

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

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 monitoring 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 soumetts 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 monitoring, 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 monitoring***, 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 monitoring 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 monitoring 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



> 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 :

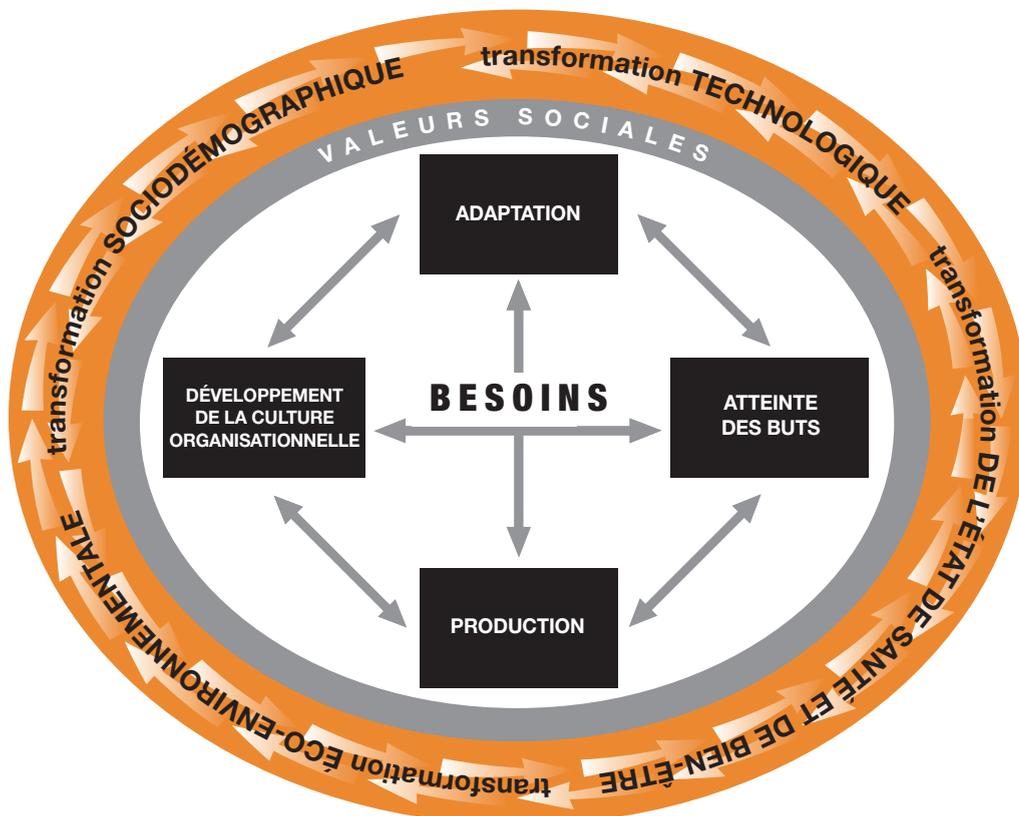
UN SYSTÈME
PERFORMANT EST
UN SYSTÈME QUI
ATTEINT LES OBJECTIFS
ET MANDATS QUI
LUI SONT DONNÉS,
EN CONFORMITÉ
AVEC LES VALEURS
QUI L'ANIMENT, ET
QUI OPTIMISE SA
PRODUCTION COMPTE
TENU DES RESSOURCES
QU'IL OBTIENT.

- > 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, entre 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 monitoring 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.

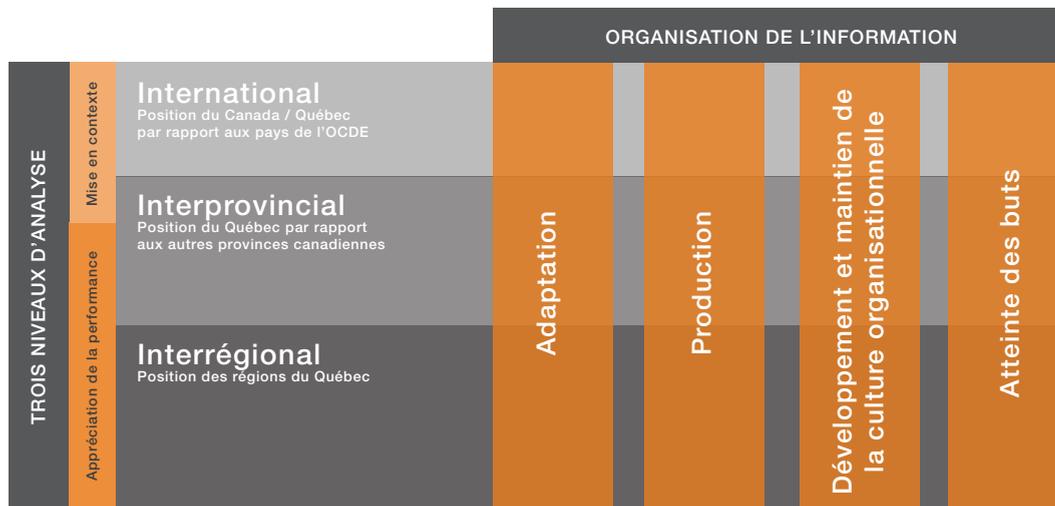
L'atteinte des buts

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'efficacité (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.

Enfin, 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 complétés 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 québécois¹. 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'ordonnement standard des données, ce qui fait que l'attribution du premier rang est la meilleure performance peu importe le sens de variation de l'indicateur².

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 monitoring 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 monitoring 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



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.

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.

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

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 peuplée 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 monitoring, 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.

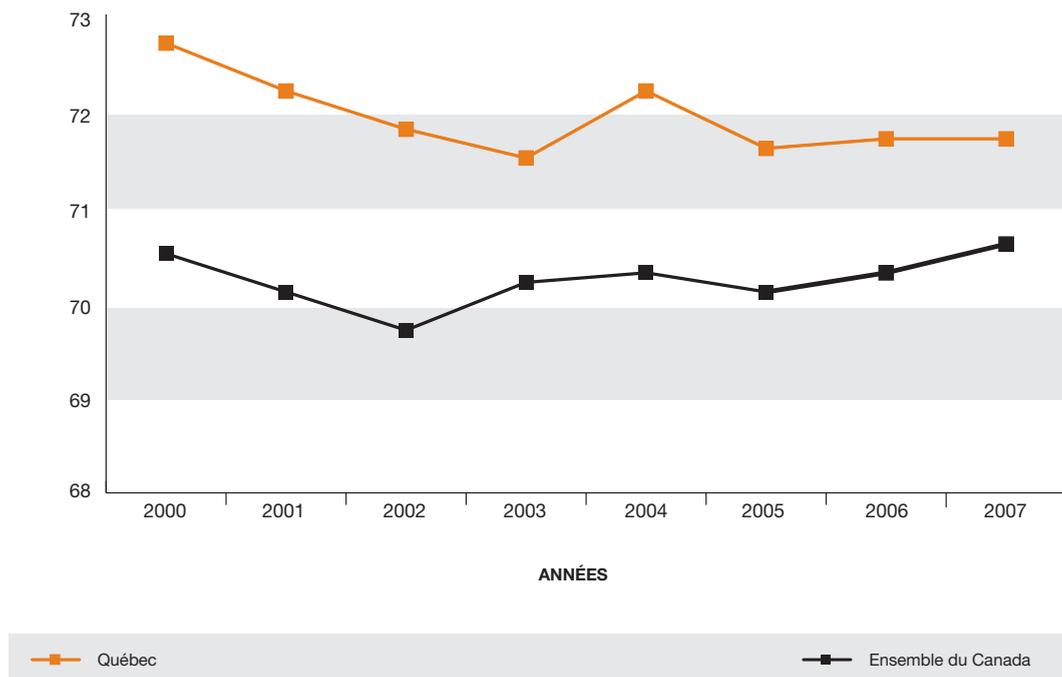
Évolution temporelle de la fonction d'adaptation

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

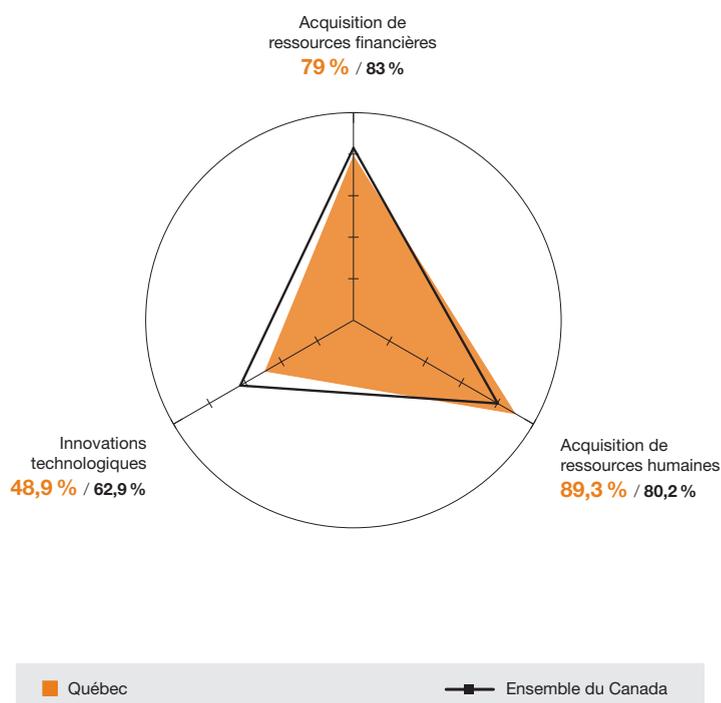


Le score synthétique d'adaptation

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 Canada³. 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.

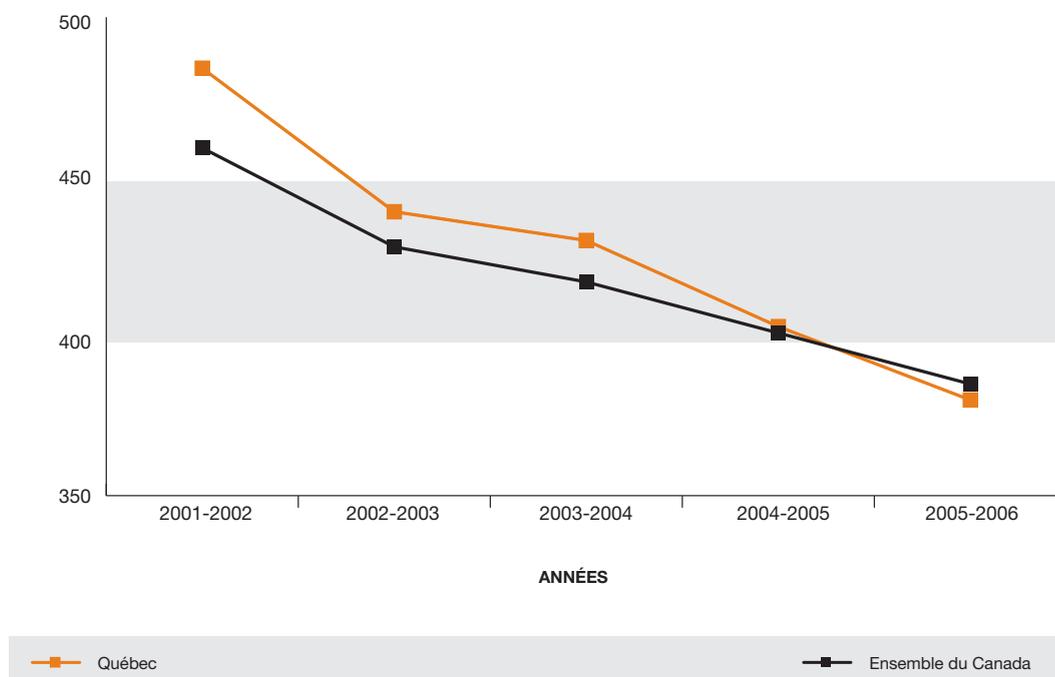
LE QUÉBEC CONNAÎT LA PLUS GRANDE AUGMENTATION ANNUELLE MOYENNE POUR LA PROPORTION DES PERSONNES AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR UNE CHIRURGIE NON URGENTE.

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

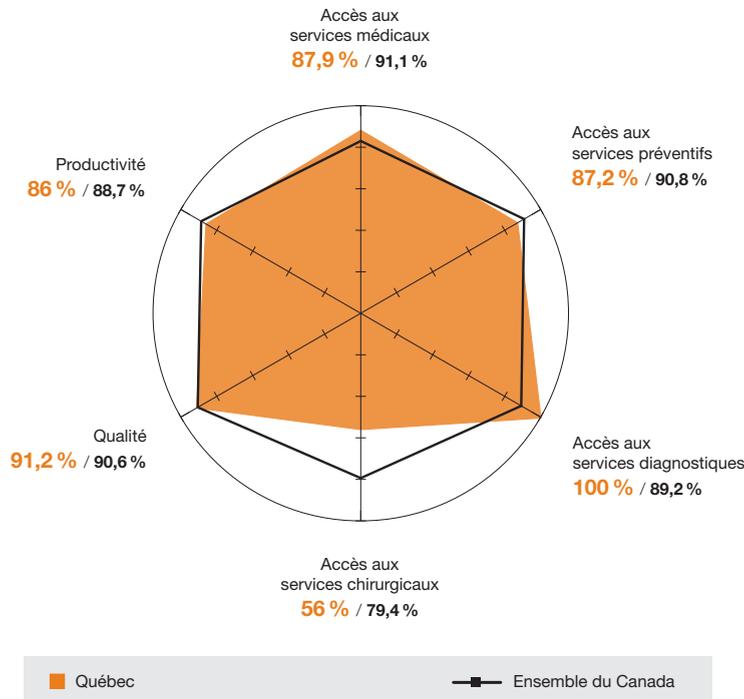


Le score synthétique pour la fonction de production

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 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 santé⁴. 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.

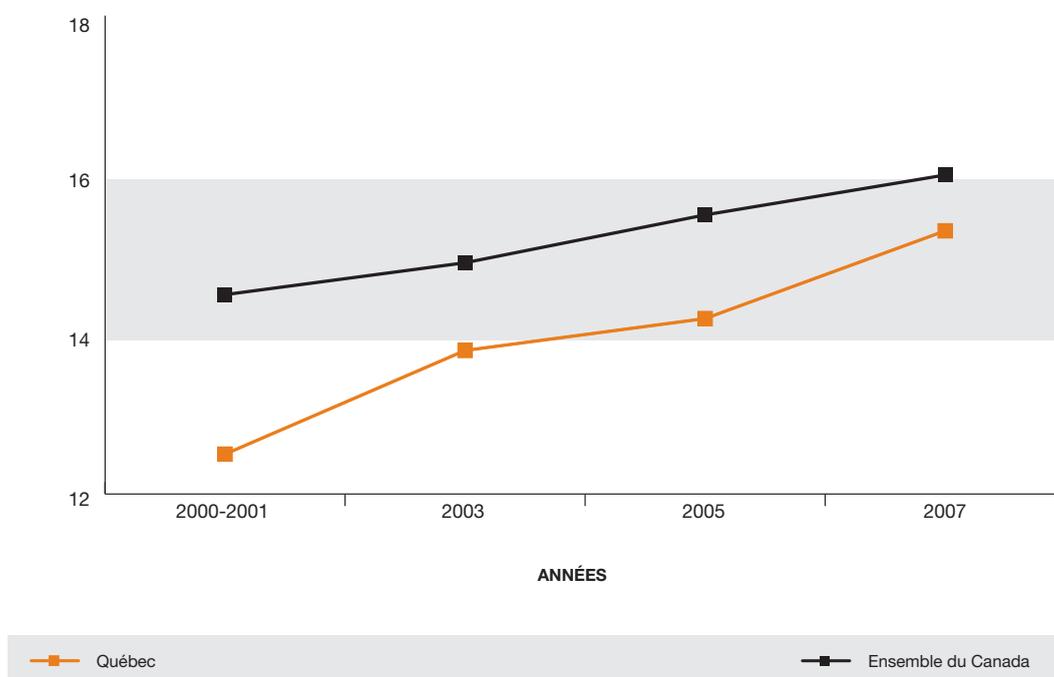
4. Certaines données d'enquêtes récentes suggèrent, par contre, que la proportion de besoins qui ne sont pas satisfaits en matière de santé, ou besoins non comblés, s'accroît au Québec (Levesque et al. 2007).

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

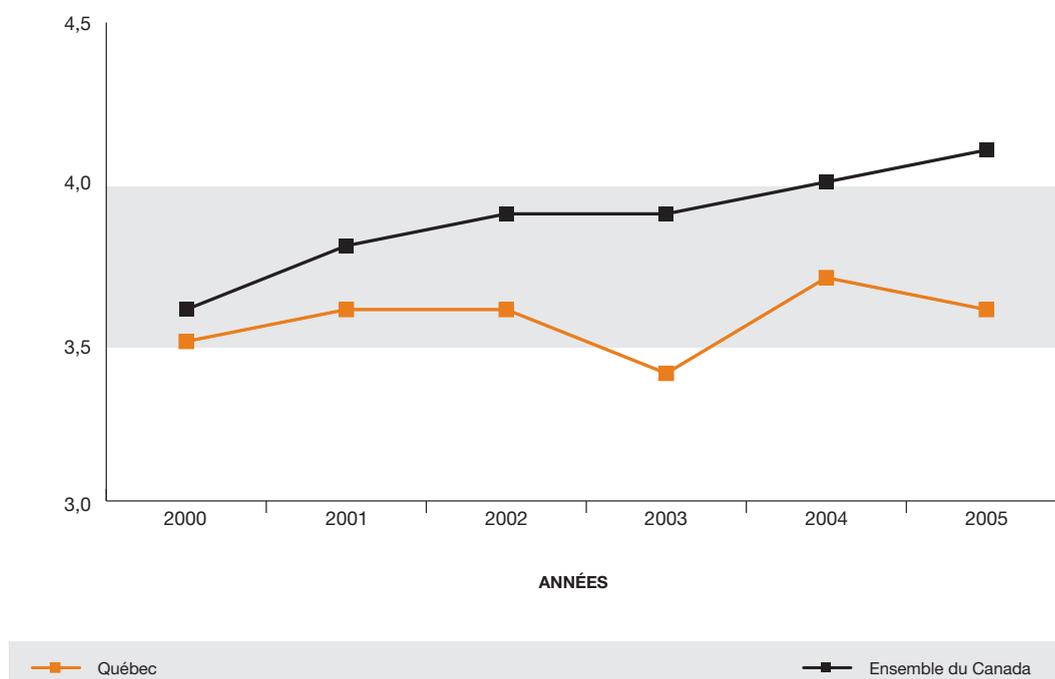
Proportion de la population présentant de l'obésité au Québec et au Canada, en %, 2000-2001 à 2007



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.

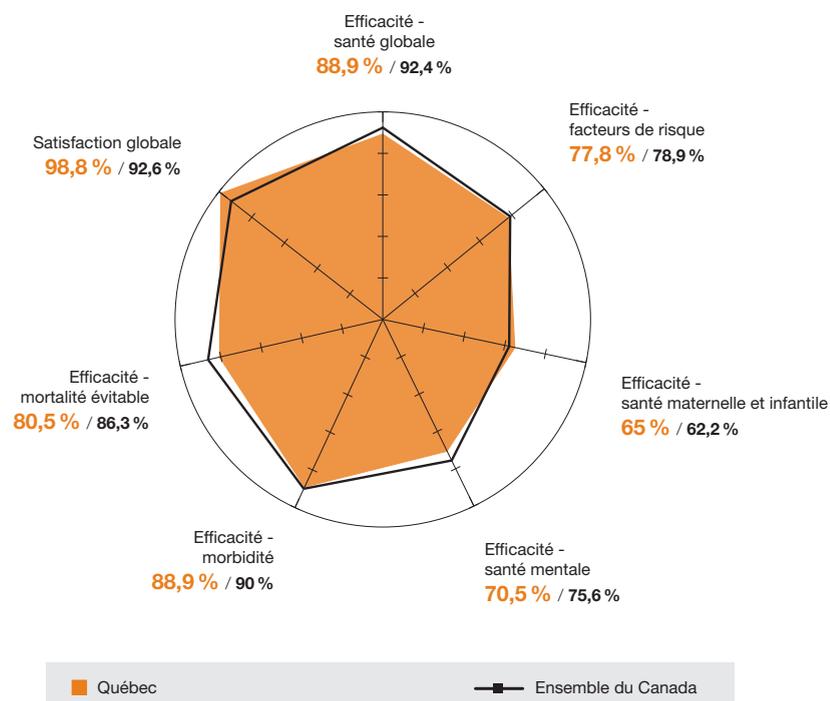
Le score synthétique de l'atteinte des buts

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.

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

Figure 9

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



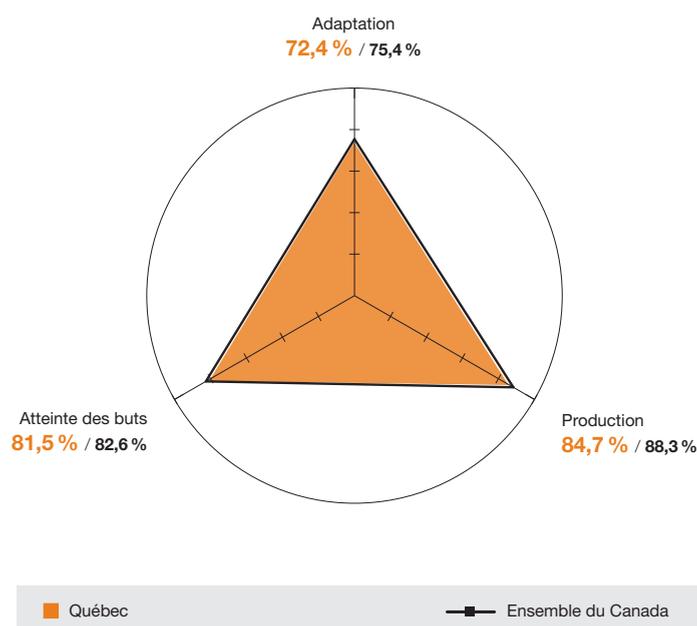
Dans l'ensemble, il convient aussi de noter que les indicateurs de l'atteinte des buts sont ceux qui présentent le moins de variation dans le temps et pour lesquels les écarts entre les provinces sont, en général, moins marqués. Cela peut s'expliquer par le fait que les états de santé d'une population 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 compléter 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 cadre⁵, 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.

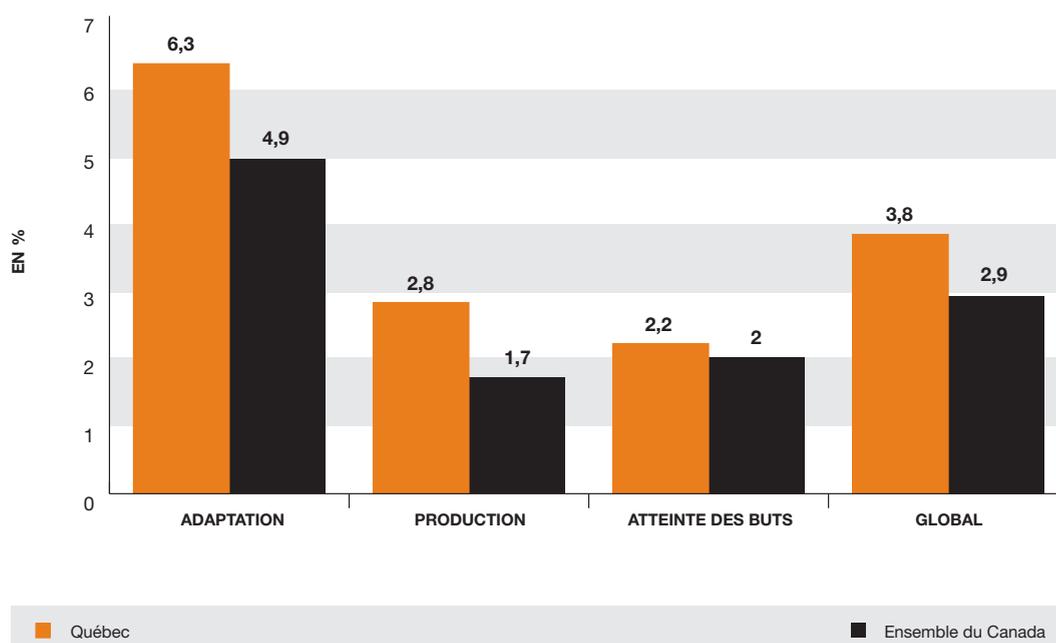
Évolution temporelle de la performance globale

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.

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.

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 monitoring 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'utilisateur 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 influencer 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 monitoring 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 compléter 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).

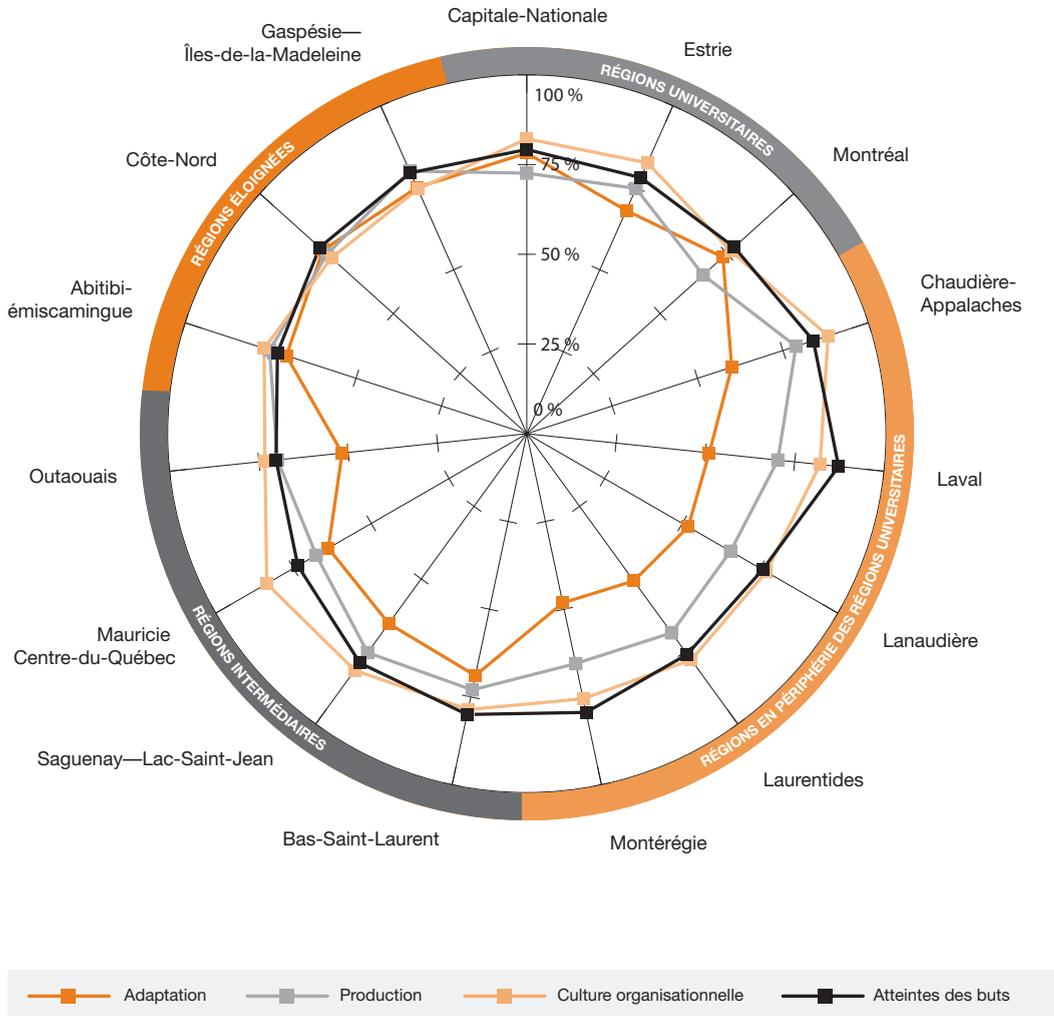
Aperçu global de la performance à l'échelle des régions

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.

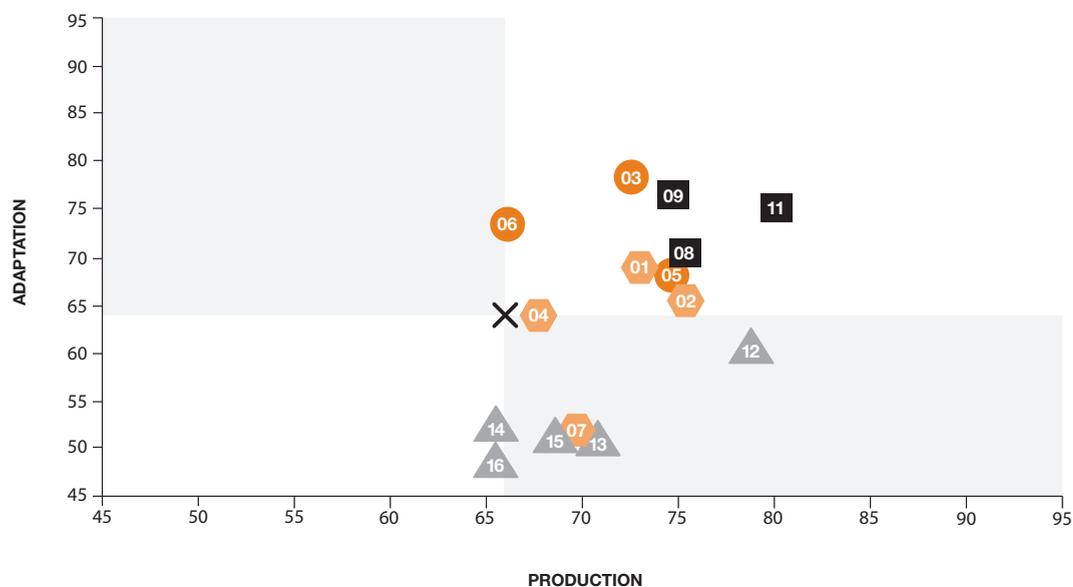
Finalement, le placement des régions en ce qui concerne la fonction d'atteinte des buts suggère des variations moindres d'une région à l'autre. Néanmoins, certaines régions se distinguent favorablement et d'autres, en ce qui concerne l'atteinte des balises, présentent des scores légèrement en dessous 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 %



RÉGIONS UNIVERSITAIRES	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES	RÉGIONS INTERMÉDIAIRES	RÉGIONS ÉLOIGNÉES
03 Capitale-Nationale	12 Chaudière-Appalaches	01 Bas-Saint-Laurent	08 Abitibi-Témiscamingue
05 Estrie	13 Laval	02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	09 Côte-Nord
06 Montréal	14 Lanaudière	04 Mauricie et Centre-du-Québec	11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
	15 Laurentides	07 Outaouais	
	16 Montérégie		

X Ensemble du Québec

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.

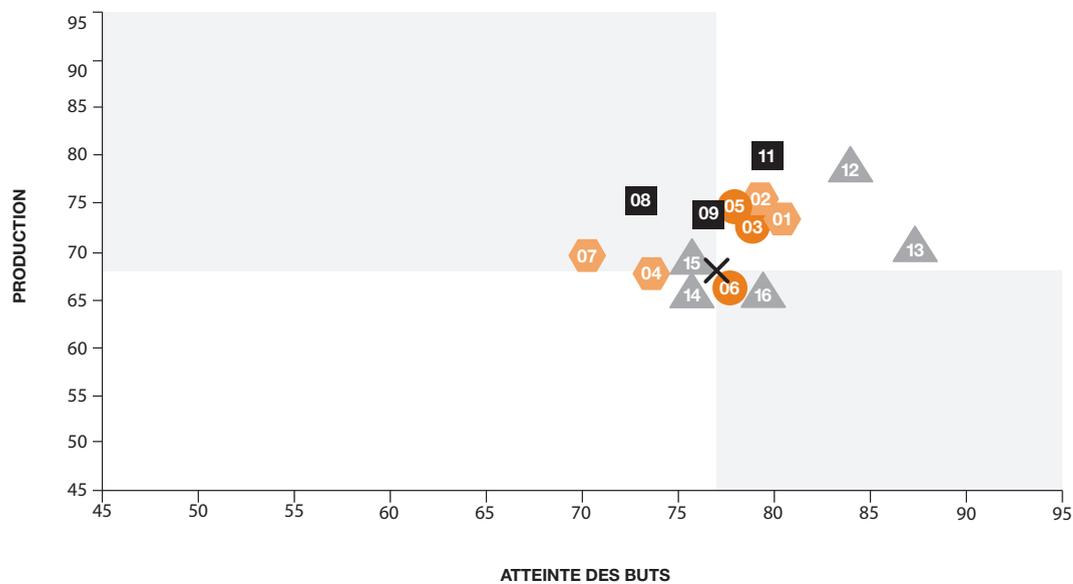
Par contre, une certaine prudence demeure nécessaire dans l'interprétation de tels résultats. Premièrement, si les régions universitaires présentent un niveau d'adaptation nettement supérieur à celui des autres régions du Québec, cette performance résulte, principalement, comme nous l'avons déjà souligné, 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 influencer 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	RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES	RÉGIONS INTERMÉDIAIRES	RÉGIONS ÉLOIGNÉES
03 Capitale-Nationale	12 Chaudière-Appalaches	01 Bas-Saint-Laurent	08 Abitibi-Témiscamingue
05 Estrie	13 Laval	02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	09 Côte-Nord
06 Montréal	14 Lanaudière	04 Mauricie et Centre-du-Québec	11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
	15 Laurentides	07 Outaouais	
	16 Montérégie		

X 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 influencer 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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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		1,09
Taux de médecins d'urgence, pour 100 000 habitants, 2006	Acquisition de ressources humaines	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		18,5
Proportion des médecins généralistes utilisant le courriel pour communiquer avec leurs patients, en %, 2007	Innovations technologiques	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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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		71
Proportion des personnes ayant obtenu un rendez-vous chez le médecin le jour même ou le jour suivant la demande, en %, 2007	Accessibilité des services médicaux	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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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		48
Proportion des médecins généralistes ayant réduit leur nombre d'heures de travail au cours des deux dernières années, en %, 2007	Climat organisationnel — stabilité du personnel	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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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

* 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).

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE / **LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE**

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	MONTREAL
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'exams en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 habitants, 2006	Innovations technologiques	107,1	91	88,5
Nombre d'exams 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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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	MONTRÉGIE	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
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		79,5	76,1	64,3
Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2006	Accessibilité des services médicaux	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 %

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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-MADELINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIÉS-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 <i>C. difficile</i> , 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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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-MADELINE		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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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-MADELINE		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 %

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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	MONTÉRIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELINE		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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
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	MONTÉRIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELINE		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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELINE	
	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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	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-MADELINE	
	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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	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	
	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	Efficacité — santé mentale
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2007	
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2003-2005	Efficacité — morbidité
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2001-2005	
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	Satisfaction globale
Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2006-2007	

* 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

TABLEAUX DES INDICATEURS DE MONITORAGE /
LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC
	CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELINE	
	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



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 PARMIS 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 influencer 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 ?

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.

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.

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 influencer 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.**

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.

**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



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 influencer 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

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

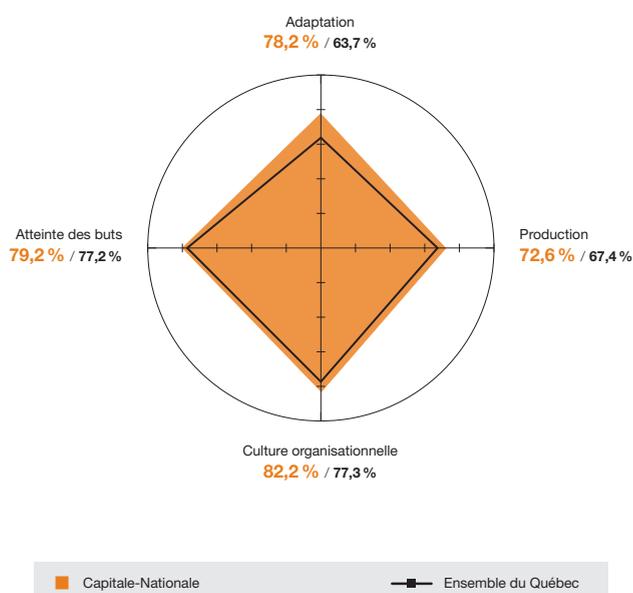
CAPITALE-NATIONALE

RÉGION 03

CONTEXTE GÉNÉRAL

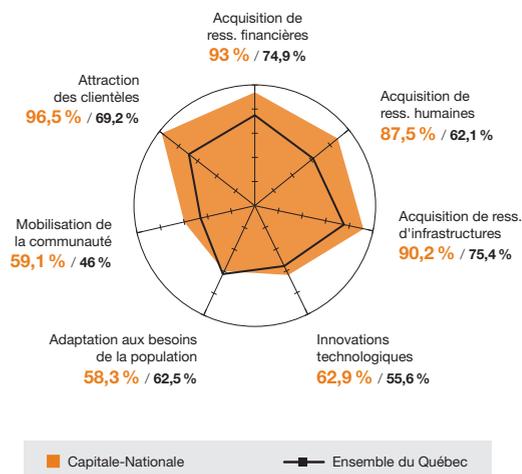
Troisième en importance par sa population, francophone à 98,1 %, la région de la Capitale-Nationale compte 673 423 habitants en 2009, dont 51,3 % sont des femmes, la proportion la plus élevée au Québec. Néanmoins, la région possède un taux d'accroissement démographique inférieur à celui du Québec, avec 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.

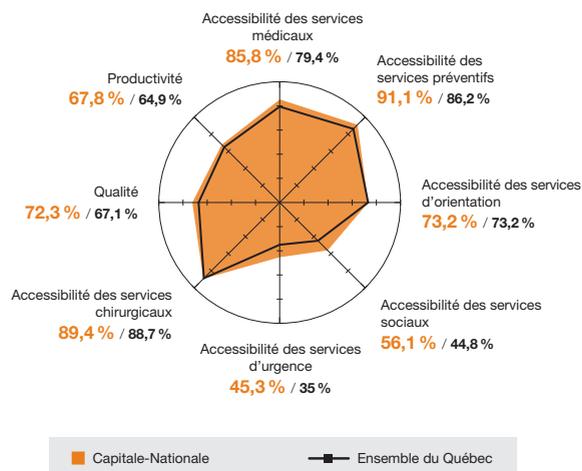
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



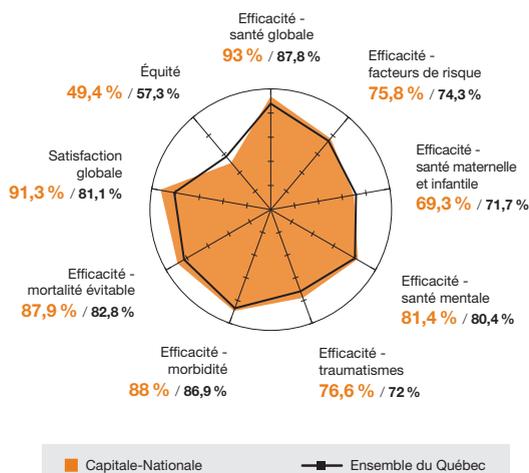
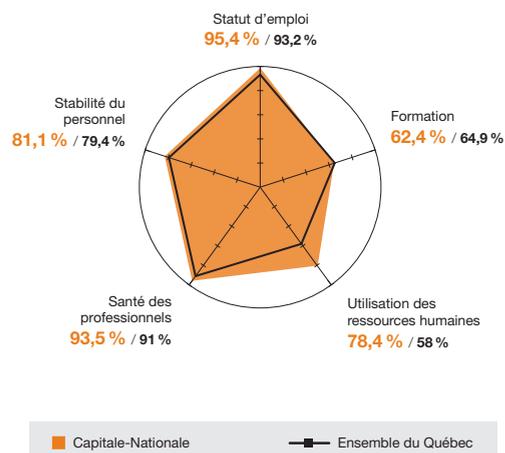
La position de la région de la Capitale-Nationale est avantageuse, puisque cette région occupe le premier rang en ce qui a trait à la fonction d'adaptation (atteinte de la balise dans une proportion de 78,2 %). Pour la plupart des sous-dimensions, cette région obtient des résultats au-dessus de ceux 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.

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.

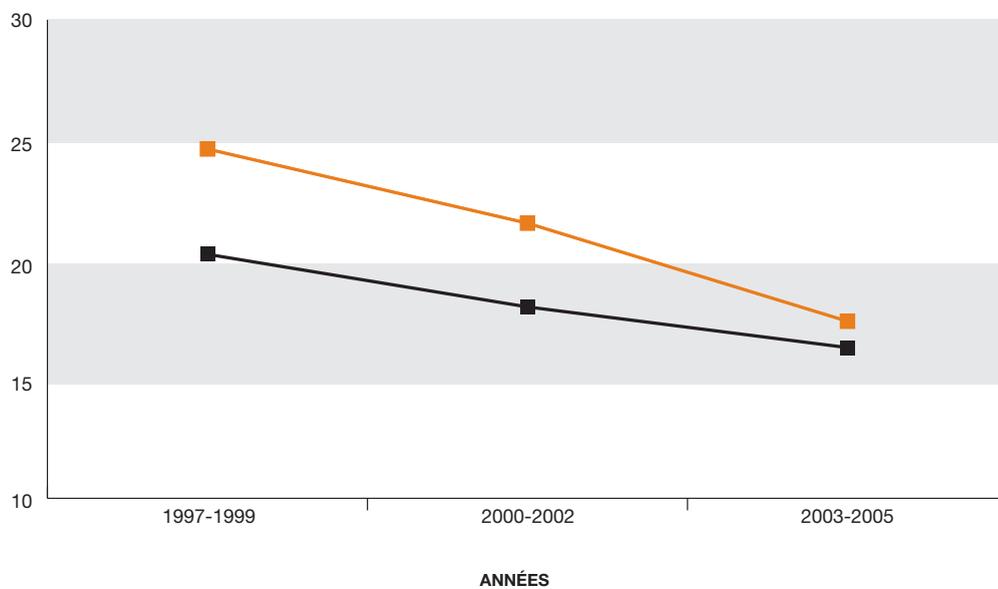
Au regard des indicateurs relatifs aux pratiques préventives, le bilan de la Capitale-Nationale est également bon. On y trouve le deuxième plus haut taux de dépistage par mammographie et le troisième meilleur résultat pour la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont vaccinées contre 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.

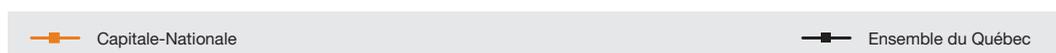
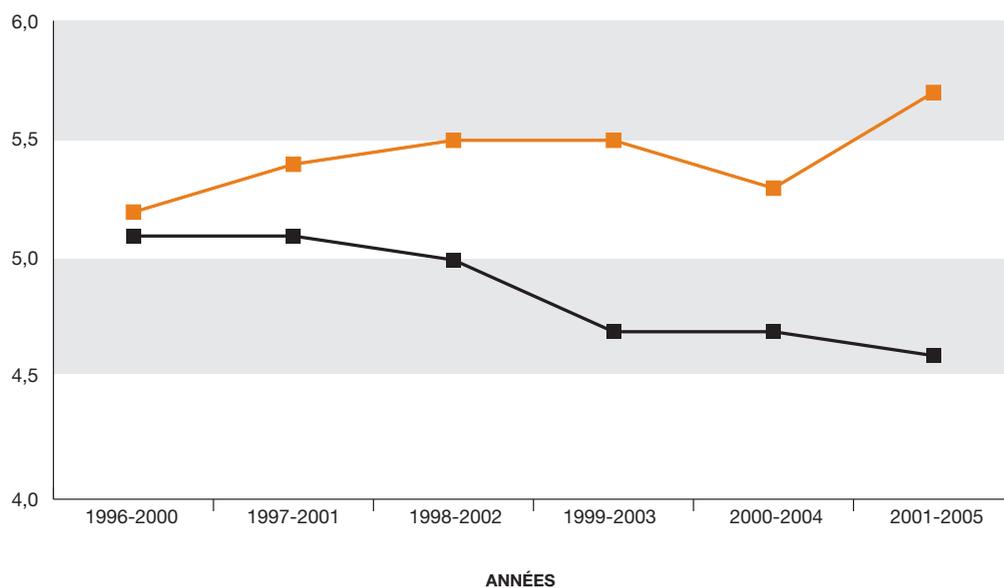
TENDANCE TEMPORELLE

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



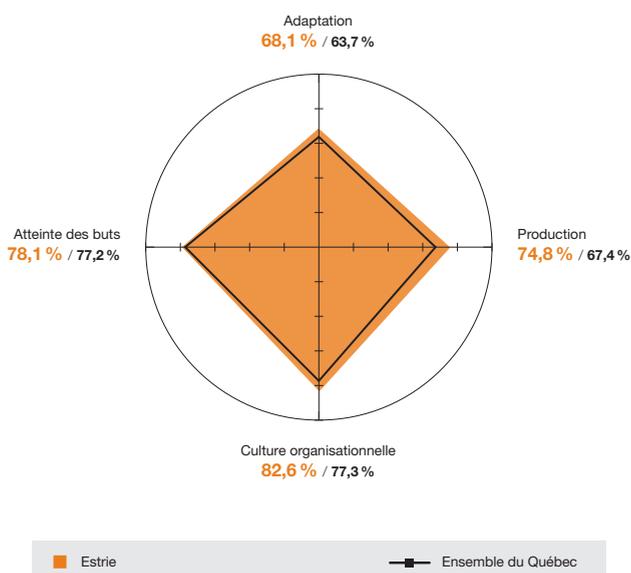


RÉGION UNIVERSITAIRE
ESTRIE
RÉGION 05

CONTEXTE GÉNÉRAL

En 2009, la population de l'Estrie se chiffre à 307 980 habitants, ce qui en fait la dixième région la plus peuplée 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.

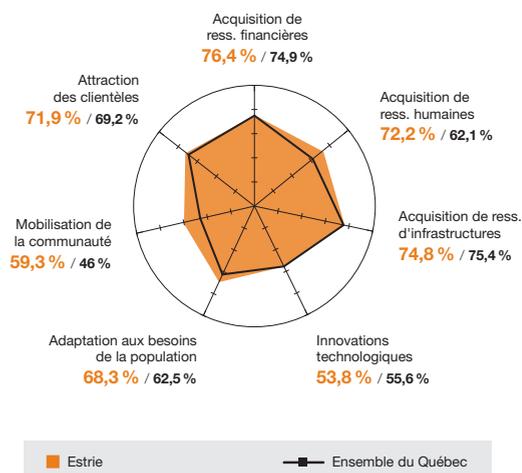
APERÇU GLOBAL



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.

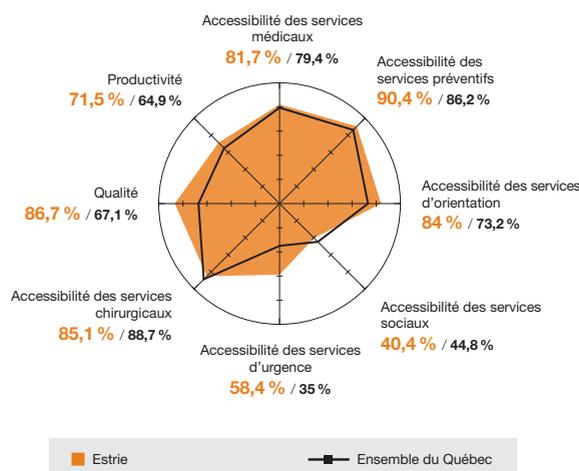
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



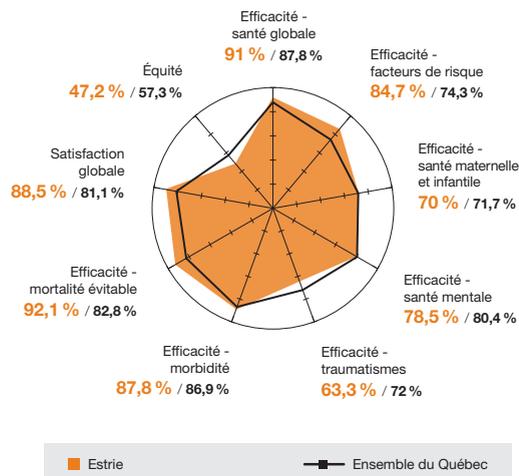
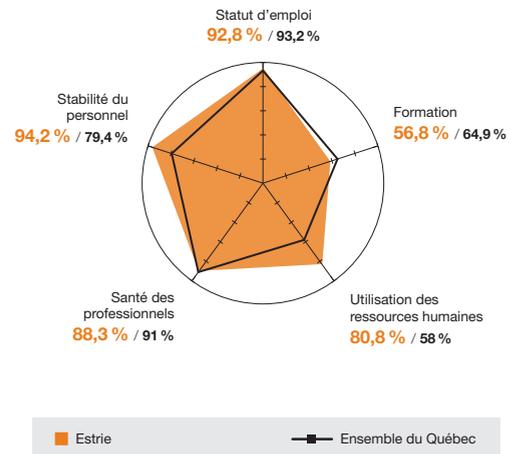
avec les Laurentides) et la mobilisation de la communauté (59,3 %). En tant que région universitaire, l'Estrie obtient également un score positif pour l'attraction des usagers avec un résultat de 71,9 % en ce qui concerne l'atteinte de la balise, comparativement à 69,2 % pour l'ensemble du Québec étant 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.

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

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.

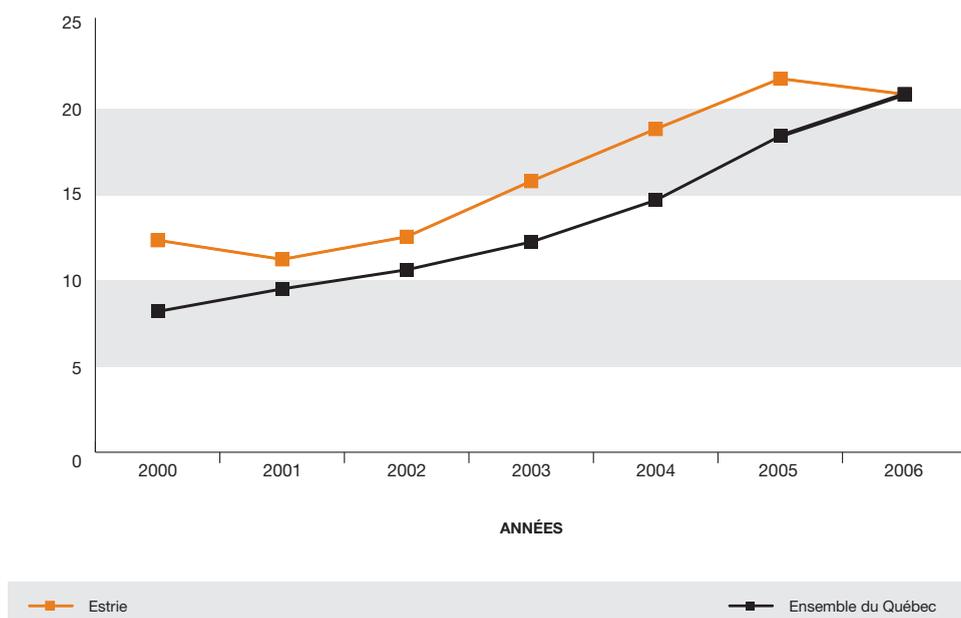
Pour la production, les indicateurs qui constituent une excellente performance sont répartis dans plusieurs sous-dimensions portant sur la fonction de production, sauf pour celles de l'accessibilité des services sociaux et des services chirurgicaux, où de moins bonnes performances sont observées. Néanmoins, 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'examen en imagerie par résonance magnétique (IRM), bien qu'en 2006, les résultats obtenus par l'ensemble du Québec l'aient rattrapée.

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



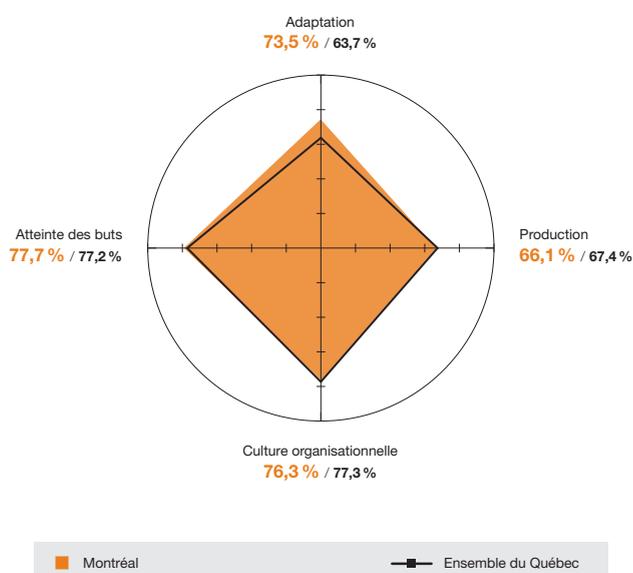


RÉGION UNIVERSITAIRE
MONTRÉAL
RÉGION 06

CONTEXTE GÉNÉRAL

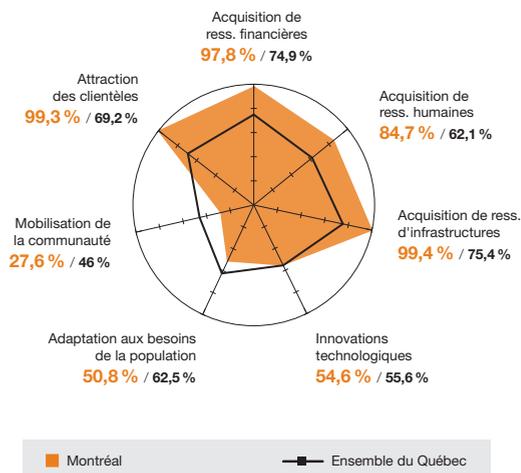
Région essentiellement urbaine, Montréal, la plus peuplée des régions sociosanitaires du Québec, compte 1 937 651 habitants en 2009. Montréal est aussi la région la plus diversifiée sur le plan démographique. Selon les données du recensement de 2001, on dénombre, entre autres, près de 28 % d'immigrants 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.

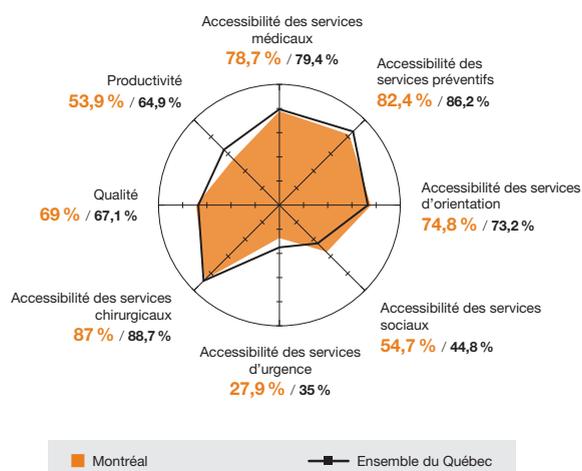
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



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

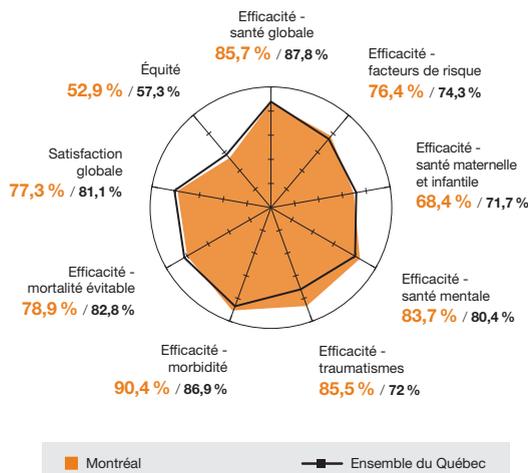
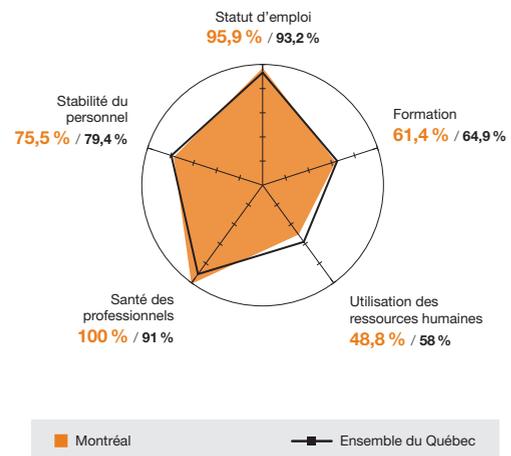
la Montérégie, de Lanaudière, des Laurentides et même du Nunavut et des Terres-Cries-de-la-Baie-James y ont recours. En conséquence, elle se place en première ou en deuxième place pour toutes les sous-dimensions liées à l'acquisition des ressources avec un résultat supérieur de 22 à 24 points de pourcentage 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.

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 attirée 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.

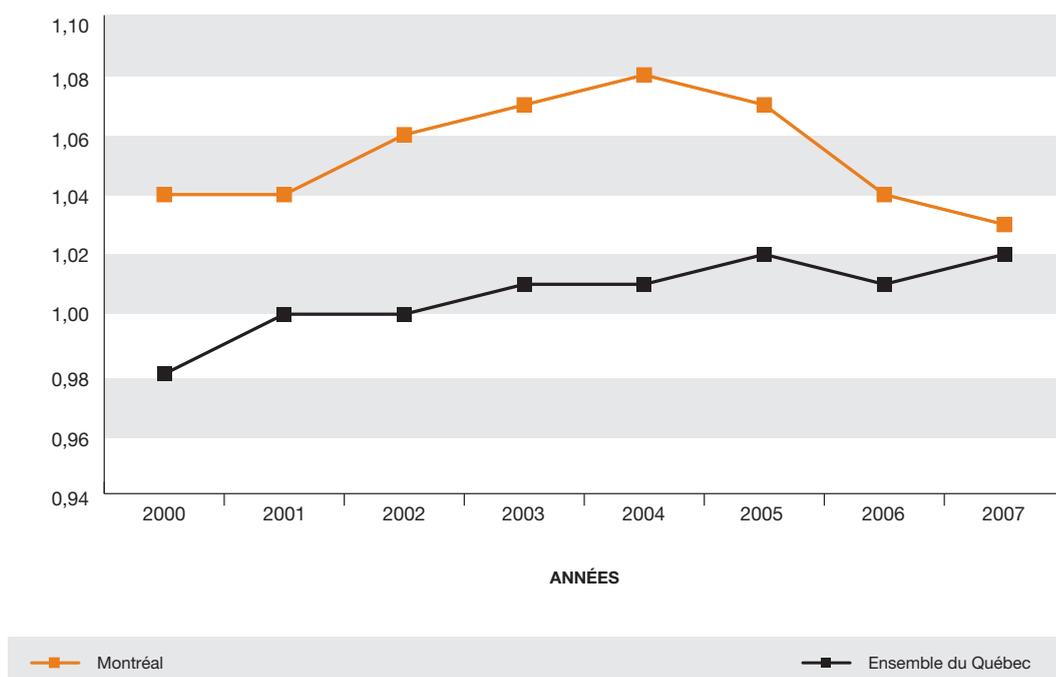
Pour ce qui est des indicateurs de la production, Montréal se distingue négativement pour bon nombre de ceux qui sont reliés aux services de première ligne. Par exemple, Montréal présente un bilan pour lequel seulement 64,3 % des habitants de la région déclarent avoir un médecin de famille (dernier rang) 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).



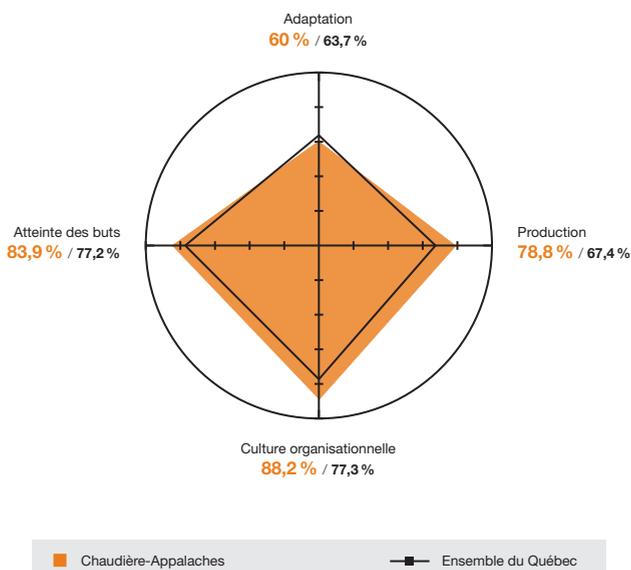
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

CHAUDIÈRE-APPALACHES
RÉGION 12

CONTEXTE GÉNÉRAL

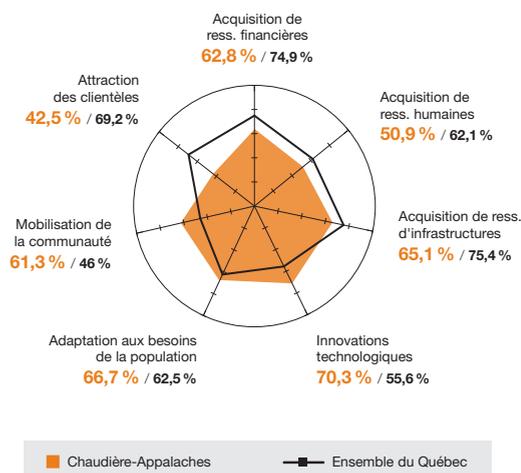
En 2009, la région de la Chaudière-Appalaches compte 396 672 habitants. Sa structure démographique est semblable à celle du Québec sous plusieurs aspects, surtout pour ce qui est de la répartition par âge. Comme pour le Bas-Saint-Laurent, la population y est relativement homogène : 99,6 % de la population 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.

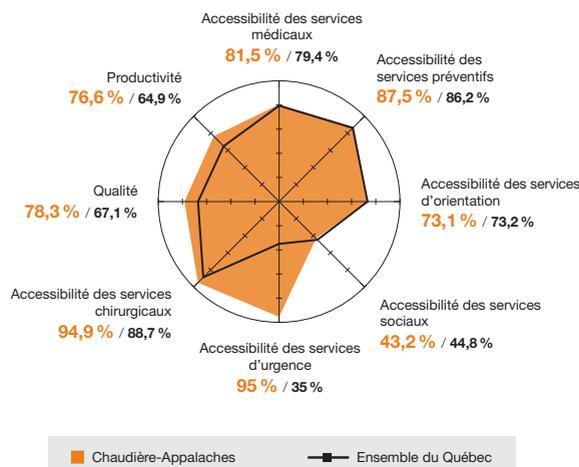
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



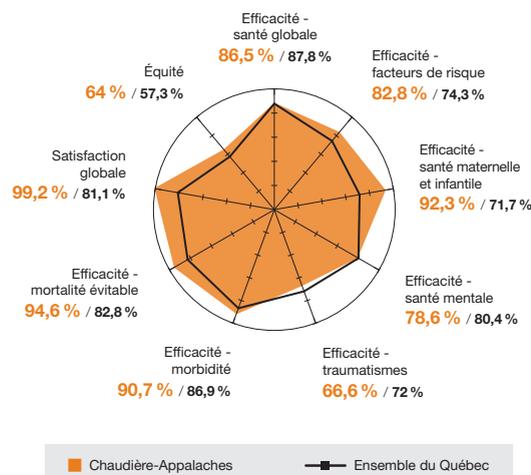
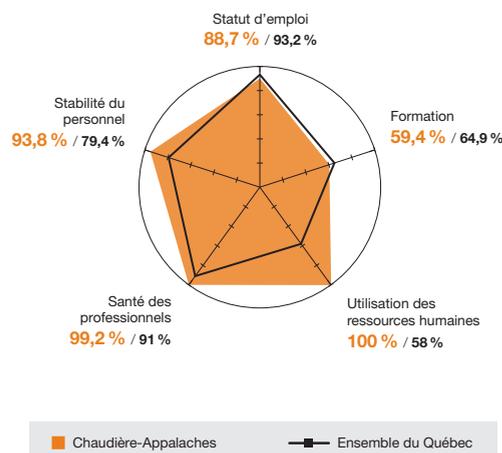
particulièrement élevés pour les innovations technologiques (deuxième rang) et pour la mobilisation de la communauté (sixième rang) avec un taux supérieur d'environ 15 points par rapport à celui du Québec. Pour ce qui est de l'attraction des usagers, la proximité de la région universitaire de la Capitale-Nationale est aussi ressentie avec le plus faible taux de rétention des hospitalisations au Québec.

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

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.



Conséquent 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'examen 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).

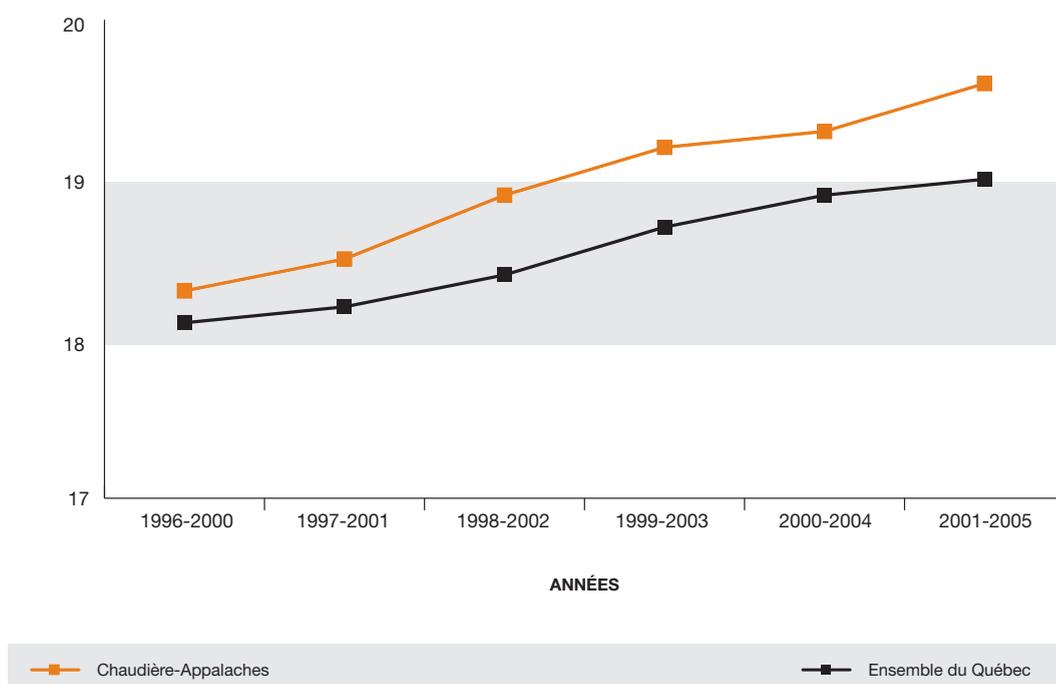
Les services d'urgence retiennent l'attention dans la Chaudière-Appalaches avec une durée moyenne des séjours sur civière à l'urgence de 11,9 heures, comparativement à 16,5 heures pour le Québec, et avec seulement 0,3 % de ces séjours qui durent 48 heures ou plus, ce qui en fait la plus faible proportion 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





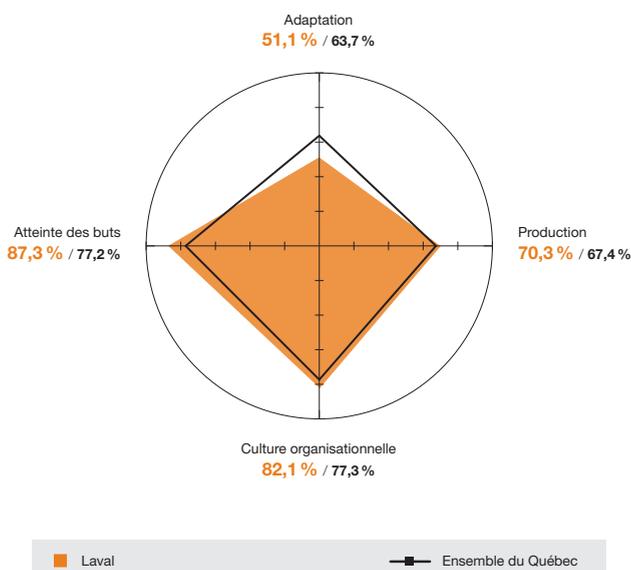
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LAVAL
RÉGION 13

CONTEXTE GÉNÉRAL

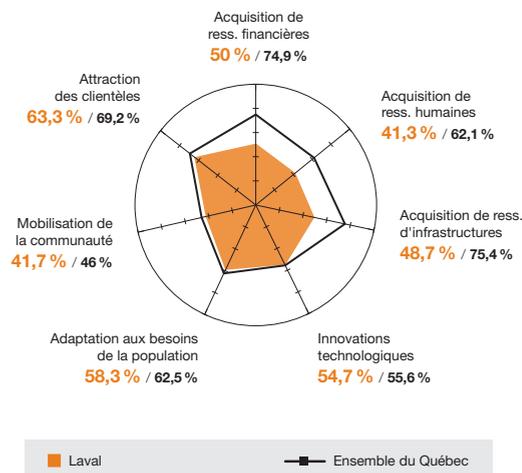
Avec un accroissement populationnel plus rapide que celui du Québec, la région de Laval compte 375 699 habitants en 2009. Après Montréal, c'est la région qui accueille la plus forte proportion d'immigrants avec un taux de 15,5%. D'ailleurs, un peu plus de 10% de la population lavalloise parle anglais 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.

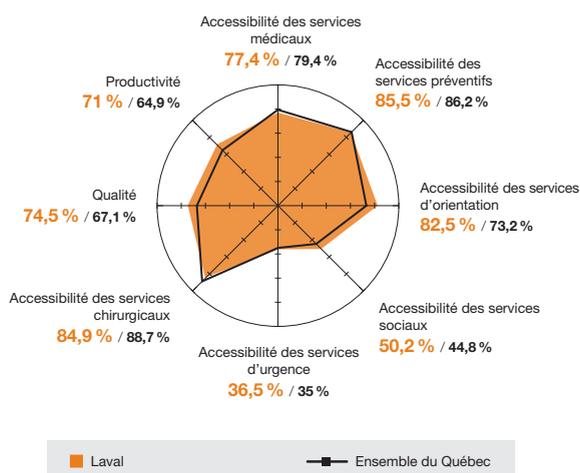
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



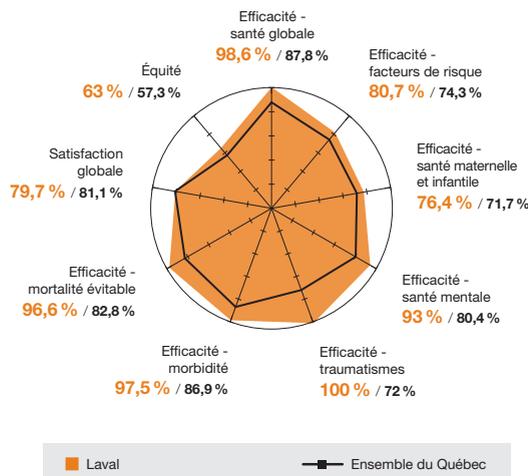
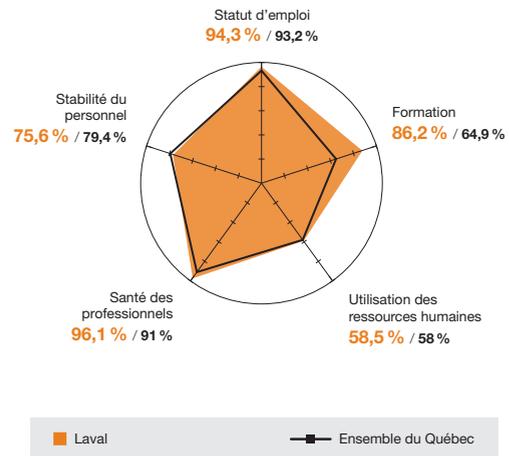
En adaptation, la région de Laval atteint la balise à 51,1 %, ce qui la classe au treizième rang au Québec. Dans l'univers des régions en périphérie des régions universitaires, ce résultat se situe entre ceux de Lanaudière et des Laurentides. Conformément au profil type de ce genre de région, nous y 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.



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 %.

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

APERÇU PAR INDICATEUR

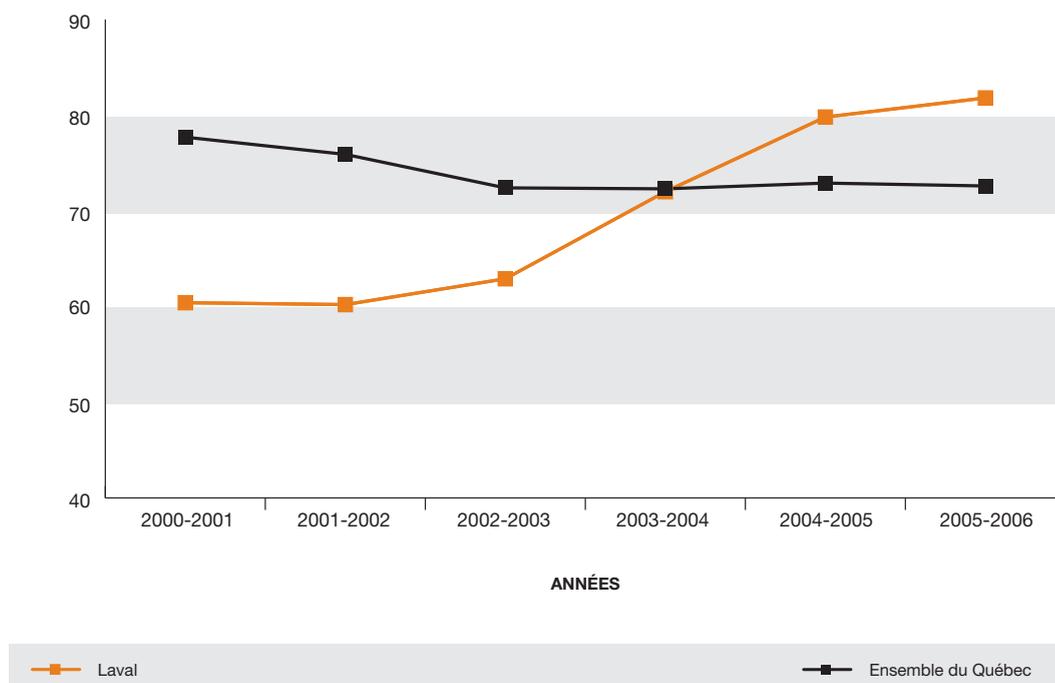
Dans l'ensemble, Laval se décrit mieux par sa vue d'ensemble que par les indicateurs pris isolément. Néanmoins, certains de ceux-ci peuvent être utiles pour comprendre les spécificités quant à la performance de cette région. Ainsi, notons d'abord que les services préventifs dans la région sont généralement 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'utilisateurs 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





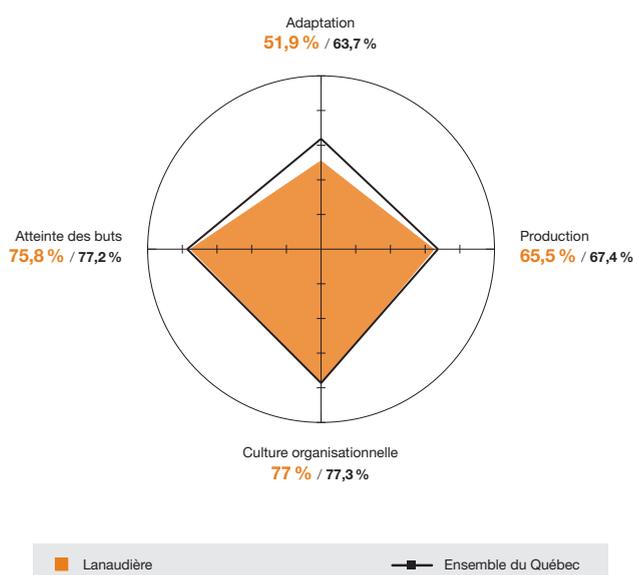
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

LANAUDIÈRE
RÉGION 14

CONTEXTE GÉNÉRAL

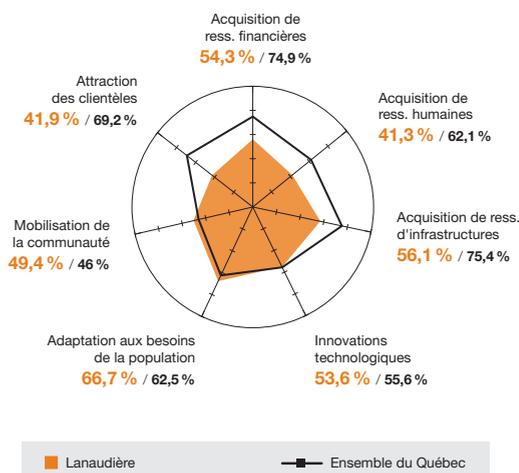
Avec 427 186 habitants en 2009, la région de Lanaudière présente une population considérablement jeune; une proportion de 16,2% de cette population est constituée de personnes âgées de 15 ans ou moins, la deuxième proportion la plus élevée au Québec. Majoritairement francophone, cette région démontre 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.

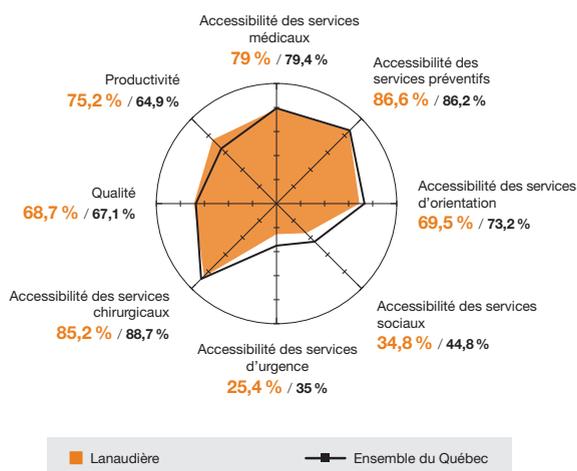
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



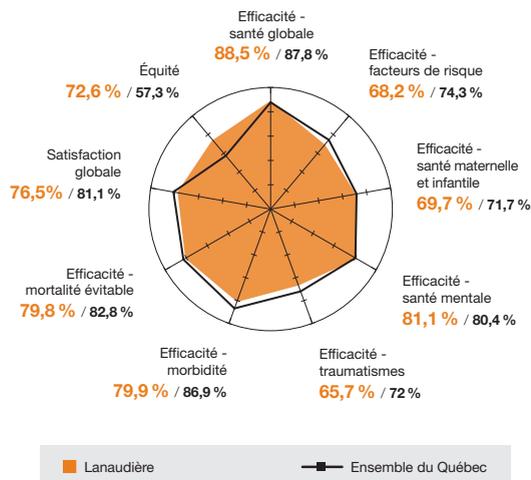
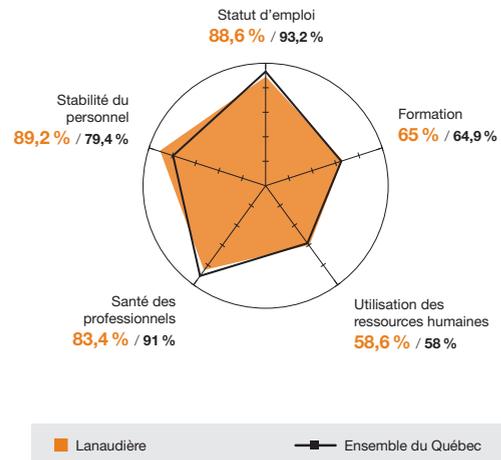
Avec un score de 51,9 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, la région de Lanaudière se situe au onzième rang, presque 12 points en dessous du résultat québécois pour la fonction d'adaptation. Ce résultat est conforme au profil constaté dans le groupe des régions situées en périphérie des régions 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 %.



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 %.

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

APERÇU PAR INDICATEUR

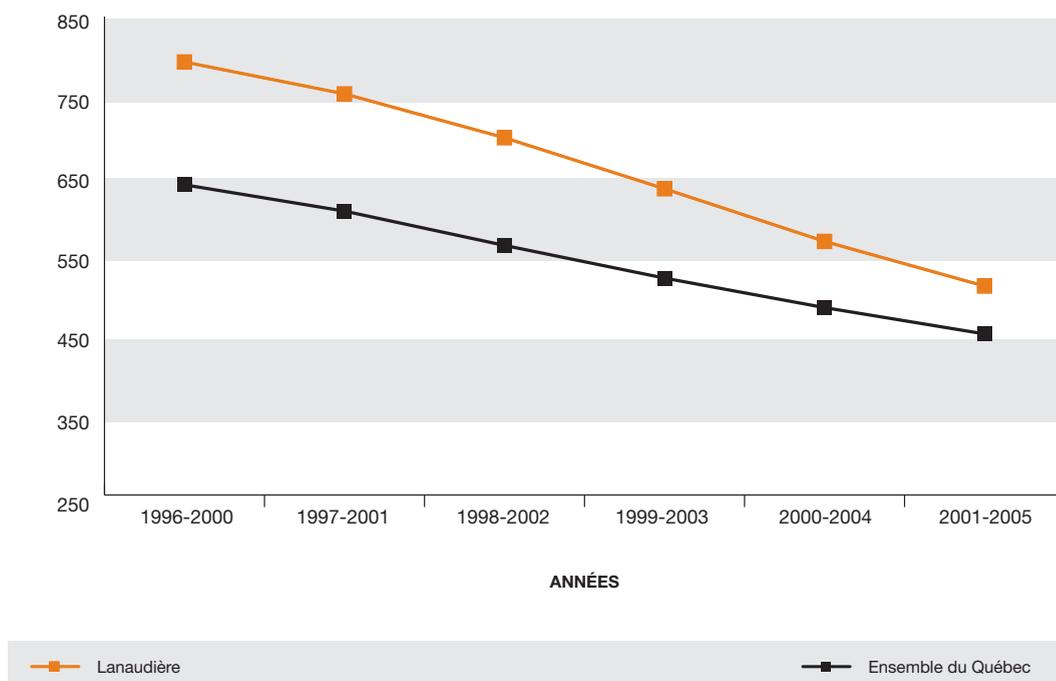
Toujours pour la région de Lanaudière, quelques indicateurs expriment des caractéristiques de performances particulières. D'abord, notons que l'on y retrouve la plus importante proportion de la population qui déclare avoir consulté un médecin dans la dernière année, soit 82,2 %. Toutefois, il semble 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.

Enfin, 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

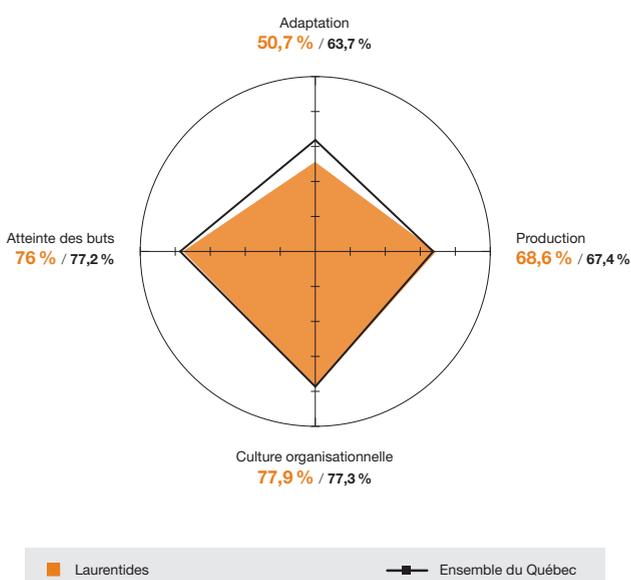
LAURENTIDES

RÉGION 15

CONTEXTE GÉNÉRAL

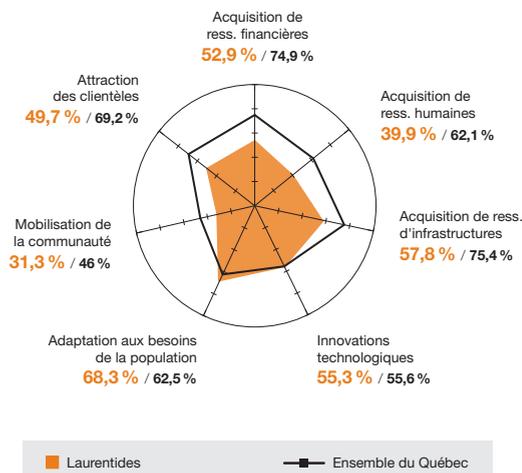
Au cours des dernières années, la région des Laurentides a connu une poussée remarquable sur le plan démographique. Cette démographie étant influencée par la proximité de la région montréalaise, elle a atteint le nombre de 529 569 habitants en 2009, ce qui en fait la quatrième région en importance au 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



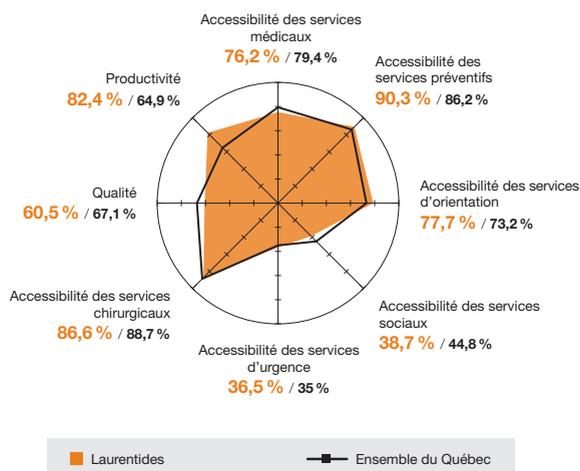
Lorsqu'on examine globalement l'ensemble des quatre fonctions dont il est question dans le présent document, la région des Laurentides se situe dans la moyenne des régions du Québec. Dans ce groupe de régions en périphérie des régions universitaires, la région des Laurentides est conforme au profil type, 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.

APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS

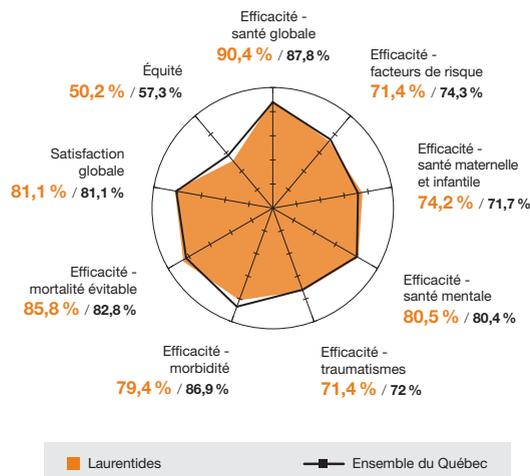
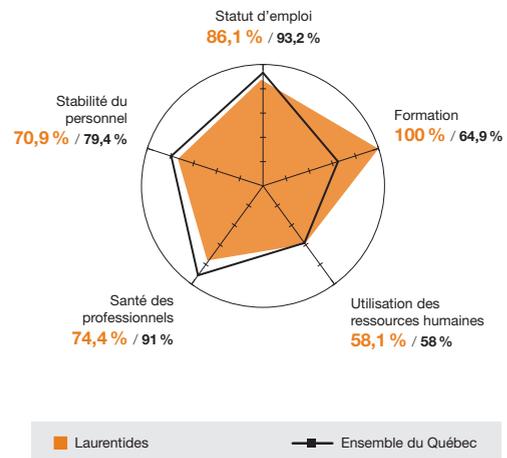


Laurentides qui consomment des services dans leur région de résidence comparativement à ce que nous retrouvons dans la plupart des régions du Québec. Cependant, la région des Laurentides offre également un nombre considérable de services aux résidents des autres régions avec un taux de desserte extrarégionale 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 %).

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.

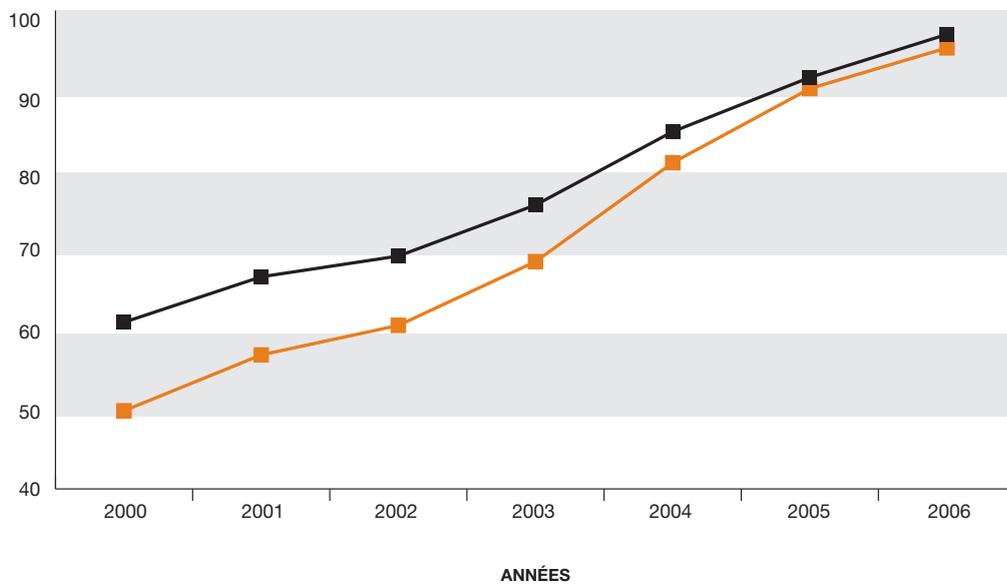
Parmi les indicateurs de la production, la région des Laurentides se classe en première position parmi les régions du Québec pour sa proportion de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi un test de Pap; en effet, le résultat obtenu à ce sujet atteint 78,3 %. De plus, la région ne présente aucun délai 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.

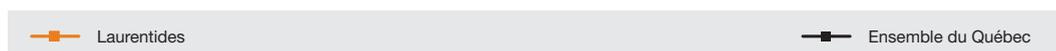
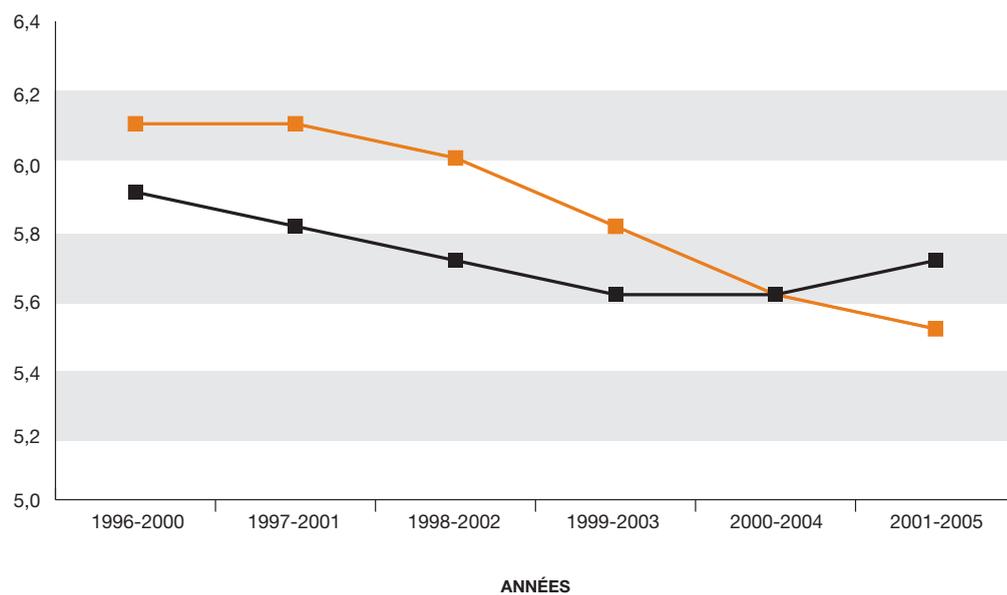
TENDANCE TEMPORELLE

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'examen 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'examen en tomodynamométrie (TDM), pour 1 000 habitants, 2000 à 2006



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





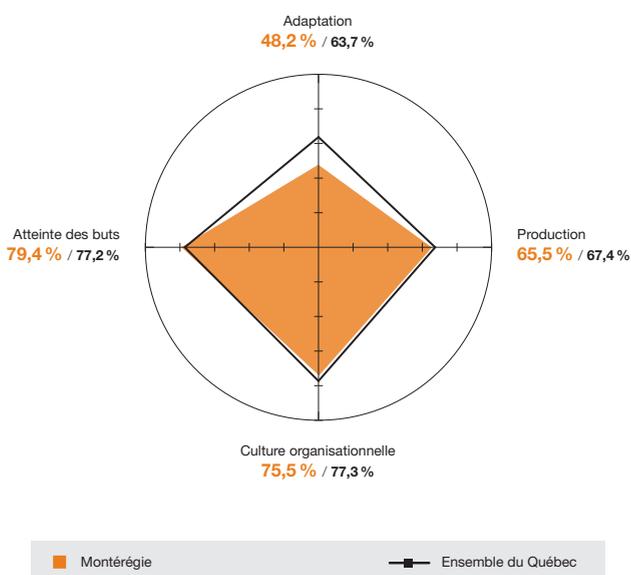
RÉGION EN PÉRIPHÉRIE
DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

MONTÉRÉGIE
RÉGION 16

CONTEXTE GÉNÉRAL

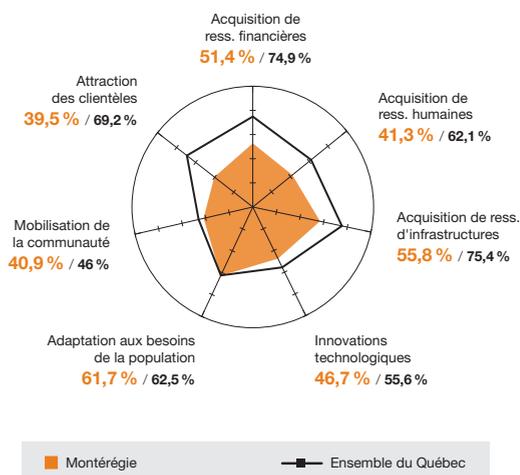
La Montérégie constitue une région relativement jeune. Comptant 1 383 315 habitants en 2006, elle est considérée comme la deuxième région à être la plus peuplée après Montréal. Sa population est francophone dans une proportion de 88,9 % et elle se classe au troisième rang pour son pourcentage de population 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

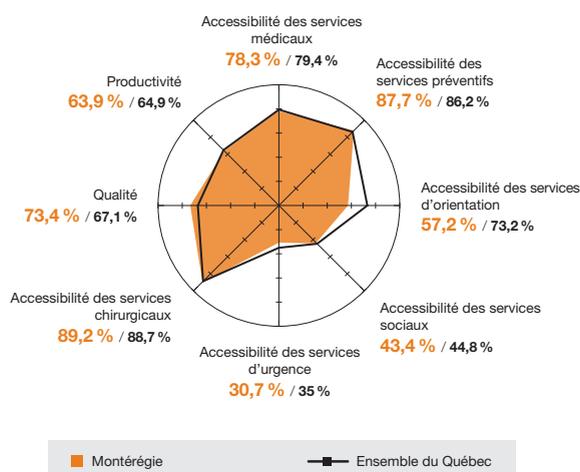


En ce qui concerne l'atteinte de la balise d'adaptation, le résultat de 48,2 % obtenu par la Montérégie fait en sorte que cette région se classe en dernière position dans l'ensemble du Québec et par rapport au groupe de régions dont il est ici question. Cette capacité limitée d'adaptation se traduit 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

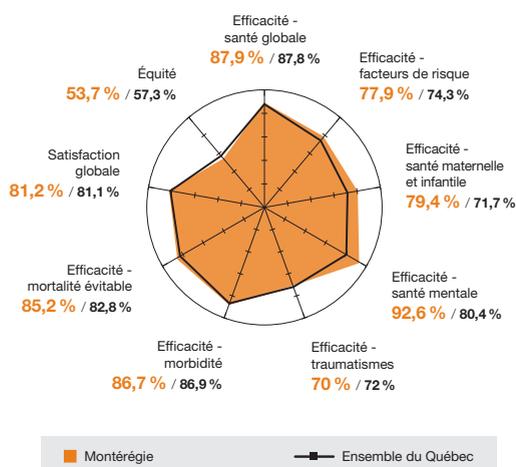
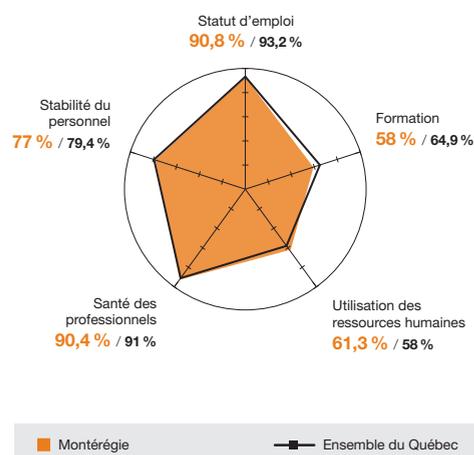
extrarégionale peu élevée et un faible taux de rétention des hospitalisations, lequel témoigne de son contexte de proximité avec Montréal. Concrètement, cela revient à affirmer que seulement 68,1 % des hospitalisations destinées aux résidents de la Montérégie sont faites dans la région, alors que 3,2 % des hospitalisations faites dans la région sont destinées à une population venant de l'extérieur de la Montérégie.

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).

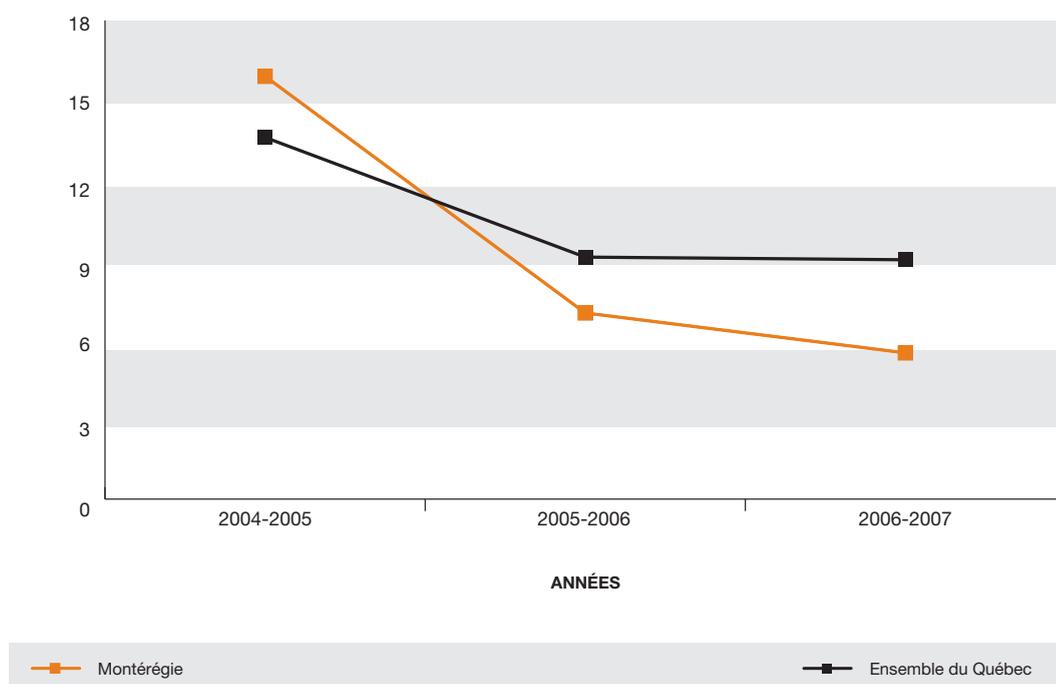
En production, notons d'abord que les stratégies adoptées par rapport à la vaccination contre l'influenza, à la mammographie de dépistage du cancer du sein et au dépistage du cancer du col de l'utérus obtiennent des taux qui, généralement, équivalent à ceux des autres régions du Québec. Néanmoins, nous 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

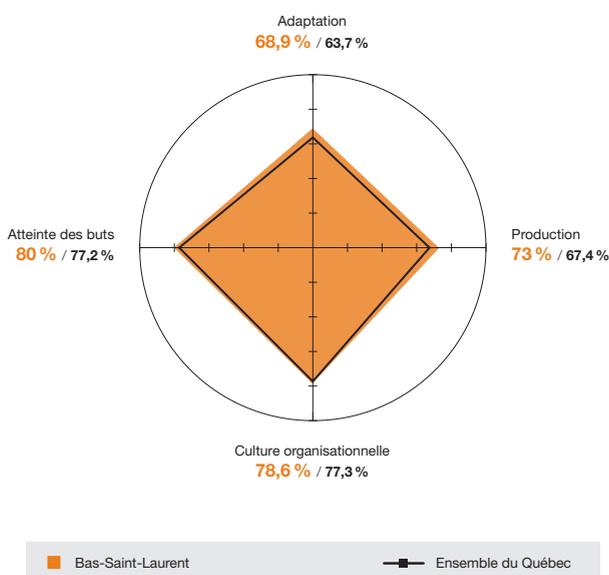
BAS SAINT-LAURENT

RÉGION 01

CONTEXTE GÉNÉRAL

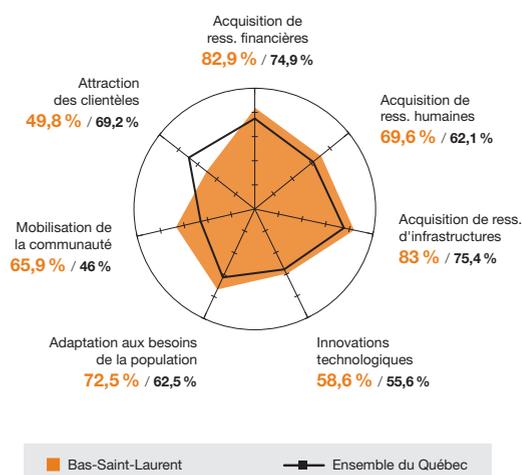
En 2009, le Bas-Saint-Laurent compte un peu moins de 200 000 habitants. Cette région se classe deuxième au Québec en ce qui concerne le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus qui s'y trouvent. De plus, la population de cette région est la deuxième population la plus âgée du Québec avec un âge 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.

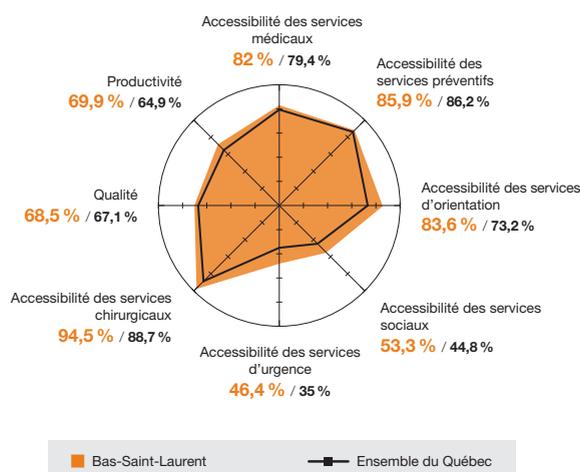
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



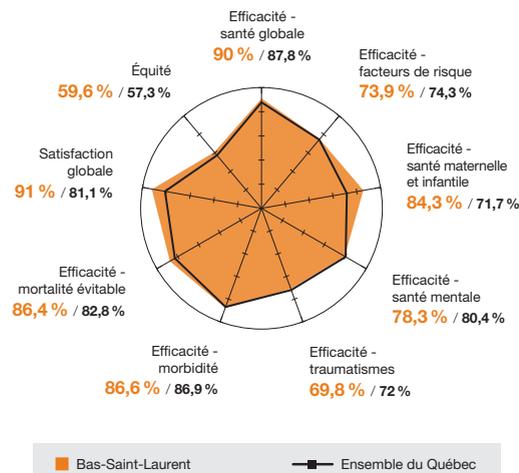
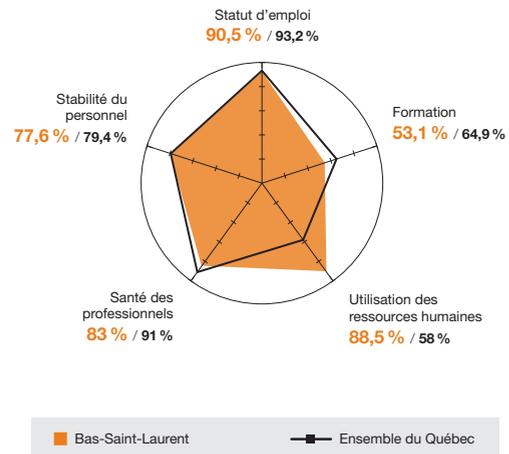
qui concerne l'acquisition de ressources financières et de 72,5 % en ce qui concerne l'adaptation aux besoins de la population, le Bas-Saint-Laurent obtient le cinquième rang. Et, avec un résultat de 69,6 % en ce qui concerne l'acquisition de ressources humaines et de 58,6 % pour ce qui est des innovations 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.

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

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.

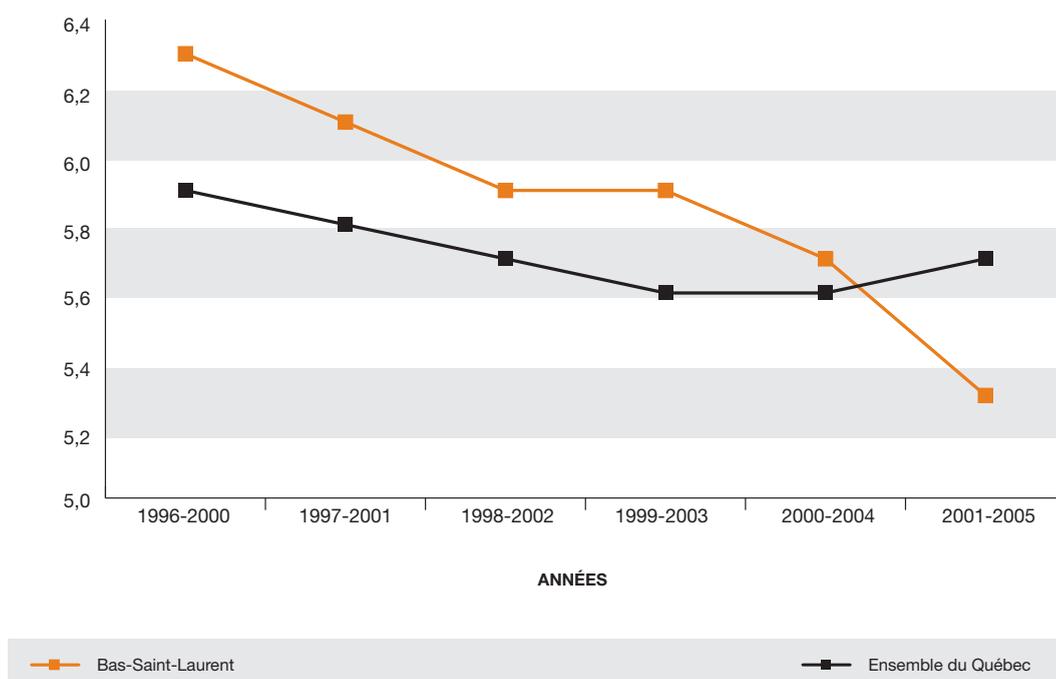
Pour les indicateurs de l'accessibilité, le Bas-Saint-Laurent se classe dans les trois premiers rangs pour la proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille, pour le taux d'accessibilité globale aux services sociaux et pour le taux d'arthroplasties de la hanche. Toutefois, dans la 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

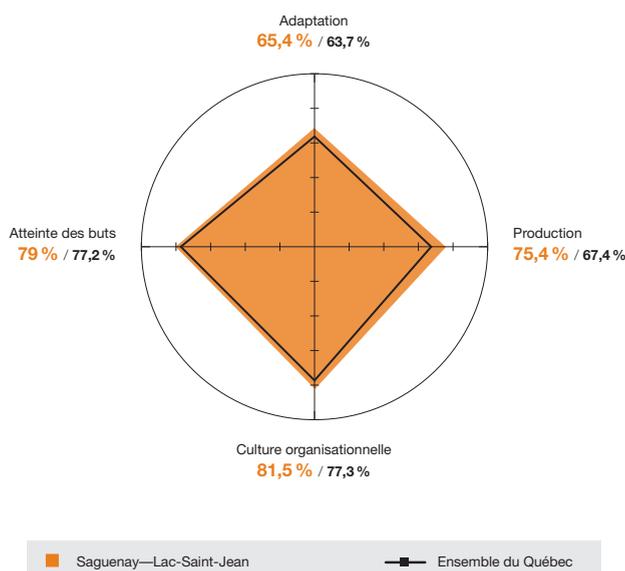
SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN

RÉGION 02

CONTEXTE GÉNÉRAL

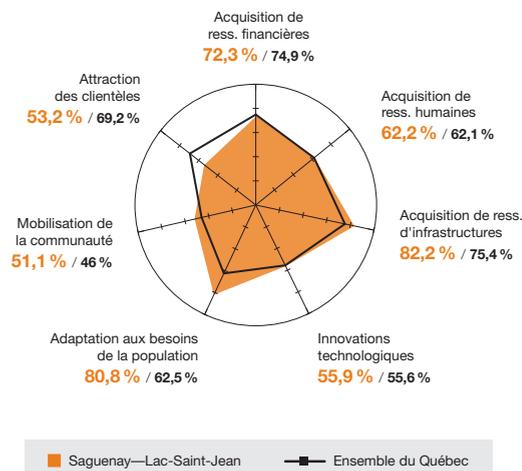
En 2009, 271 243 personnes habitent le Saguenay—Lac-Saint-Jean, ce qui représente la plus faible population qu’ait connue cette région depuis les trente dernières années. Presque entièrement francophone et comptant peu d’immigrants, la population du Saguenay—Lac-Saint-Jean est relativement homogène, 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



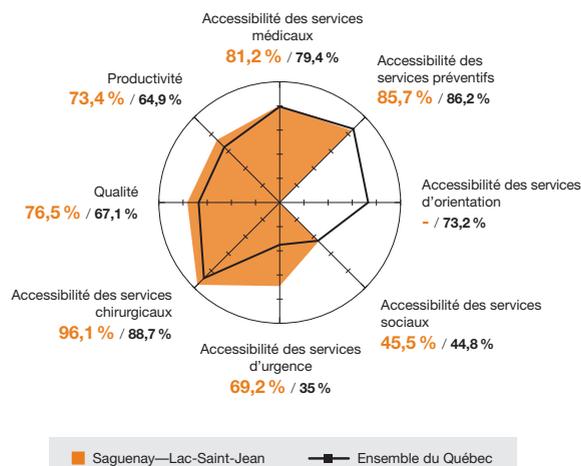
Globalement, lorsqu’on examine l’ensemble des indicateurs et des sous-dimensions pour la région, le Saguenay—Lac-Saint-Jean se situe au quatrième rang parmi les régions qui obtiennent les meilleurs résultats à l’égard de la production des services, et il se place au sixième rang en ce qui concerne la 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

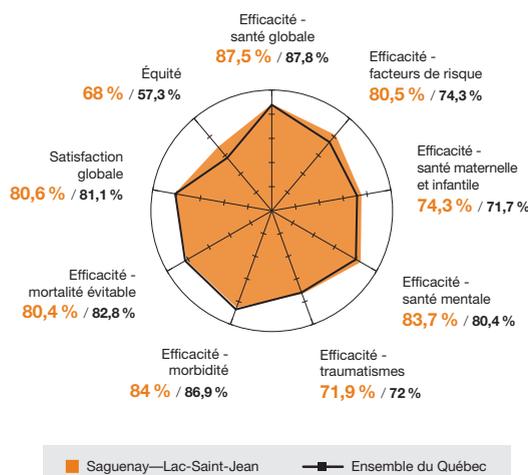
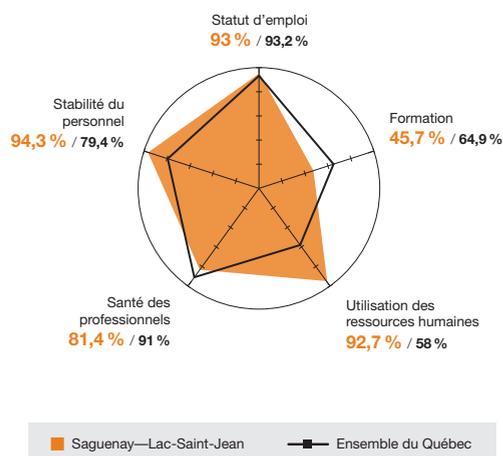


Située dans le peloton du centre, la performance en adaptation du Saguenay—Lac-Saint-Jean obtient un résultat de 65,4 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, ce qui est tout de même 1,7 point de pourcentage au-dessus de la donnée québécoise. Pour toutes les sous-dimensions de la fonction d'adaptation, 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 bien 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.

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'examen en tomographie par ordinateur (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.

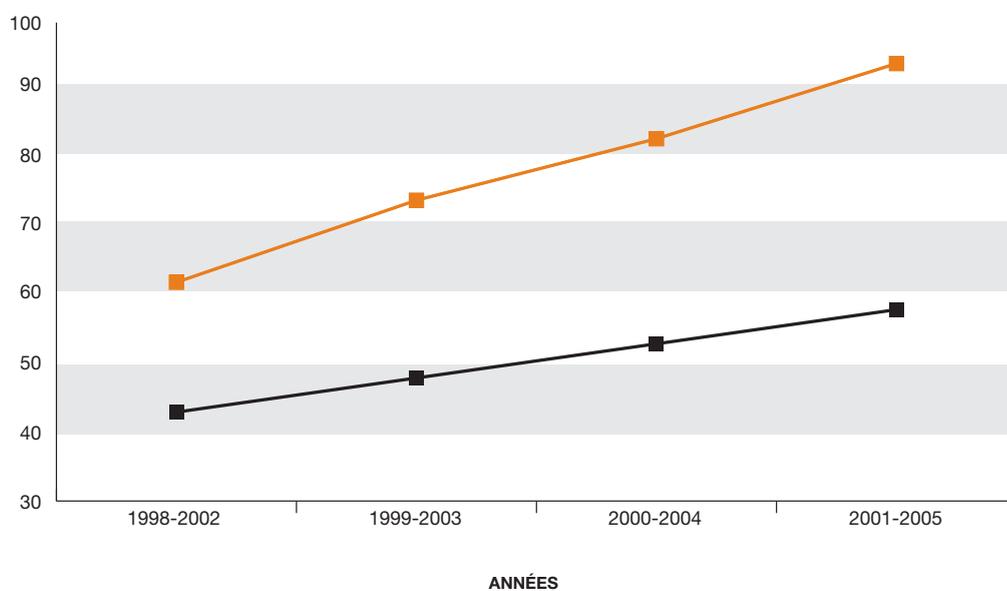
Sur le plan social, le Saguenay—Lac-Saint-Jean s'illustre positivement par un quatrième rang en ce qui concerne le taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux et par un troisième rang pour l'intensité des services sociaux, soit le nombre d'interventions par usager. Cependant, les performances 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.

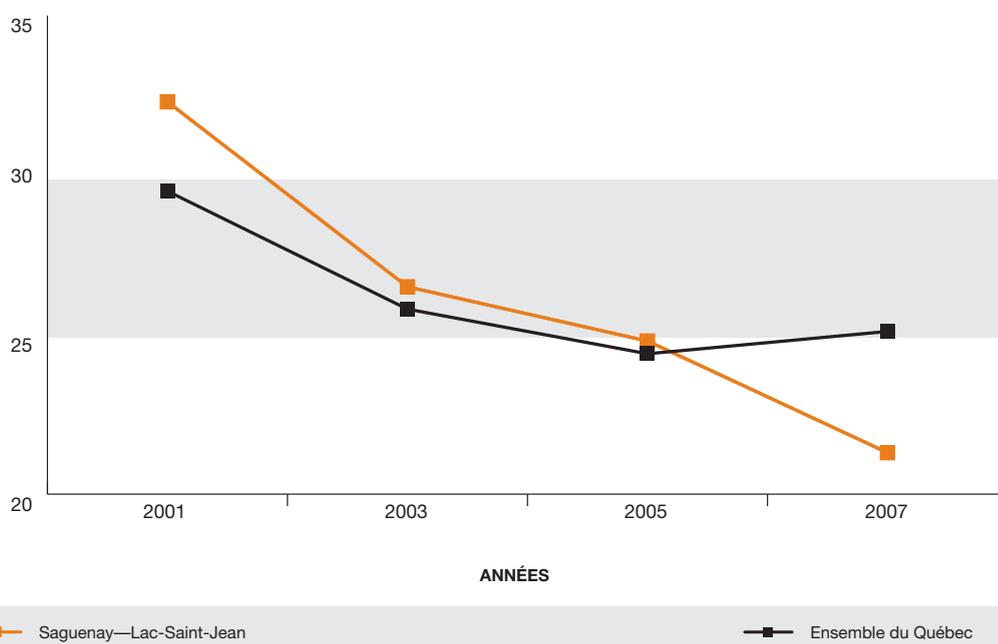
TENDANCE TEMPORELLE

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

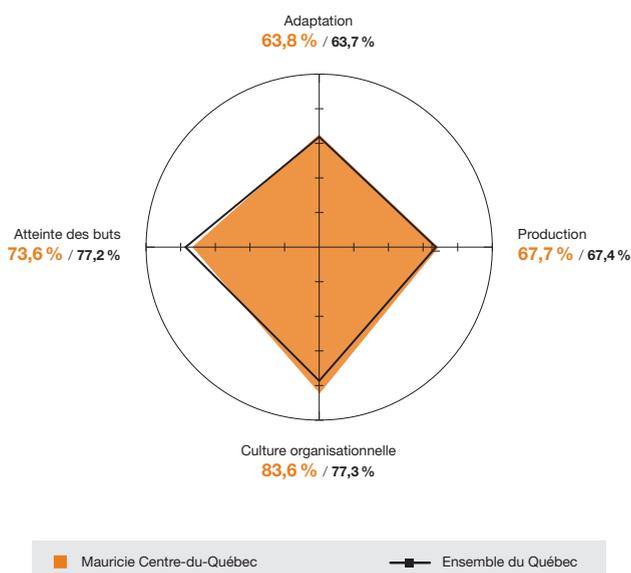
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

RÉGION 04

CONTEXTE GÉNÉRAL

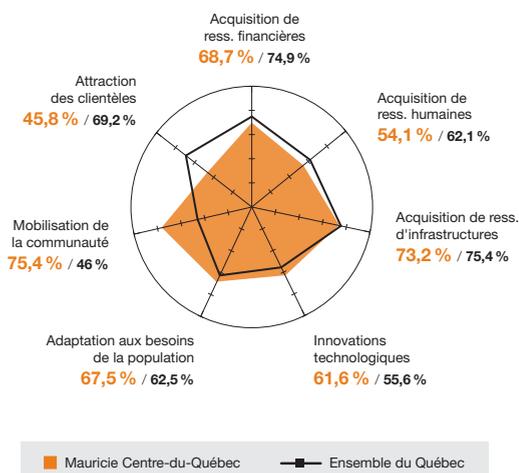
Depuis 1996, la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec se maintient autour de 484 000 habitants. Même si elle demeure stable, cette population vieillit, si bien qu'en 2009, la région affiche un âge médian de 44,7 ans et, avec un résultat de 17,6 %, elle obtient la troisième plus haute proportion 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



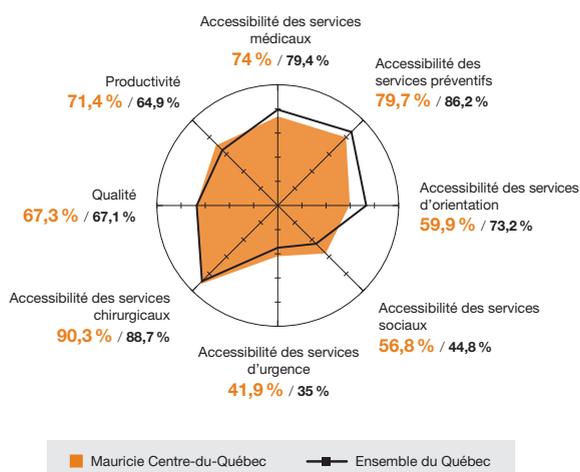
Globalement, lorsque nous examinons l'ensemble des sous-dimensions des différentes fonctions, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec tend à se situer parmi un groupe de régions qui présentent des défis à l'égard de la performance. Malgré une excellente deuxième position pour la culture organisationnelle, 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

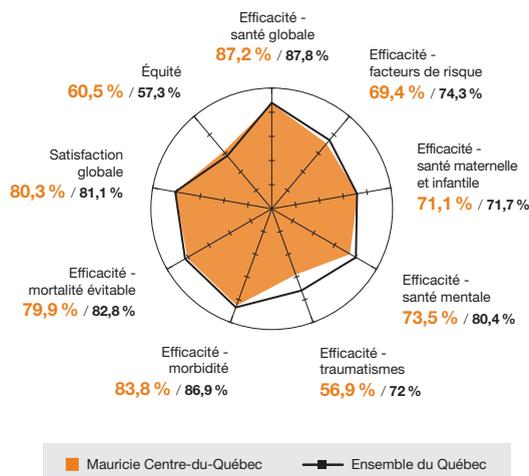
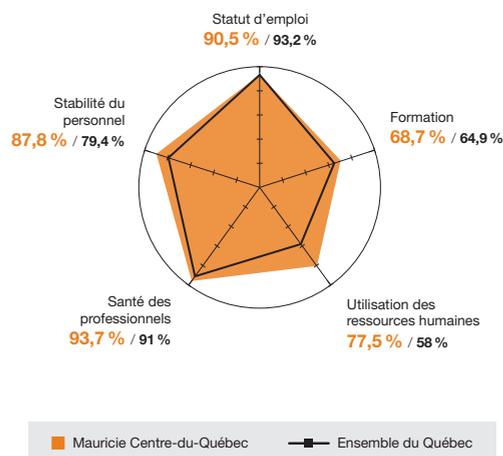


La performance en adaptation de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est comparable à celle de l'ensemble du Québec, puisque le résultat obtenu est de 63,8 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise, ce qui situe la région au neuvième rang. Cependant, les trois sous-dimensions ayant trait 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 %).

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 comparative 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.

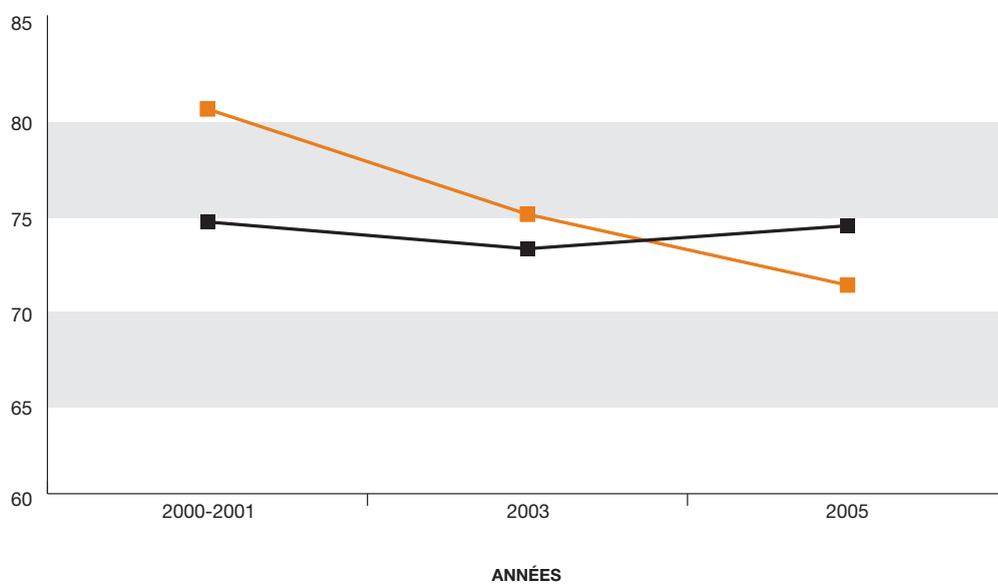
En ce qui concerne la production, les indicateurs de l'accessibilité des services préventifs sont défavorables, surtout celui qui a rapport à la proportion des femmes qui ont subi un test de Pap au cours des trois dernières années avec un résultat de 56,8 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise 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.

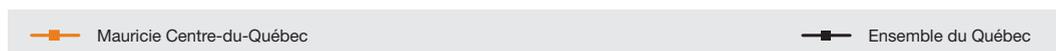
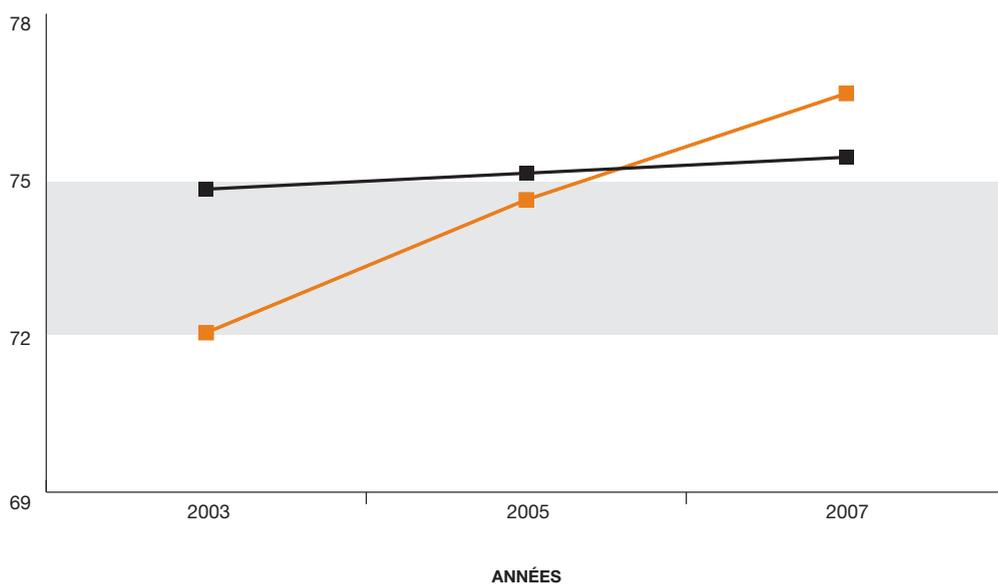
TENDANCE TEMPORELLE

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



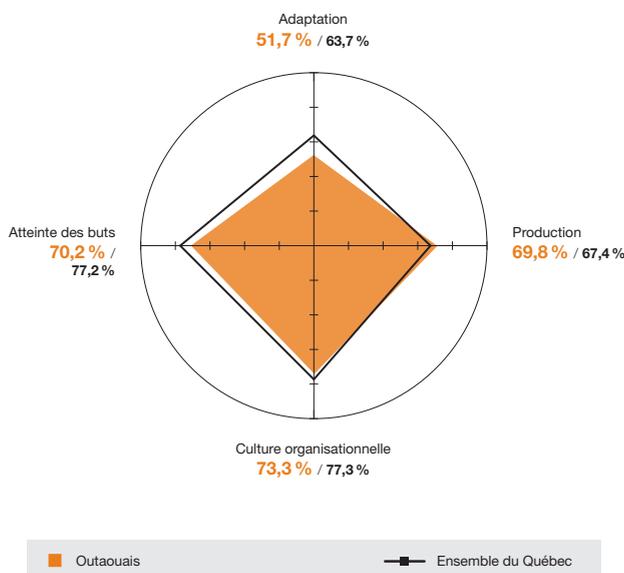


RÉGION INTERMÉDIAIRE
OUTAOUAIS
RÉGION 07

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.

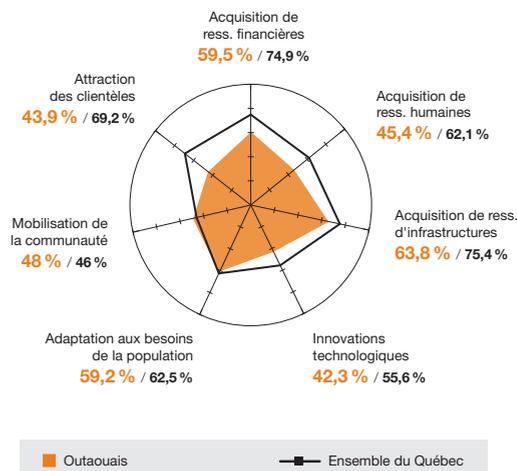
APERÇU GLOBAL



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.

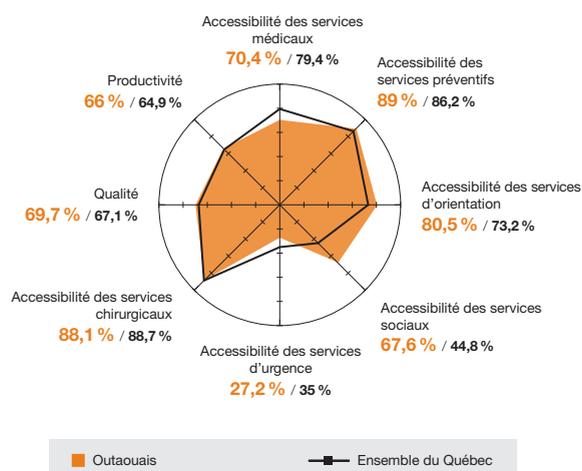
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



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

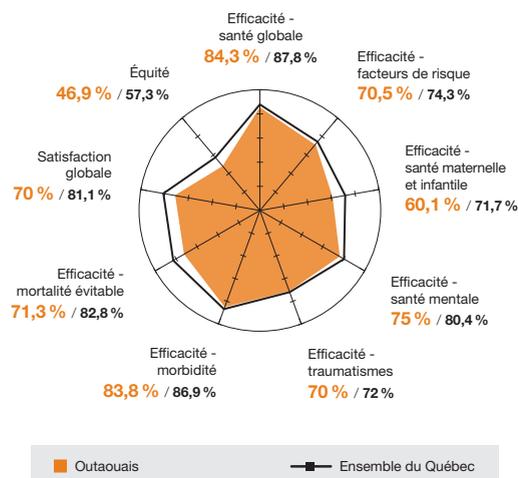
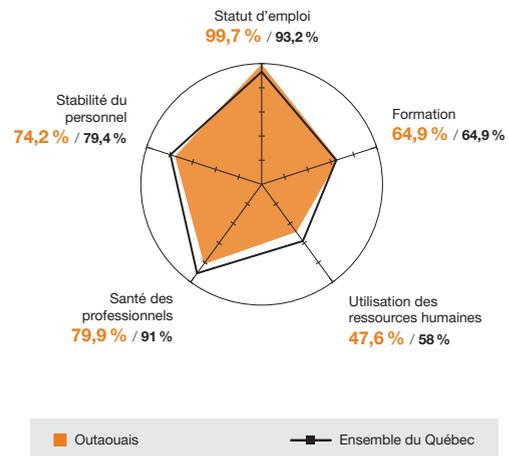
québécois, le résultat doit être interprété avec une extrême prudence. Sur la base de nos observations, il est possible de poser l'hypothèse que, pour l'Outaouais, plusieurs des services cités sont consommés dans la région d'Ottawa ou, encore, dans le secteur privé, ce qui nuancerait l'observation à 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.

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.

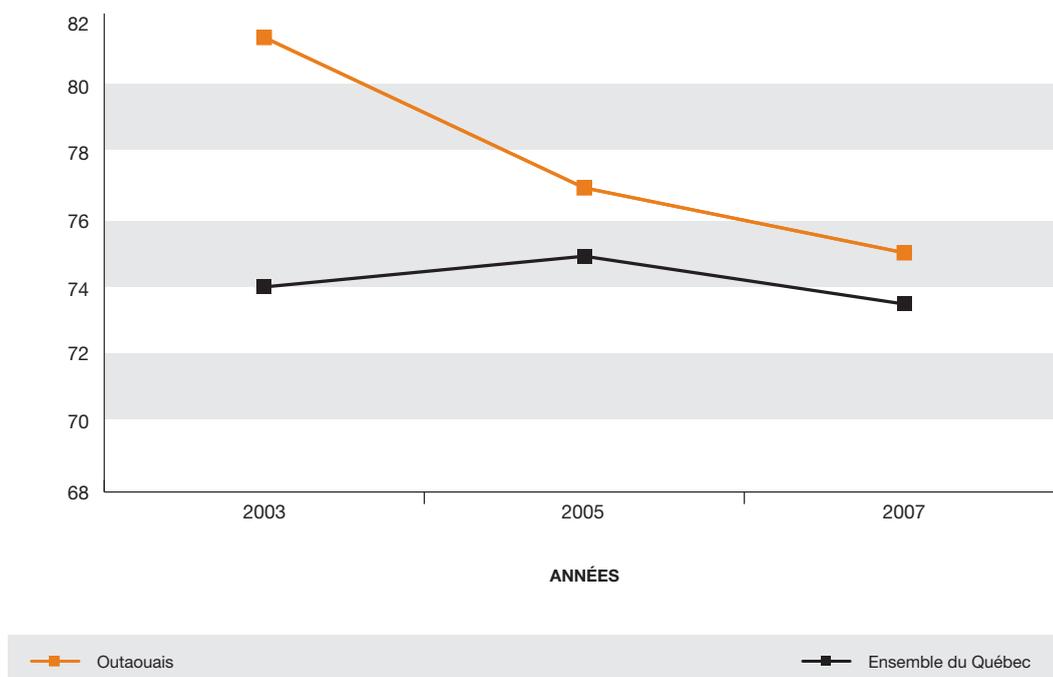
Dans le domaine de la production des services de santé, la région de l'Outaouais se démarque négativement quant à l'indice de consommation de services médicaux en médecine générale (treizième rang) et de services médicaux spécialisés (quinzième rang). En contrepartie, la région se distingue bien au-dessus 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

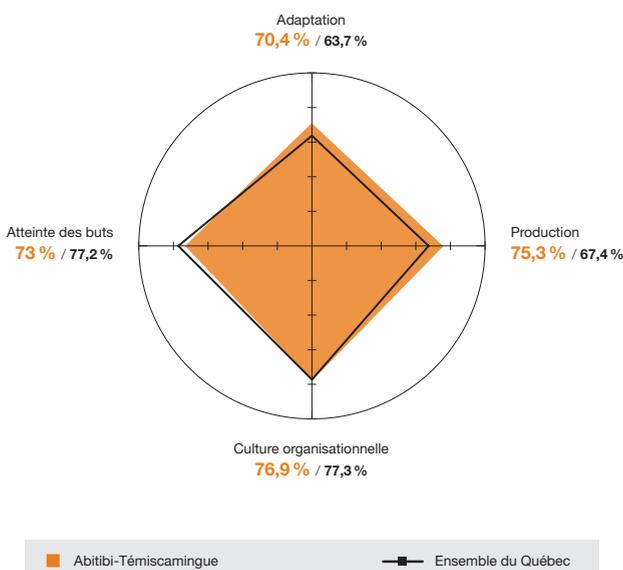
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

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.

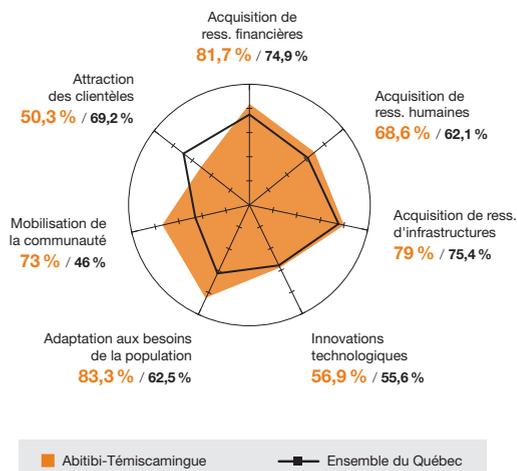
APERÇU GLOBAL



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.

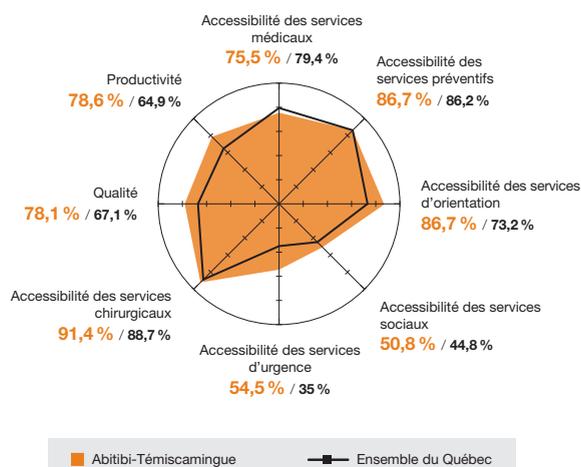
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



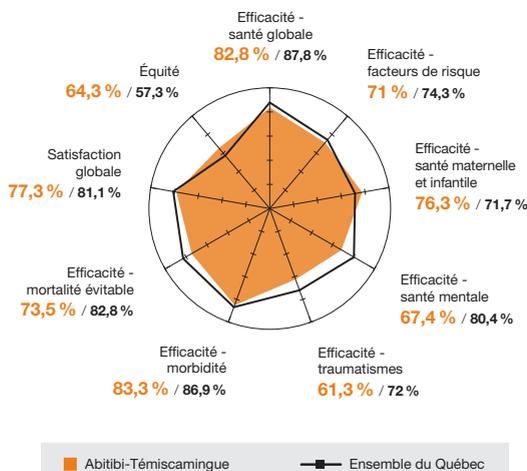
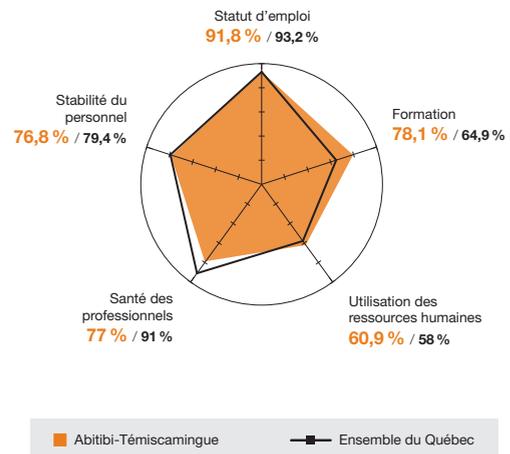
La région de l'Abitibi-Témiscamingue démontre une capacité d'adaptation supérieure à la moyenne québécoise par 6,7 points de pourcentage en atteinte de la balise, ce qui lui donne un score de 70,4 %. Bien que ce résultat la classe au cinquième rang à l'échelle du Québec, il est inférieur à ceux que nous 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.

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'urgence et un quatrième rang pour l'accessibilité des 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.

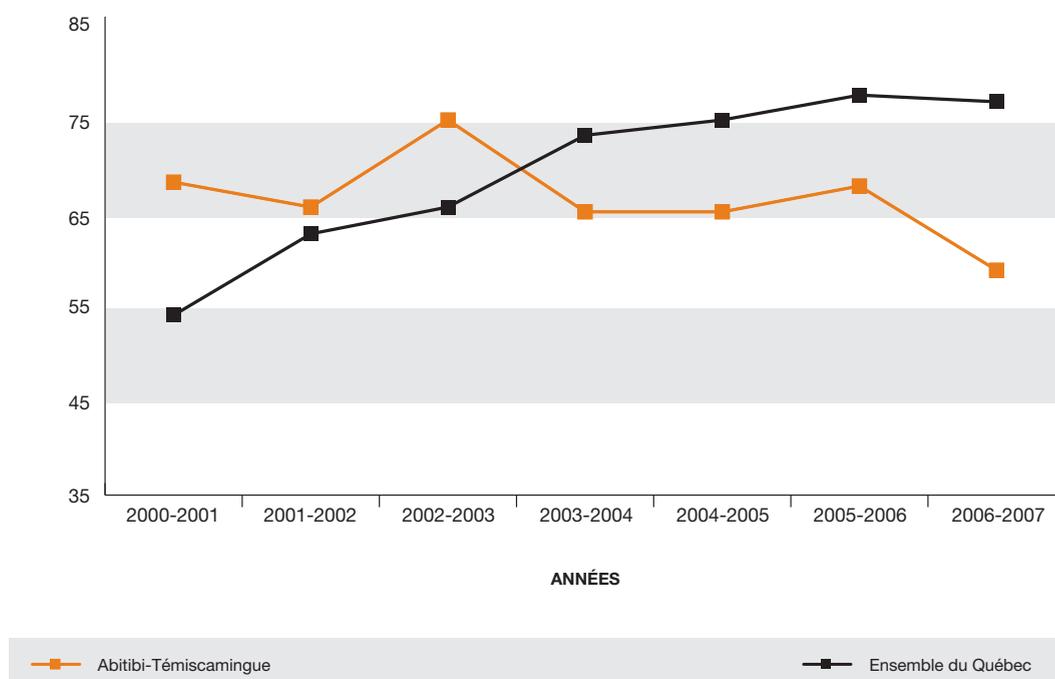
Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue, 86 % des appels adressés à Info-Santé reçoivent une réponse en moins de quatre minutes, comparativement à 72,6 % pour le Québec, ce qui place la région au troisième rang au Québec. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence, l'Abitibi-Témiscamingue 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'examen 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



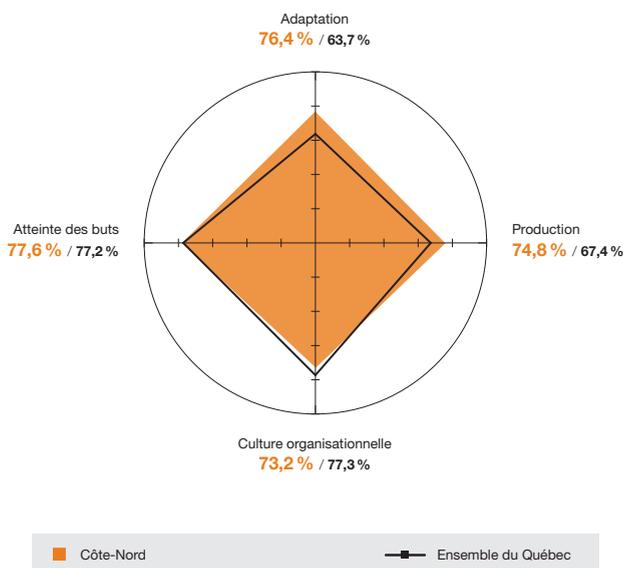


RÉGION ÉLOIGNÉE
CÔTE-NORD
RÉGION 09

CONTEXTE GÉNÉRAL

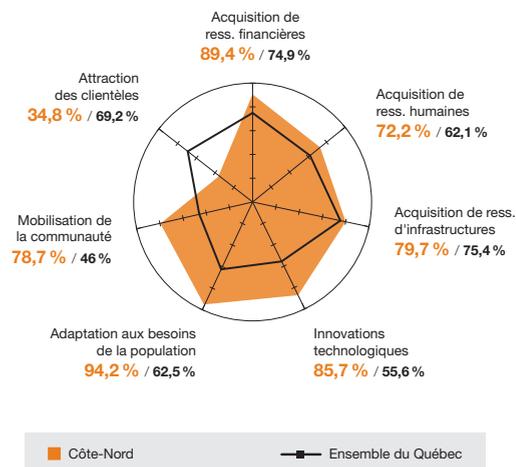
Depuis plusieurs années, les résidents de la Côte-Nord quittent peu à peu leur région. Ainsi, en 2009, la population a baissé à 92 964 personnes. La démographie de cette région se distingue de celle des autres régions du Québec par la plus grande proportion d'hommes par rapport au nombre de femmes, par 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.

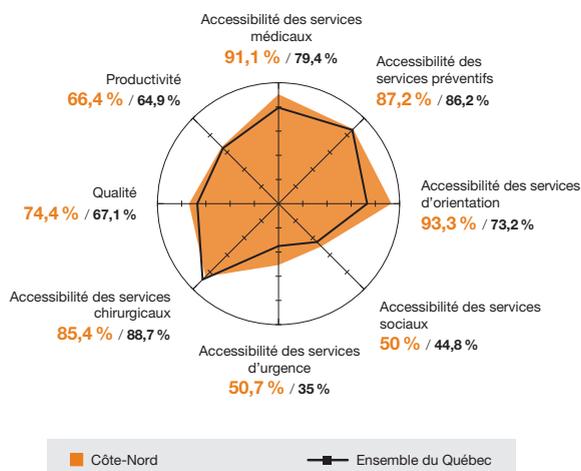
APERÇU PAR FONCTION DU SYSTÈME RÉGIONAL DE SOINS



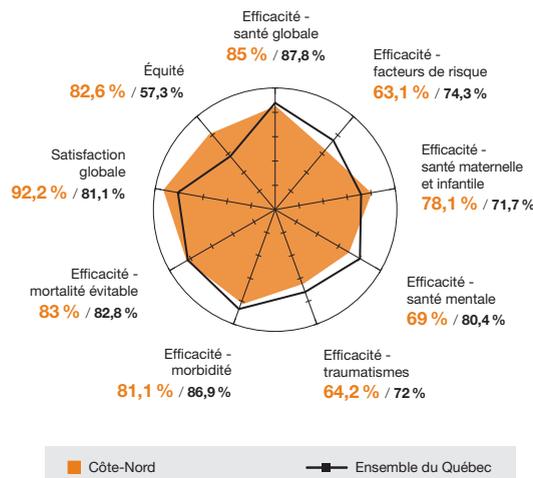
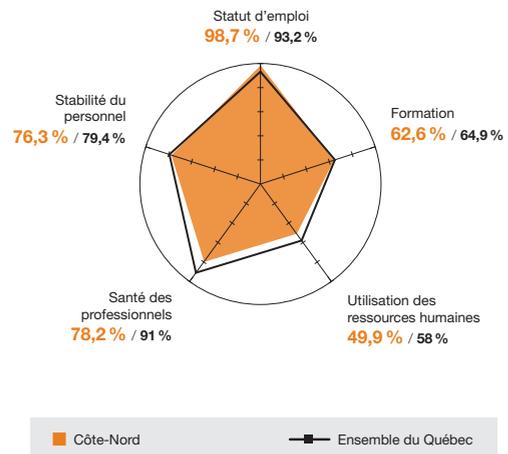
En matière d'adaptation, la Côte-Nord se classe deuxième au Québec avec un résultat de 76,4 % pour ce qui est de l'atteinte de la balise; cela représente 12,7 points de plus que la moyenne québécoise. En effet, pour pouvoir assurer des services de santé adéquats pour les Nord-Côtiers dans un contexte 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.

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'exams en tomodensitométrie (TDM), qui s'élève à 119,4 pour 1 000 habitants et le nombre d'exams 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.

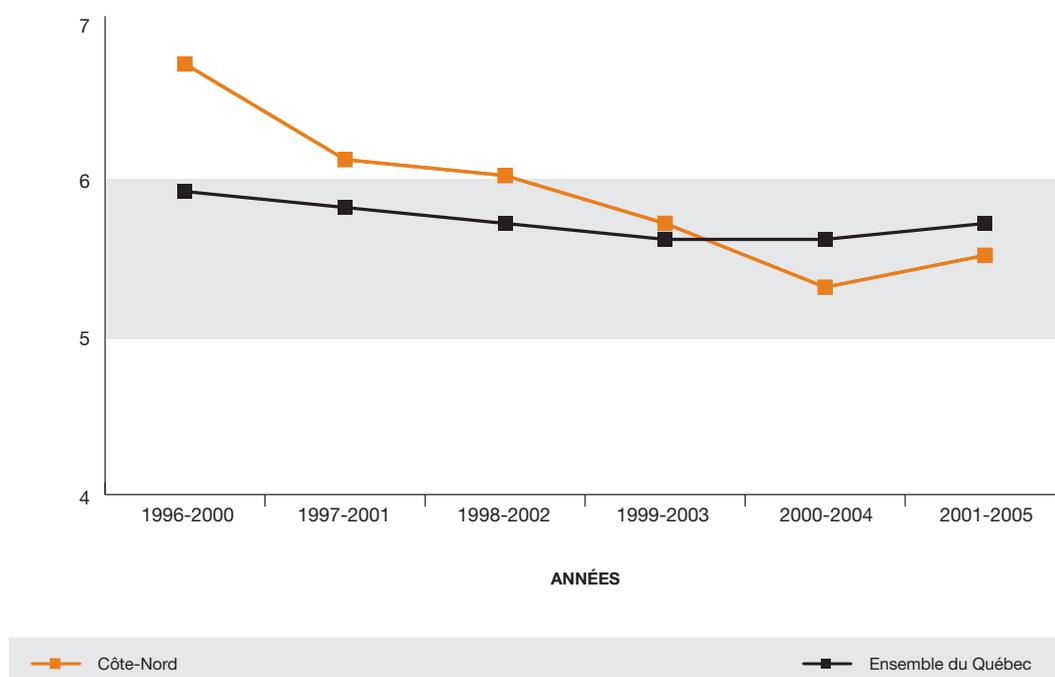
Parmi les indicateurs de la production, la Côte-Nord se démarque nettement, et de façon positive, par rapport à l'ensemble du Québec pour son indice de consommation des services médicaux en médecine générale, puisqu'elle occupe le premier rang. Elle se distingue également par la proportion de 68,6 % 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 hauts 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





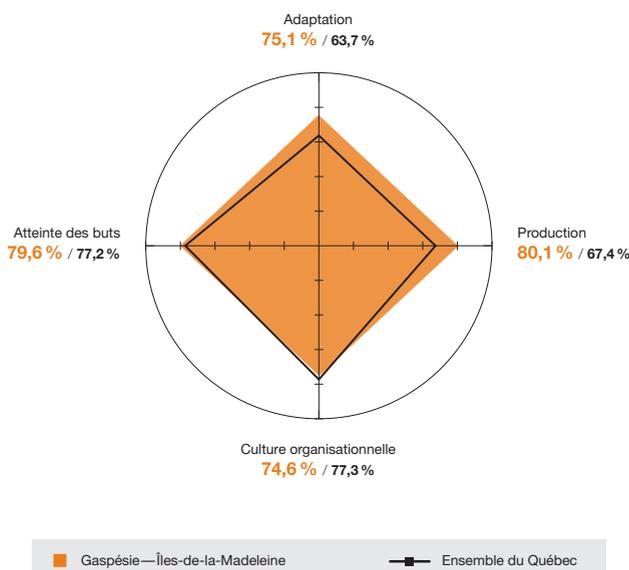
RÉGION ÉLOIGNÉE

GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE
RÉGION 11

CONTEXTE GÉNÉRAL

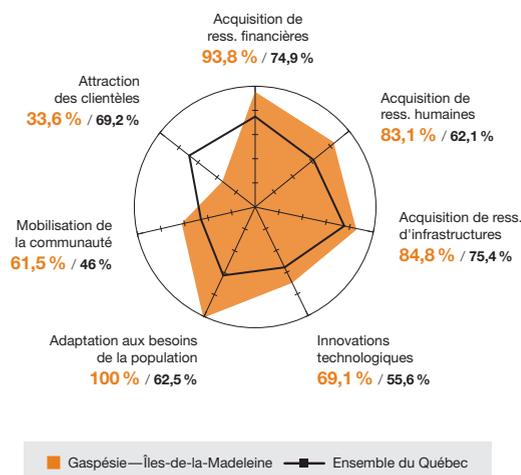
Depuis la fin des années 1980, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine connaît un important déclin démographique qui l’amène, en 2009, à un décompte populationnel de 92 231 habitants, ce qui fait d’elle la région sociosanitaire la moins peuplée du Québec. En raison des perspectives d’emploi limitées 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



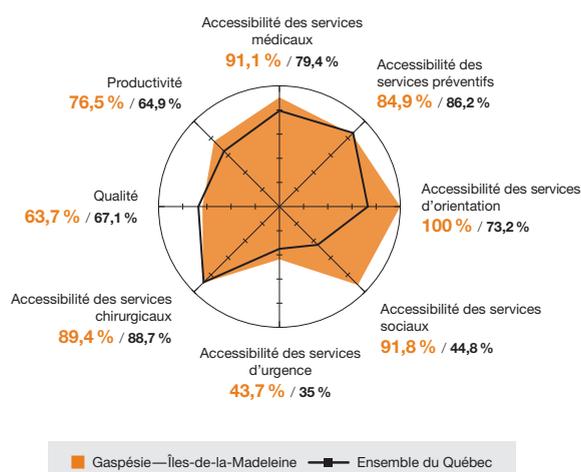
La région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se rapproche du profil général des régions éloignées, c’est-à-dire que les meilleures performances sont en adaptation et en production, alors que les résultats se situent près de ceux du Québec en atteinte des buts, mais avec une performance moindre en ce 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

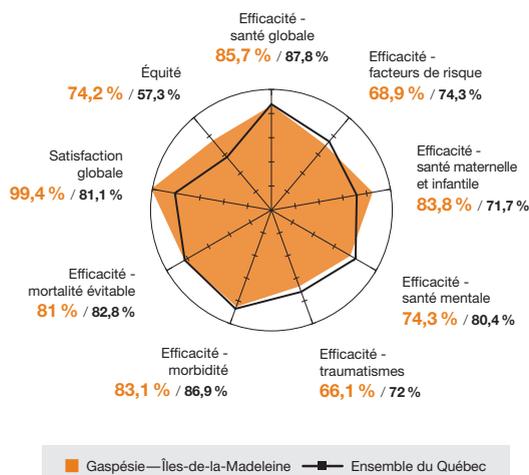
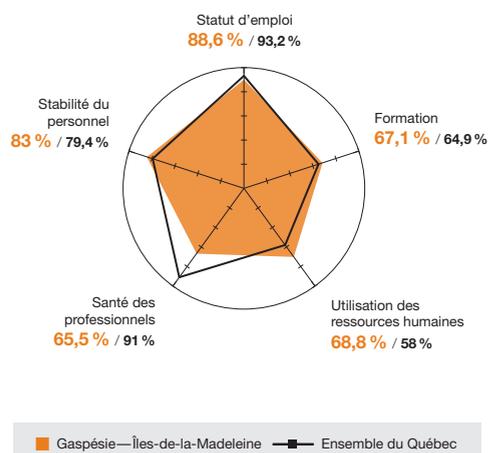


d'examen en tomodensitométrie pour 1 000 habitants. Toutefois, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est première au Québec pour son adaptation aux besoins de sa population (100 %) en ayant le plus haut taux d'hospitalisations en soins aigus, soit 120 pour 1 000 habitants. La seule sous-dimension qui connaît 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.

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.



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.

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

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.

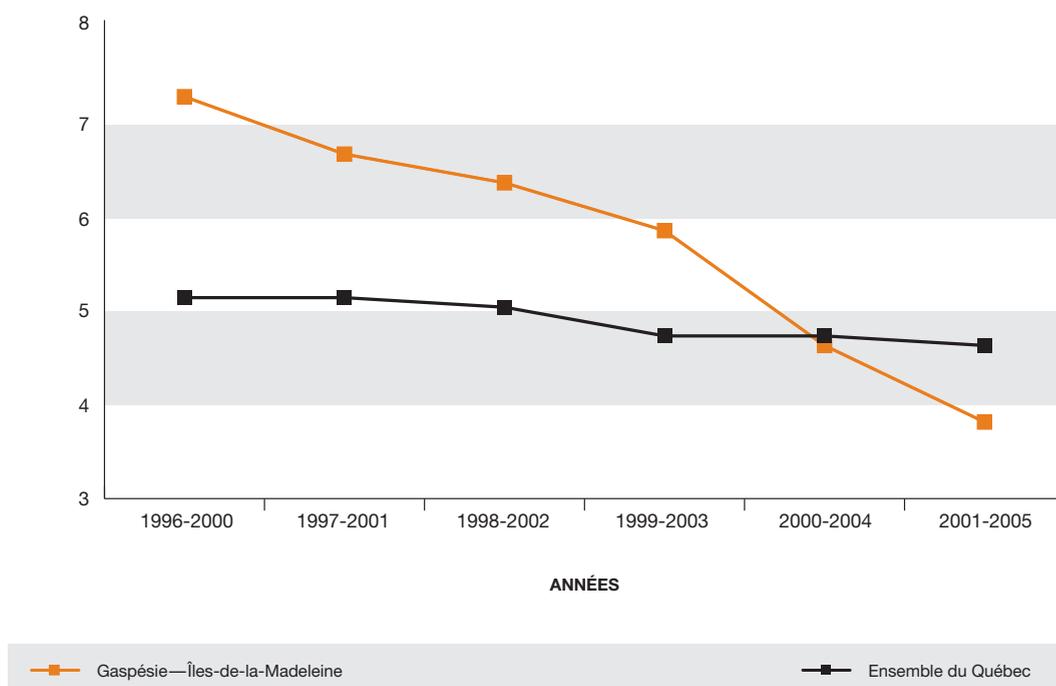
En ce qui a trait aux indicateurs de l'accessibilité des services sociaux, les résultats sont positifs avec des écarts très marqués par rapport à la moyenne québécoise, ce qui concorde avec le fait que les dépenses nettes par habitant en services sociaux et en réadaptation sont les plus élevées au Québec 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

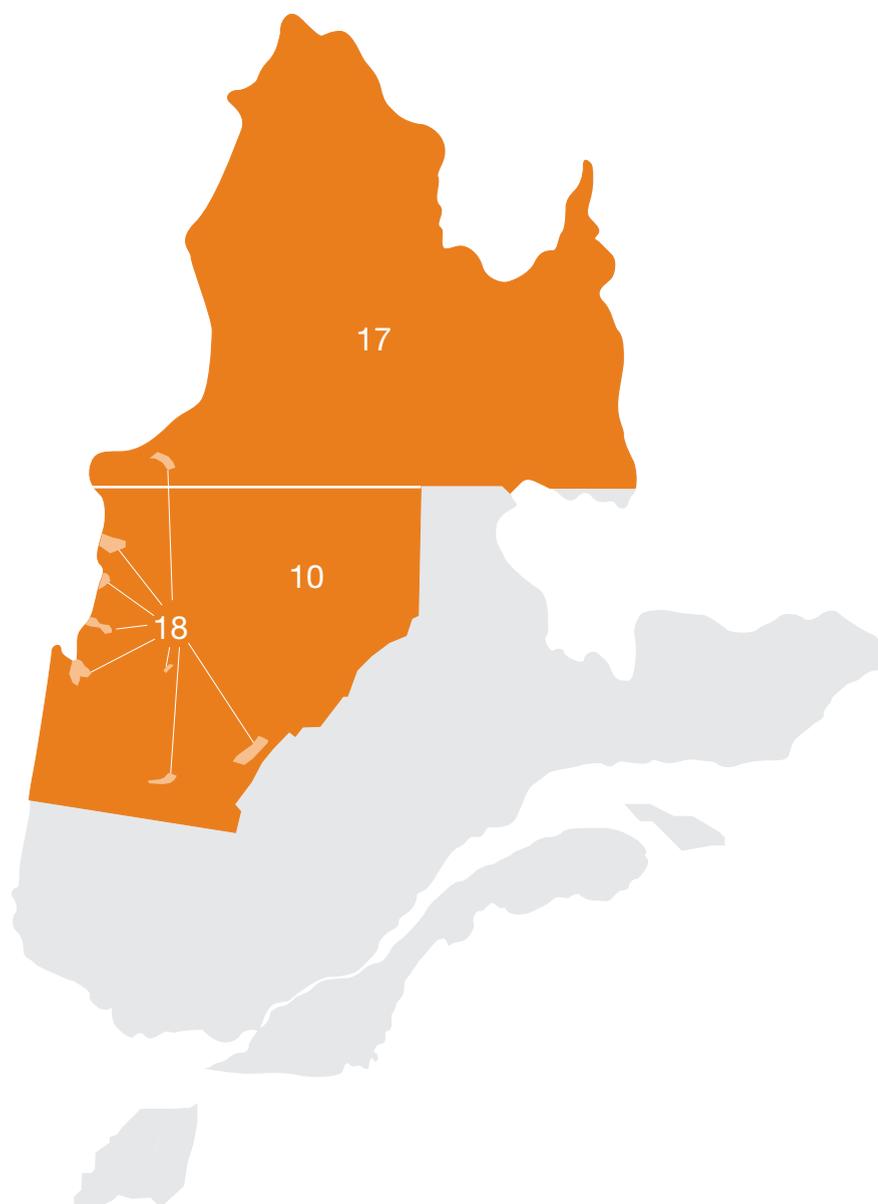
Dans les dernières années, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a connu une progression globale de 2,8 % en ce qui concerne ses indicateurs, cette progression étant semblable à celle du Québec, qui se situe à 3 %. Cependant, nous constatons un recul pour la fonction de production principalement 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

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.

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.

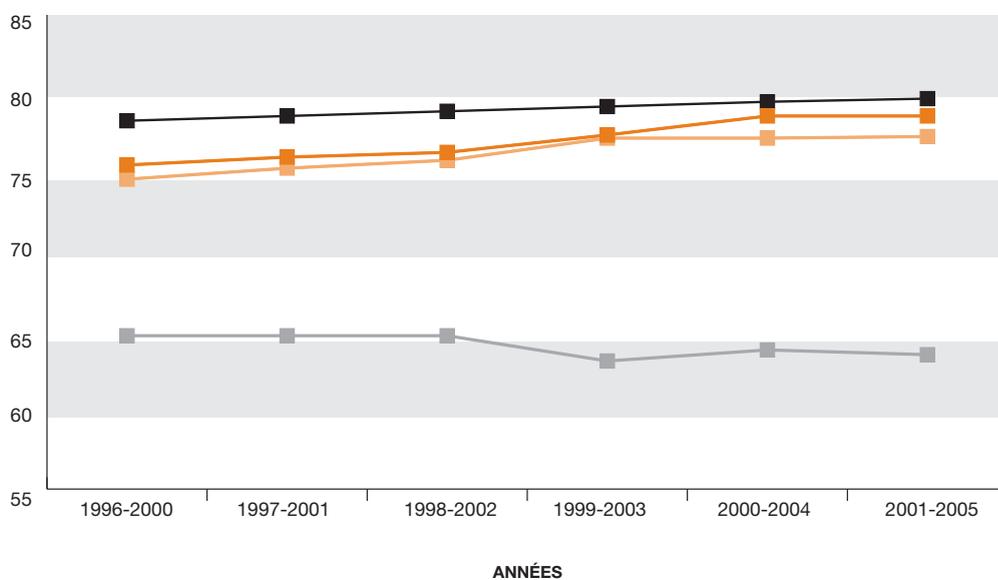
L'efficacité en santé maternelle et infantile varie fortement dans les régions isolées. En effet, au Nunavik, le taux de grossesses chez les adolescentes se situe à près du quadruple du taux québécois mais, dans le Nord-du-Québec, il est semblable à celui de l'ensemble du Québec. De plus, pour le Nunavik 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.

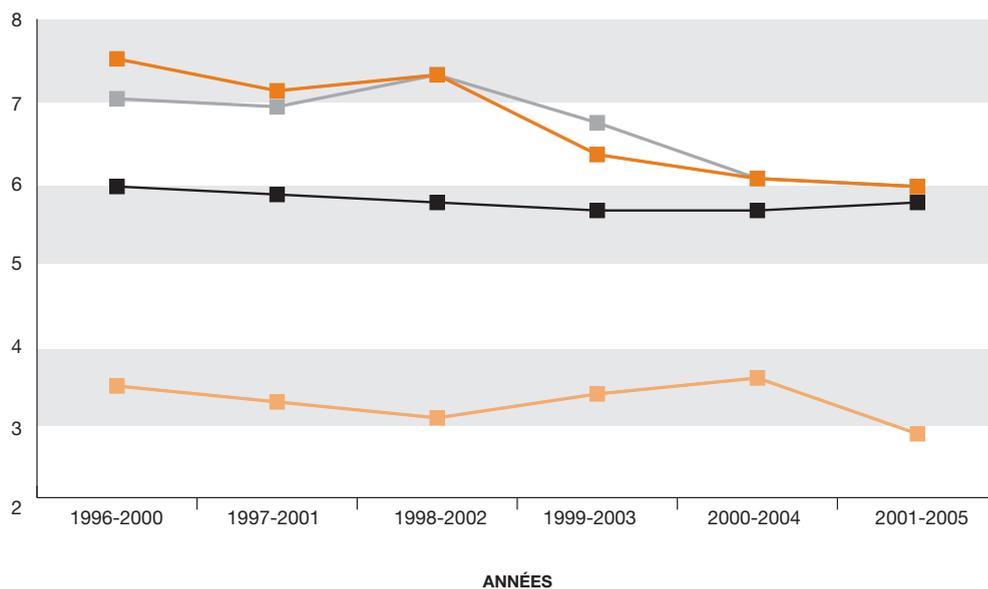
TENDANCE TEMPORELLE

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.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, 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 monitoring

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.

