santé et de services sociaux au Québec. Ces recommandations se rapportent à quatre aspects fondamentaux des systèmes de santé et de services sociaux : l'organisation des soins et les ressources ; les pratiques cliniques et la prestation de services ; la planification et la gestion des activités cliniques ; et le financement. Se donner une organisation et des ressources modernes, à l'instar de plusieurs autres pays industrialisés, favoriser une plus grande participation des personnes aux soins, mieux planifier, organiser et évaluer les soins ainsi que se munir d'un financement de la première ligne de soins qui serait approprié, c'est ce à quoi nous convions notre système de santé et de services sociaux. Ce faisant, c'est l'ensemble du système qui en sera amélioré.

Si chacune des recommandations, prise isolément, peut sembler difficile à mettre en application, les influences mutuelles qu'entretient l'ensemble des recommandations peut en assurer une implantation graduelle et complète. En fait, c'est en faisant un peu plus à l'égard de chacune de ces recommandations que l'on pourra, de manière ultime, arriver à les implanter en totalité. Ces recommandations adressent des actions qui, à divers niveaux, sont essentielles à l'implantation des autres. Néanmoins, notre démarche le suggère fortement, l'enjeu n'est pas ici de tout faire d'un coup, mais plutôt de démarrer tout de suite chacune d'elles.

Les recommandations formulées peuvent toutes contribuer à soutenir la pratique de première ligne et, ainsi, participer à son attrait pour les professionnels des générations futures, et elles peuvent toutes assurer sa pérennité. Dans la mesure où nous adoptons une attitude résolue, avec la collaboration de l'ensemble des acteurs, nous croyons qu'il sera possible d'atteindre les niveaux de performance que d'autres pays ont déjà atteints en ce qui concerne la première ligne de soins.

LISTE DE RECOMMANDATIONS

Le Commissaire à la santé et au bien-être formule les dix recommandations suivantes portant sur quatre aspects fondamentaux du système de santé et de services sociaux québécois.

> AGIR SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET LES RESSOURCES

Recommandation 1
Favoriser la pratique médicale de groupe en première ligne

1.1 **que soit atteinte la cible de 300 groupes de médecine de famille (GMF)**, au cours des prochaines années, pour assurer la couverture de 75 % de la population ;

1.2 **que soient maintenues les caractéristiques organisationnelles fondamentales du GMF** (pratique médicale de groupe, inscription de la clientèle, ententes contractuelles avec les centres de santé et de services sociaux, présence parmi l'équipe traitante de professionnels de la santé autres que les médecins) **et les obligations actuelles liées à ces modèles d'organisation des soins** dans le processus de leur reconnaissance officielle ou de leur agrément.

- » Cela requiert, par ailleurs, que soit conservée la flexibilité requise dans leur implantation pour satisfaire aux exigences particulières de divers contextes géographiques (régions urbaines, rurales, éloignées ou isolées) et organisationnels (taille de la clinique, disponibilité à l'échelle locale des ressources humaines, particularité du réseau local de services de santé et de services sociaux) ;

1.3 **que soient adjoints d'autres modèles d'organisations agréés,** présentant les caractéristiques fondamentales du GMF, pour étendre à l'ensemble de la population la couverture des soins de première ligne ;

1.4 **que les étudiants en médecine et les résidents en médecine de famille soient exposés précocement à la pratique en GMF** dans le contexte de leur formation, avant la collation des grades et après la délivrance du diplôme universitaire.

- » Cela requiert une collaboration des milieux cliniques et des établissements du réseau avec les milieux d'enseignement.

Recommandation 2

Soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier de santé partageable

2.1 **que soient implantés dans l'ensemble des groupes de médecine de famille et des autres modèles agréés, les dossiers médicaux informatisés et les technologies associées** (transmission électronique de requêtes et de renseignements, prescripteurs pharmacologiques électroniques) ;

2.2 **que soient mises en place,** à l'échelle locale et régionale, **des activités de soutien à la formation et à l'implantation de l'informatisation en milieu clinique ;**

2.3 **que soit développé un partenariat entre les fédérations médicales et les autorités du réseau afin de favoriser l'implantation du dossier médical informatisé et des technologies associées** dans l'ensemble des cabinets et des cliniques de soins de première ligne qui le souhaitent. Cela pourrait être soutenu par des incitatifs d'ordre financier ou organisationnel dans le contexte d'ententes énonçant les conditions associées à de tels incitatifs ;

2.4 **que soient harmonisés sur le plan technologique le dossier de santé partageable (Dossier de santé du Québec) et les dossiers médicaux informatisés** implantés dans les GMF et les autres cabinets en vue de favoriser la circulation des renseignements pertinents rattachés aux soins des personnes dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ;

2.5 **que soient mis au point,** en collaboration avec les milieux cliniques et les ordres professionnels, et suivant les exigences des lois québécoises en la matière, **des guides pour assurer la confidentialité et la protection des renseignements médicaux contenus dans le dossier de santé partageable et les dossiers médicaux informatisés.**

Recommandation 3

Accroître l'interdisciplinarité dans la pratique de groupe en première ligne de soins

3.1 **que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins,** tels que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les psychologues, les nutritionnistes et les travailleurs sociaux, prodiguant présentement des services au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour accroître l'interdisciplinarité dans les soins de première ligne.

- Ces professionnels devraient conserver leur lien d'emploi dans le CSSS, mais consacrer une portion de leurs activités à la pratique en cabinet médical ;

3.2 **que soient conclues des ententes contractuelles entre les cliniques médicales de première ligne et les centres de santé et de services sociaux balisant des corridors spécifiques de services** qui assurent aux patients l'accès à des soins prodigués par des professionnels autres que les médecins pour lesquels une prestation sur les lieux mêmes d'un cabinet médical n'est pas possible ;

3.3 **que soit mis en place, dans l'ensemble des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, un mécanisme de coordination locale de l'offre de soins** intégrant l'ensemble des prestataires des cabinets médicaux ainsi que les établissements du réseau local ;

3.4 **que les professionnels des sciences de la santé, y compris les médecins, soient formés en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion des stages cliniques.** Cela doit être réalisé en concertation entre les milieux cliniques et les milieux d'enseignement.

> AGIR SUR LES PRATIQUES CLINIQUES ET LA PRESTATION DE SERVICES

Recommandation 4
Explorer de nouvelles modalités de prestation de soins

4.1 **que soient évaluées la pertinence, l'efficacité et la sécurité, pour notre contexte, de nouvelles modalités de prestation de soins** pouvant inclure, entre autres, les consultations de groupes, les consultations par les pairs, les consultations électroniques et virtuelles ainsi que les programmes d'accès avancé aux soins (*advanced access*). Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) ;

4.2 **que les expériences d'implantation de ces nouvelles façons d'interagir avec les patients, présentes dans les milieux cliniques du Québec, soient recensées et analysées** pour en favoriser l'implantation dans d'autres milieux ;

4.3 **que les preuves scientifiques et la faisabilité d'implanter ces nouvelles modalités de consultation soient évaluées, pour répondre aux besoins croissants des populations dans le contexte de la première ligne.** Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Recommandation 5

Favoriser les pratiques d'autosoins et soutenir la contribution des proches aidants

5.1 **que des activités de promotion et de soutien à l'autosoins soient faites en contexte clinique de première ligne** au Québec.

» Ces activités incluent, entre autres, des outils favorisant les pratiques d'autosoins intégrés aux systèmes de renseignements cliniques, le renvoi à des centres d'enseignement, la participation d'une équipe interdisciplinaire au développement des capacités des personnes à gérer divers aspects de leur santé et de leurs soins, ainsi que des renseignements accessibles dans des portails électronique de santé ;

5.2 **que soient développés et implantés des outils ayant pour but de d'accroître les capacités des proches aidants à participer aux soins de la personne aidée et que cette participation en tant que proches aidants soit soutenue, dans le contexte des soins de première ligne.**

» Cela nécessite de tenir compte des conséquences de la participation des proches aidants sur leur vie personnelle ou professionnelle.

5.3 **que les différentes approches visant à favoriser l'autosoins dans le contexte des soins de première ligne fassent l'objet d'une évaluation** de son efficacité et de son innocuité pour en guider l'implantation dans les milieux cliniques.

» Cela devrait être réalisé en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) ou, éventuellement, avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Recommandation 6

Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne

6.1 **que l'ensemble de la population qui le désire soit inscrite auprès de groupes de médecins de première ligne, y compris les groupes de médecine de famille et autres cliniques médicales.**

» Cette inscription consisterait en un engagement mutuel entre les personnes et leurs médecins. Les personnes seraient libres de changer de cliniques selon des modalités spécifiques pour préserver leur droit de choisir, tout en assurant une certaine stabilité dans la clientèle des cliniques. En contrepartie, le groupe de médecins de première ligne s'engagerait à offrir collectivement des services qui répondent aux besoins médicaux courants des personnes inscrites ;

6.2 **que soient inscrites prioritairement les personnes qui répondent aux critères de vulnérabilité en vigueur, à titre d'activité médicale particulière**, pour ensuite procéder à une inscription complète de la population ;

6.3 **que les personnes soient inscrites sur leur territoire de résidence** pour faciliter l'accès aux services médicaux de proximité ainsi que l'arrimage des cabinets de première ligne aux services du réseau local de santé et de services sociaux ;

6.4 **que soient revus le ratio de patients inscrits par médecin de première ligne et le ratio de professionnels qui ne sont pas médecins par groupe de médecine de famille**, et ce, pour rendre possible un tel objectif d'inscription de la population.

» Cette révision des ratios devrait tenir compte des besoins de soins des utilisateurs actuels ainsi que de ceux des personnes qui, actuellement, ne consomment pas de soins mais qui, dans le futur, pourraient bénéficier d'une affiliation à un groupe de médecins de première ligne et à d'autres modèles agréés à des fins préventives autant que curatives.

> AGIR SUR LA PLANIFICATION ET LA GESTION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

Recommandation 7
Revoir les responsabilités cliniques des médecins de première et de seconde ligne

7.1 **que le cadre de la pratique médicale de première ligne et de la pratique médicale spécialisée au Québec soit revu,** en collaboration avec les fédérations médicales et le Collège des médecins du Québec, pour assurer une clarification des rôles et une plus grande complémentarité entre généralistes et spécialistes au Québec ;

7.2 **que des mécanismes de soutien des activités médicales de première ligne par des spécialistes répondants soient mis en place.**

» De tels mécanismes pourraient inclure des consultations téléphoniques ou une intégration d'activités cliniques spécialisées dans les cabinets médicaux de première ligne ;

7.3 **que des incitatifs à la pratique médicale de première ligne pour les médecins de famille et des incitatifs à la pratique médicale de deuxième et de troisième ligne pour les médecins spécialistes soient mis en place.**

» De nature organisationnelle ou financière, ces incitatifs doivent viser à réduire la spécialisation de la pratique médicale des médecins de famille ainsi qu'à réduire la prestation de services de première ligne par les médecins spécialistes ;

7.4 **que le cadre et les définitions des activités médicales particulières soient revus**, en collaboration avec les fédérations médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, en vue de favoriser la disponibilité des médecins de famille pour les activités de première ligne et une plus grande participation des médecins spécialistes à la couverture des soins de deuxième et de troisième ligne.

Recommandation 8

Mettre au point des mécanismes de gouverne clinique en première ligne de soins

8.1 **que soient mis au point et implantés des systèmes d'information, fondés sur l'utilisation du dossier médical informatisé, intégrant des outils de soutien à la décision clinique pour favoriser la gouverne clinique** dans les cabinets de première ligne ;

8.2 **que soient mis au point et implantés des indicateurs de besoins des patients et des indicateurs de résultats cliniques** soutenant la gouverne clinique des services de première ligne ;

8.3 **que soient implantés des protocoles locaux de soins pour les maladies courantes,** dans le contexte des soins de première ligne, portant sur les projets cliniques des centres de santé et de services sociaux.

» Cela pourrait nécessiter la participation des départements locaux et régionaux de médecine générale (DRMG), les directions régionales des affaires médicales ainsi que diverses directions des centres de santé et de services sociaux ;

8.4 **que soient implantés des guichets d'orientation des personnes à l'échelle locale et, selon le degré des besoins des personnes, des gestionnaires de cas,** et ce, dans l'ensemble des CSSS ;

8.5 **que soient introduites des conventions régissant l'accès aux données cliniques, pour des fins de planification et d'évaluation des services, et afin d'assurer le respect de la confidentialité** dans l'utilisation des dossiers médicaux informatisés.

Recommandation 9

Implanter des mécanismes d'appréciation et d'amélioration continue de la performance clinique

9.1 **que des indicateurs de performance clinique pertinents en ce qui concerne la pratique médicale de première ligne soient intégrés à la démarche d'implantation des nouvelles technologies de l'information**, tel le dossier médical informatisé.

» Le futur Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pourrait jouer un rôle central dans l'établissement de tels indicateurs de performance clinique, en collaboration avec les ordres professionnels et les représentants des milieux cliniques ;

9.2 **que des priorités d'amélioration et des cibles cliniques de performance soient définies, à l'échelle de la province,** en collaboration avec les fédérations et ordres professionnels ;

9.3 **qu'un système d'agrément ou de reconnaissance officielle des cliniques médicales de première ligne, y compris des audits de performance clinique par comité de pairs, soit mis au point et instauré ;**

9.4 **que des équipes de soutien technique à l'analyse de la performance soient implantées à l'échelle régionale pour soutenir les cabinets médicaux de première ligne dans leur démarche d'appréciation et d'amélioration des soins.**

» Cela pourrait nécessiter de faire participer les autorités locales d'organisation des soins de première ligne, tels les départements régionaux de médecine générale ainsi que les centres de santé et de services sociaux.

> AGIR SUR LE FINANCEMENT DES SOINS

Recommandation 10
Réaligner le mode de rémunération des médecins

10.1 **que soient implantés de nouveaux modèles de rémunération médicale fondés sur une mixité de modalités.**

» Cela nécessite de convier les fédérations médicales à négocier l'instauration d'une rémunération mixte qui devrait :

- inclure des portions de **salaires** pour la rémunération de la gestion clinique et les activités de coordination, une portion de **capitation** fondée sur les caractéristiques des patients inscrits, une portion de paiement **à l'acte** pour certaines activités de premier contact ou de prévention ;
- être **compatible avec la pratique de groupe interdisciplinaire** et favoriser la substitution et la complémentarité interprofessionnelle dans le cadre de la pratique clinique ;
- être ajustée pour favoriser les nouvelles modalités de consultation autres que la visite médicale en personne ;
- inclure une portion de rémunération, à l'échelle des groupes de médecins de famille, fondée sur l'atteinte de cibles cliniques convenues en fonction des besoins en soins des populations desservies ;

10.2 **que soient mis en place des incitatifs économiques favorisant l'inscription des personnes, particulièrement des personnes vulnérables, auprès de cliniques adoptant la pratique de groupe ;**

10.3 **que soient implantées des modalités de rémunération des médecins spécialistes favorisant le soutien aux activités cliniques de première ligne et favorisant la pratique en contexte hospitalier.**

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BAKER, G. R. et *al.* (2004). « The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 170 (11), p. 1678-1686.

BEAULIEU, M. D. et *al.* (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale, 27 p.

BEAULIEU, M. D. (2004). « Organizing Primary Care Reform : Getting Doctors to Work Together and with Others », dans R. WILSON, S.E.D. SHORTT ET J. DORLAND, *Implementing Primary Care Reform : Barriers and Facilitators*, Kingston (Ontario), School of Policy Studies, Queen's University, p. 139-149.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. Sondage national des médecins 2004 et 2007; [*demande d'analyse au Comité consultatif technique du Sondage national des médecins, le 9 juillet 2008* http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/resources/access-f.asp]

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance*, Document d'orientation, Québec, CSBE, 99 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.

CONSEIL DES AÎNÉS (2008). *Pour un équilibre vital : des responsabilités équitables. Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Conseil des aînés, 147 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013.Un projet de société pour le Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 83 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (2008). *En avoir plus pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, Groupe de travail sur le financement du système de santé, 338 p.

HAGGERTY, J. L. et *al.* (2007). « Place à l'amélioration : Expérience des patients du Québec concernant les soins primaires à la veille de réformes majeures », *Le Médecin de famille canadien*, juin, 53, p. 1056-1057.

HUTCHISON, B. (2004). « Primary Health Care Renewal in Canada : Are We Nearly There ! », dans R. WILSON, S.E.D. SHORTT ET J. DORLAND, *Implementing Primary Care Reform : Barriers and Facilitators*, Kingston (Ontario), School of Policy Studies, Queen's University, p. 111-128.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008). *Indicateurs de santé 2008*, Ottawa, ICIS, 92 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006*, Ottawa, ICIS, 66 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). *Zoom Santé*, n° 17, janvier, 8 p.

KHAN, S. et *al.* (2008). *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Statistique Canada, n° au catalogue 82-622-XIF2008002, 39 p.

LAMARCHE, P. A., R. PINEAULT et Y. BRUNELLE (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé, Montréal, 63 p.

LEVESQUE, J. F. et *al.* (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : Barrières et éléments facilitants*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique, 69 p.

MILLER, R. H. et *al.* (2005). « The Value Of Electronic Health Records In Solo Or Small Group Practices », *Health Affairs*, vol. 24, n° 5, p. 1127-1137.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Info GMF*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, vol. 6, n° 1, 31 mars.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008a). *Dossier de santé. com*, Bureau du Dossier de santé du Québec, vol. 2, n° 2, juillet.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Table nationale de concertation sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers — Relever le défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers, le Ministre Philippe Couillard présente de nouvelles mesures*, Communiqué de presse, [http://communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQF/Juin2008/17/c5011.html] (25 février 2009).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008c). *Étude des crédits 2008-2009*, Document déposé à l'Assemblée nationale dans le cadre de l'étude des crédits 2008-2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Direction des politiques et des orientations stratégiques, Québec, MSSS, 112 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Rapport sur l'appréciation des solutions informatisées utilisées en GMF* (document interne non publié).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003a). *Devenir un GMF — Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin, Annexe J Convention standard entre une régie et un groupe de médecine de famille, Annexe III Aide technique et financière* mise à jour le 14 janvier 2005, Québec, MSSS.

PINEAULT, R. et *al.* (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Québec, Institut national de santé publique du Québec, 59 p. + annexes.

ROBERGE, D. et *al.* (2007). *L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne ? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.

ROSS, S. M. et *al.* (2005) « Effects of Electronic Prescribing on Formulary Compliance and Generic Drug Utilization in the Ambulatory Care Setting : A Retrospective Analysis of Administrative Claims Data », *Journal of Managed Care Pharmacy*, vol. 11, n° 5, p. 410-415.

SHORTT, S. E. D. (2004). « Primary Care Reform : Is There a Clinical Rationale ! », dans R. WILSON, S.E.D. SHORTT et J. DORLAND, *Implementing Primary Care Reform : Barriers and Facilitators*, Kingston (Ontario), School of Policy Studies, Queen's University, p. 11-24.

SONDAGE DE LA FIRME SOM (2007). *Ce que pensent les Québécois d'un dossier de santé électronique*, Résultats du sondage réalisé en novembre [http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/aid=304.phtml] (26 février 2009).

STATISTIQUE CANADA (2008). *Enquête sociale générale de 2007 : Tableaux de soins*, n° au catalogue 89-633-X, 50 p.

STATISTIQUE CANADA (2007). CANSIM, Tableau 105-3024 *Personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier. Population à domicile de 15 ans et plus, Canda, provinces et territoires, occasionnel.*

TAMBLYN, R. et *al.* (2003). « The medical office of the 21st century (MOXXI) : effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care », *Canadian Medical Association Journal*, 169 (6), p. 549-556.

THE COMMONWEALTH FUND (2006). *2006 Annual Report*, New York, The Commonwealth Fund, 172 p. [http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/site_docs/annualreports/2006/index. htm] (24 février 2009).

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM (2008). *Why Not the Best ? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*, 2008, New York, The Commonwealth Fund, 60 p.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM (2006a). *Why Not the Best ? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*, New York, The Commonwealth Fund, 32 p.

WANG, S. J. et *al.* (2003). « A Cost-Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care », *The American Journal of Medicine*, April 1, 114, p. 397-403.

ANNEXES

ANNEXE 1 :
LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU SÉMINAIRE D'EXPERTS SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE TENU À MONTRÉAL, LES 26 ET 27 NOVEMBRE 2007

Beaulieu, Marie-Dominique
Centre de recherche du CHUM

Bernard, Paul
Université de Montréal

Borgès-Dasilva, Roxane
Université de Montréal

Breton, Mylaine
Université de Montréal

Brunelle, Yvon
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Champagne, François
Université de Montréal

Contandriopoulos, André-Pierre
Université de Montréal

D'amour, Danielle
Université de Montréal

Demers, Louis
École nationale d'administration publique — Québec

Denis, Jean-Louis
Université de Montréal

Duplantie, Jean-Pierre
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire

Feldman, Debbie
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Fleury, Marie-Josée
Centre de recherche Hôpital Douglas

Fournier, Johanne
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Fournier, Louise
Institut national de santé publique du Québec

Geneau, Robert
Centre de recherche CT Lamont, Ottawa

Gilbert, Frédéric
Université du Québec à Montréal

Goudreau, Johanne
Université de Montréal

Haggerty, Jeanny
Université de Sherbrooke

Labbé, Daniel
Commissaire à la santé et au bien-être

Lamarche, Paul
Université de Montréal

Lamothe, Lise
Université de Montréal

Légaré, France
Université Laval

Lessard, Lily
Université du Québec à Rimouski

Perreault, Robert
Université McGill

Pineault, Raynald
Institut national de santé publique du Québec

Pomey, Marie-Pascale
Université de Montréal

Ricard, Jacques
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Roy, Denis A.
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Sylvain, Hélène
Université du Québec à Rimouski

Tousignant, Pierre
Université McGill

ANNEXE 2 :
LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU PANEL DE DÉCIDEURS SUR LES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE TENU À MONTRÉAL, LES 21 ET 22 FÉVRIER 2008

Bernier, Ginette
Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

Camirand, Michel
Groupe de médecine de famille Sutton - Cowansville

Corbeil, Daniel
Centre de santé et de services sociaux
de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Dawes, Martin
Université McGill

Duclos, Claudette
Association médicale du Québec

Duplantie, Jean-Pierre
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal —
Institut universitaire

Durand, Suzanne
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Galarneau, Yolaine
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Garon, André
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Girard, Ghislain
Agence de la santé et des services sociaux
du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Giroux, Huguette
Centre de santé et de services sociaux de Beauce

Goulet, François
Collège des médecins du Québec

Hudon, Gilles
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lacombe, Réal
Agence de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

Lamarre, Diane
Université de Montréal

Leblanc, Ginette
Association québécoise d'établissements de santé
et de services sociaux

Maguire, Robert
Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Marcoux, Laurent
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Quenneville, Andrée
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert, Yves
Collège des médecins du Québec

Rodrigue, Jean
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Roy, Denis A.
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Trahan Langlois, Lysette
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Trempe, Carole
Association des cadres supérieurs de la santé
et des services sociaux

Turcotte, Alain
Unité de médecine familiale —
Groupe de médecine de famille
de la Cité de la santé de Laval

Vaillancourt, Raymonde
Clinique médicale Vimy

ANNEXE 3 :
LISTE DES MEMBRES DU FORUM DE CONSULTATION DU COMMISSAIRE

Allard, Johanne
Mauricie et Centre-du-Québec (région 04)

Bérubé, Maryse
Lanaudière (région 14)

Billings, Mark
Montréal (région 06)

Blanchette, Alexandre
Estrie (région 05)

Bouchard, Eric
Côte-Nord (région 09)

Bourassa, Alain
Montérégie (région 16)

Brassard, Marie-Joëlle
Experte en développement régional

Cooper, Christopher
Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18)

Côté, Michel
Bas-Saint-Laurent (région 01)

Desjardins, Marie-Claude[1]
Outaouais (région 07)

Duquet, Diane
Chaudière-Appalaches (région 12)

Gagnon, Astrid
Capitale-Nationale (région 03)

Girard, Marie
Gestionnaire en santé et services sociaux

Lagarde, François
Laval (région 13)

Leclerc, Bruno
Expert en éthique

Leclerc, Étienne
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (région 11)

Leduc, Michel
Abitibi-Témiscamingue (région 08)

Lepage-Savary, Dolorès
Experte en évaluation des technologies de la santé et des médicaments

Marcil, André-Richard
Laurentides (région 15)

Mercier, Céline
Chercheuse en santé

Naud, André
Nord-du-Québec (région 10)

Potvin, Louise
Infirmière

Régis, Catherine
Experte en droit et politiques en santé

Riverin, Danièle
Travailleuse sociale

Roberge, Roger
Médecin

Tremblay, Jackie
Saguenay–Lac-Saint-Jean (région 02)

Tukai-Masty, Lizzie
Nunavik (région 17)

ANIMATION DU FORUM
Françoise Guenette

1. M^me^ Desjardins a démissionné en septembre 2008 et a été remplacée en novembre 2008 par M^me^ Édith Leclerc.

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR DEUX AUTEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse*

Ghislaine Cleret de Langavant,
commissaire adjointe à l'éthique

AVEC LA COLLABORATION DE

Mélissa Généreux

Marie-France Hallé

Claire Boily

Marie-Alexandra Fortin

Anne Marcoux,
directrice générale

CONTRIBUTION À LA RECHERCHE
ET VALIDATION DES DONNÉES

Daniel Labbé,
coordination

Maxime Ouellet

Mathilde Bélanger

Abdo Shabah

COMITÉ CONSULTATIF

France Légaré,
Université Laval

Robert Perreault,
Université McGill et Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal

Raynald Pineault,
Institut national de santé publique du Québec
et Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal

Brian Hutchison,
McMaster University

Diane Watson,
University of British Columbia

Martin Roland,
University of Manchester, Royaume-Uni

COMITÉ D'ORIENTATION

Paul Bernard,
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos,
Université de Montréal

Véronique Déry,
Agence d'évaluation des technologies
et des modes d'interventions en santé

Jean-Pierre Duplantie,
Ex-directeur général du Centre jeunesse
de Montréal — Institut universitaire

Denis A. Roy,
Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

GRAPHISME

Matteau Parent graphisme et communication inc.

ÉDITION

Chantal Racine

© 2009 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, 2009
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

MARS 2009

ISBN : 978-2-550-55144-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-55145-4 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin-conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il agit à titre de commissaire-adjoint à l'appréciation et à l'analyse dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'INSPQ.

REMERCIEMENTS

Le Commissaire à la santé et au bien-être tient à remercier l'ensemble des personnes et des organisations qui ont participé aux travaux entourant la réalisation du présent rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux et, plus particulièrement, de sa première ligne de soins. Plus spécifiquement pour la réalisation du document, le Commissaire remercie les membres du comité d'orientation du Commissaire et ceux du comité consultatif sur la première ligne.

De plus, il tient à exprimer sa reconnaissance envers un ensemble de milieux cliniques qui ont accepté de participer à diverses étapes de la consultation. Ces derniers incluent le Groupe de médecine de famille de Montmagny, l'Unité de médecine familiale — Groupe de médecine de famille de la Cité de la santé de Laval, le Groupe de médecine de famille Sutton — Cowansville, la Clinique médicale Vimy, la Clinique médicale Médiclub au Sanctuaire.

Ses remerciements s'adressent également aux organisations régionales et locales qui ont participé à différentes étapes de la consultation. Celles-ci incluent la table locale du Département régional de médecine générale du territoire de La Pommeraie, le Département régional de médecine générale de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, le Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville — Saint-Laurent, le Centre de santé et de services sociaux de Beauce, le Centre jeunesse de Montréal, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay — Lac-Saint-Jean.

De plus, il exprime sa gratitude envers le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association médicale du Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux pour leur collaboration à divers étapes de la collecte de données et de la consultation.

Le Commissaire à la santé et au bien-être remercie les experts venant de divers centres de recherche et établissements universitaires pour leur gracieuse participation aux consultations. Ces milieux incluent le Centre de recherche du CHUM, l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université du Québec à Montréal, l'Université du Québec à Rimouski, l'École nationale d'administration publique — Québec, le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, le Centre de recherche CT Lamont, Ottawa, et l'Institut national de santé publique du Québec.

Finalement, les remerciements s'adressent aux membres du Forum de consultation du Commissaire pour leur participation aux travaux portant sur la première ligne de soins.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec