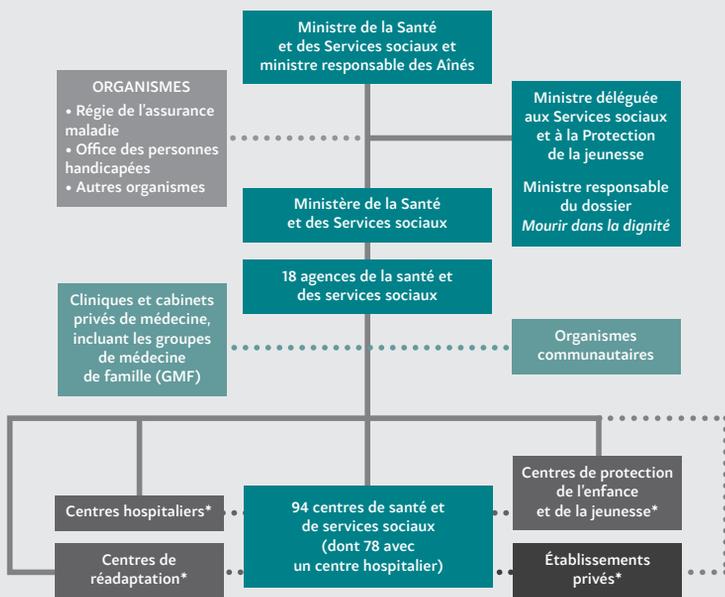


ORGANISATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



* Établissements ou organismes qui ne font pas partie d'un CSSS.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*, gouvernement du Québec, janvier 2013.

La santé en quelques statistiques

Jean-Louis Denis

Professeur titulaire, École nationale d'administration publique, et directeur, Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé

Johanne Préal

Professionnelle de recherche, École nationale d'administration publique

José Carlos Suárez-Herrera

Professeur, KEDGE Business School et Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Les progrès accomplis au cours des dernières décennies sont incontestables en ce qui a trait à l'état de santé de la population québécoise. Ce bilan propose plusieurs pistes clés afin de favoriser maintenant l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux québécois, en particulier en matière de soins de première ligne et de soutien à domicile.

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée, et l'écart entre les hommes et les femmes s'est rétréci. Selon les données provisoires de 2012, l'espérance de vie se situe à 83,8 ans chez les femmes et à 79,8 ans chez les hommes¹. Cette progression favorable se reflète nettement

dans les taux de mortalité et d'hospitalisation, qui ont diminué pour la plupart des causes.

Selon le dernier portrait de santé du Québec et de ses régions, publié en 2011, les premières causes de décès chez les Québécois sont les tumeurs malignes, les maladies du cœur, les maladies des

voies respiratoires inférieures, les maladies vasculaires cérébrales, la maladie d'Alzheimer et les traumatismes non intentionnels². À noter que, depuis le début des années 2000, le cancer remplace les maladies du cœur comme cause principale de mortalité. La proportion des décès attribuables à des tumeurs malignes est passée de 25 % en 1981 à 33 % en 2008, alors que celles des décès attribuables à des maladies du cœur et à des maladies vasculaires cérébrales ont diminué respectivement de 33 % à 20 % et de 8 % à 5 %³.

Des progrès remarquables ont aussi été enregistrés en matière de santé des mères et des tout-petits. En plus de la régression des taux de mortalité infantile et d'hospitalisation chez les bébés de moins d'un an, ainsi que de la prévalence de plusieurs anomalies congénitales, les naissances de faible poids ont diminué au cours des dernières années. Par contre, on observe au Québec – comme ailleurs en Occident – une hausse de la prématurité, qu'on associe généralement à l'augmentation des naissances multiples et des naissances chez les mères plus âgées.

On note également une hausse graduelle de la prévalence de certaines maladies chroniques. Parmi les principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les Québécois adultes en 2007 et 2008 figurent les maux de dos, l'hypertension, l'arthrite, les migraines et l'asthme. Ainsi, en 2007-2008, 18 % des adultes connaissaient un problème

d'hypertension, une condition qui touchait près de la moitié des aînés, tandis que l'arthrite affligeait le tiers d'entre eux. Quant au diabète, si sa prévalence a légèrement augmenté entre 2000-2001 et 2006-2007, la mortalité qui y est associée a diminué. L'obésité, pour sa part, est en progression alarmante au Québec et touchait, en 2009-2010, un adulte sur six, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

Par ailleurs, les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses au cours des dernières décennies, avec l'introduction de programmes de vaccination, sont incontestables. Toutefois, des épisodes indésirables, telles la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009 et l'écllosion de la rougeole en 2011⁴, nous rappellent que la surveillance est toujours nécessaire.

Enfin, en ce qui concerne la santé mentale des Québécois, certains aspects méritent une attention particulière. En effet, chez les enfants de 12-14 ans, on constate un niveau considérable de détresse psychologique, prévalence qui décroît graduellement avec l'âge, passant de 26 % à 13 % chez les personnes de 65 ans et plus. On constate que cette condition est plus présente chez les femmes. Pour ce qui est de l'usage d'anxiolytiques, de sédatifs et d'hypnotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion est en baisse au Québec. En 2000, le tiers des personnes âgées en prenaient, alors qu'en 2008, 29 % en consommaient⁵. En ce qui

concerne le suicide, malgré une nette tendance à la baisse depuis la fin des années 1990, près de 3 % des Québécois de 15 ans ou plus ont songé sérieusement au suicide ou ont tenté de se suicider au cours de l'année 2008, ce qui représente environ 176 000 personnes⁶.

Ces quelques chiffres relatifs à l'état de santé des Québécois justifient la mise en œuvre de certaines stratégies afin de mieux adapter le système de soins aux besoins particuliers, actuels et futurs, de la population québécoise. Dans la section qui suit, nous allons tracer un portrait global des ressources institutionnelles et humaines disponibles pour répondre aux besoins de la population en matière de santé et mettre en lumière certains enjeux liés à l'utilisation des soins de première ligne et des services de soutien à domicile.

Les soins de première ligne au Québec

Ressources institutionnelles : évolution des établissements sociosanitaires

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, adoptée en 2003, a conduit à la transformation des régions régionales de la santé en agences de la santé et des services sociaux et à la mise en place des réseaux locaux de services (RLS)⁷. Cette réorganisation vise à rapprocher les services de la population et à faciliter la continuité des soins. L'établissement local chargé de la gestion et de l'intégration de la prestation des

services est le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Le CSSS est né de la fusion des hôpitaux, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Avec la création des 95 CSSS (94 depuis 2011), l'organisation du système de santé et de services sociaux a adopté la forme d'un réseau. Les CSSS assument une ou plusieurs missions et fournissent des services dans un territoire donné à travers un ensemble d'installations. L'organigramme au début de cet article montre la répartition des divers parte-

Le cancer est la cause principale de mortalité au Québec.

naires et acteurs clés du système de santé et de services sociaux du Québec.

Le système de santé et de services sociaux québécois compte près de 300 établissements, qui répartissent leurs ressources dans plus de 1 700 points de service. Il regroupe près de 200 établissements publics, une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée. Il compte également plus de 3 500 organismes communautaires et près de 2 000 cliniques et cabinets privés de médecine⁸.

En ce qui concerne les services médicaux, les groupes de médecine de famille (GMF), nouvelle forme d'organisation des services de première ligne, ont été implantés en 2002⁹. Au 31 mars 2012, on comptait 239 GMF au Québec. Ces GMF étaient répartis dans plus de 568 lieux cliniques et impliquaient 3 657 médecins, soit environ 56 % des omnipraticiens qui travaillaient dans un cabinet ou un centre local de services communautaires. De plus, 490 infirmières y œuvraient et 88 CSSS étaient partenaires de GMF en vertu d'ententes.

Les GMF visent à accroître l'accessibilité des soins primaires et des médecins généralistes, et à améliorer la continuité des soins. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, au 31 mars 2012, 2,9 millions de personnes étaient inscrites auprès d'un GMF, soit 36,2 % de la population du Québec.

Ressources humaines et système de santé

Les médecins — Au 31 décembre 2012, le tableau du Collège des médecins du Québec comptait 21 511 inscriptions, soit une augmentation nette de 542 membres par rapport au 31 décembre 2011¹⁰. Parmi eux, 10 005 étaient des médecins de famille et 11 506 exerçaient une spécialité. Le Québec affichait, en 2011, un ratio médecins/population de 231 pour 100 000 habitants, comparativement à 209 pour l'ensemble du Canada, avec des ratios semblables de médecins de famille (114 pour 100 000 habitants) et

de spécialistes (117 pour 100 000 habitants)¹¹.

Les infirmières — De 2007 à 2011, la main-d'œuvre infirmière a connu une croissance de 7,3 % au Québec et de 10 % au Canada. Au cours de cette période, le Québec disposait d'un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers réglementés pour 100 000 habitants que le Canada, les ratios passant de 1 072 à 1 109 au Québec et de 1 011 à 1 046 au Canada¹².

Les travailleurs sociaux — En 2011, le Québec comptait 8 582 travailleurs sociaux, une augmentation de 1 571 par rapport à 2007¹³. Cependant, malgré cette hausse de 22,4 %, le nombre de travailleurs sociaux pour 100 000 habitants se situait parmi les plus faibles au pays : 107 pour 100 000 habitants, comparativement à 111 pour l'ensemble du Canada¹⁴.

Les ergothérapeutes — Le nombre d'ergothérapeutes au Québec est passé de 3 126 en 2004 à 3 895 en 2011¹⁵. Si l'effectif de cette profession a connu une hausse marquée de 2004 à 2006 (16,9 %), la croissance a été plus lente de 2006 à 2011, le nombre d'ergothérapeutes n'augmentant que de 6,6 %, le taux de croissance le plus faible au pays pour la même période (14,6 % au Canada¹⁶).

Les physiothérapeutes — De 2007 à 2011, le nombre de physiothérapeutes est passé de 3 653 à 3 828 au Québec. En 2011, le ratio par 100 000 habitants était de 48 physiothérapeutes au Québec et de 51 au Canada¹⁷.

Les pharmaciens — En 2011, le ratio pharmaciens/population au Québec était de 99 pour 100 000 habitants, pour un total de 7 968 pharmaciens. On en comptait 6 937 en 2007. En 2011, le nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants était de 99 au Québec et de 94 au Canada¹⁸.

À la lumière de ces chiffres, on peut affirmer que le Québec compte sur une bonne disponibilité de médecins, d'infirmières et de pharmaciens en comparaison de la moyenne canadienne, alors que la disponibilité de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes demeure plus faible que la moyenne du pays.

Disponibilité et utilisation des soins de première ligne

Services de premier contact — En 2003, 63 % de la population du Québec a utilisé les services médicaux pour des soins de routine ou de suivi, 41 % pour des renseignements et 34 % pour des soins immédiats¹⁹. On observe un écart entre le Québec et le Canada concernant l'accessibilité à un médecin habituel. En 2012, 14,9 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré à Statistique Canada ne pas avoir de médecin habituel, comparativement à 24,8 % des Québécois²⁰.

En 2008, 54 % des adultes au Québec ont eu besoin de services de premier contact et, parmi eux, 13 % ont signalé avoir eu de la difficulté à obtenir les soins désirés. Pour cette même année, le pourcentage normalisé selon l'âge de

personnes ayant eu de la difficulté à obtenir des soins était de 14 %²¹. Globalement, au Canada, les quatre principales difficultés rencontrées dans l'obtention de services de premier contact étaient l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous (45 %), la difficulté à obtenir un rendez-vous (32 %), la difficulté à contacter un médecin (18 %) et l'attente trop longue avant de voir un médecin (10 %) ²². Par ailleurs, la proportion de la population de 12 ans et plus au Québec ayant consulté un intervenant en médecine non traditionnelle a doublé entre 1994-1995 et 2005, passant de 7,3 % à 14,7 %, ce qui indique l'intérêt d'une partie de la population pour des soins alternatifs²³.

Info-Santé — Implanté depuis 1995 dans presque toutes les régions sanitaires du Québec, sauf dans le Nord-du-Québec, au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le service Info-Santé est accessible gratuitement 7 jours sur 7, 24 heures sur 24²⁴. Le taux d'utilisation du service Info-Santé CLSC au Québec était de 269 pour 1 000 habitants en 2008-2009 et de 285 pour 1 000 habitants en 2009-2010²⁵, en baisse par rap-

**Chez les adultes, 18 %
connaissent un problème
d'hypertension.**

port à 2003-2004 (325 pour 1 000 habitants²⁶). D'après les résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé

du Commonwealth Fund de 2008, la province de Québec est l'un des endroits où les usagers utilisent le plus une ligne téléphonique d'information médicale : 23 % des personnes interrogées le font, alors que dans l'ensemble du Canada, le pourcentage est de 19 %²⁷.

Équipe interdisciplinaire de soins de première ligne — L'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008 a mis en évidence le retard considérable du Québec relativement à l'accès à des soins fournis par une équipe interdisciplinaire en première ligne. Bien que 65 % des médecins du Québec interrogés en 2009 déclaraient travailler dans leur cabinet avec d'autres professionnels de la santé, seulement 25 % indiquaient que ces derniers prenaient systématiquement part à la vérification des médicaments et des symptômes ou à la coordination des soins prodigués entre les visites. Dans l'ensemble du Canada, les pourcentages sont de 55 % et de 40 % respectivement^{28, 29}.

Des problèmes de coordination dans la prise en charge des patients ont également été relevés (coordination des soins avec les spécialistes, les services d'urgence particulièrement); ces derniers peuvent avoir un impact considérable dans le cas de maladies chroniques³⁰.

Soins préventifs et de dépistage — Sur le plan du dépistage de certains cancers, la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie de dépistage a augmenté, passant de 50 % en

2003-2004 à 56 % en 2007-2008, tandis que la proportion de femmes de 20 à 69 ans ayant subi un test de Papanicolaou (*Pap test*) est restée stable, autour de 70 %. Par ailleurs, en 2008, près de 10 % de la population de 50 à 74 ans, hommes et femmes confondus, a subi un test de dépistage du cancer colorectal³¹.

Utilisation et accès des services de soutien à domicile

Les services de soutien à domicile visent à améliorer la qualité de vie ou l'autonomie des personnes qui, notamment, ont besoin de services continus après une hospitalisation, qui sont en fin de vie ou qui sont atteintes de maladie mentale, des personnes âgées fragiles ou présentant une incapacité et qui désirent rester dans leur domicile, des enfants ayant des besoins spéciaux, et des personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ces services regroupent les soins et les services professionnels (soins infirmiers; services médicaux, de nutrition, de réadaptation, d'inhalothérapie et psychosociaux; et d'autres services de consultation, par exemple en gériatrie, en psychogériatrie, en psychiatrie ou en pédiatrie, et les services d'un pharmacien), les services d'aide à domicile (assistance personnelle, aide domestique et activités communautaires), les services aux proches aidants et le soutien technique. Les services de soutien à domicile peuvent être offerts sur une base temporaire ou à long terme, selon les besoins de la personne³².

En 2009, 22 % des personnes de 65 ans et plus déclaraient avoir reçu des services de soutien à domicile³³. Tant l'utilisation que l'accès à ces services représentent un défi important pour le système de santé et de services sociaux du Québec. À la suite d'une augmentation du nombre de plaintes (de 89 en 2009-2010 à 142 au cours des neuf premiers mois de 2011), le Protecteur du citoyen a mené une enquête, qui a permis de mettre en évidence certains problèmes d'accessibilité des services de soutien à domicile à long terme³⁴. Le Protecteur du citoyen remarque que les aspects les plus problématiques sont l'insuffisance des heures de service allouées en fonction des besoins et les délais avant de recevoir les services. De façon plus générale, il constate une rigidité dans l'application des critères et une nette tendance au nivellement vers le bas des heures de service allouées.

En ce qui concerne le financement public des services de soutien à domicile (soins de santé et services d'aide), le gouvernement du Québec dépensait moins que la moyenne canadienne en 2003-2004, selon l'étude comparative la plus récente (qui date de 2007) : 78,93 \$ par habitant, comparativement à 91,15 \$ pour l'ensemble du Canada (en dollars constants de 1997). Il se situait toutefois près de la moyenne canadienne de 49,73 \$ pour ce qui est des dépenses par habitant pour les soins de santé à domicile (47,14 \$)³⁵.

Conclusion

Ce survol des statistiques accessibles les plus récentes fait ressortir les progrès réalisés, mais aussi les nombreux défis à relever dans les années à venir en ce qui concerne la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. Les données montrent que l'état de santé des Québécois s'améliore discrètement malgré le vieillissement de la population, mais cette situation impose aux systèmes de santé contemporains un effort majeur d'adaptation.

Un Québécois sur quatre n'a pas de médecin habituel.

Le système de santé et de services sociaux du Québec, comme celui des autres provinces canadiennes, a été conçu pour répondre à des problèmes de santé aigus et semble moins adapté pour affronter le défi que représente le suivi des personnes aux prises avec une maladie chronique et des personnes dites vulnérables ou en situation de fragilité. Nous gagnerions à investir davantage dans les soins de première ligne et les services de soutien à domicile pour répondre à la demande actuelle et future. À la lumière de ce bilan statistique, il serait raisonnable de penser que le renforcement de ces soins et de ces services contribuerait à l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec.

Notes

1. Institut de la statistique du Québec, « La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2012 et tendance récente », dans *Coup d'œil sociodémographique*, n° 26, mai 2013.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, *Pour guider l'action – portrait de santé du Québec et de ses régions: les analyses*, Québec, gouvernement du Québec, 2011.
3. *Ibid.*
4. En date du 8 février 2012, 764 cas de rougeole ont été déclarés au bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux depuis le 3 avril 2011, soit la date à partir de laquelle une transmission locale soutenue a été observée au Québec. En ligne: www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/rougeole/portrait2011.php. Site consulté le 10 septembre 2013.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, *op. cit.*
6. *Ibid.*
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'intégration des services de santé et des services sociaux: le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004. En ligne: www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls. Site consulté le 10 septembre 2013.
8. *Ibid.*
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 2012.
10. Collège des médecins du Québec, *Répartition générale des médecins*, décembre 2012. En ligne: www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations/Statistiques/RepartitionMedecins.aspx. Site consulté le 13 septembre 2013.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2011*, Ottawa, ICIS, 2012.
12. Institut canadien d'information sur la santé, *Infirmières réglementées: tendances canadiennes, 2007 à 2011*, Ottawa, ICIS, 2012.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2011 – guide de référence*, version 2, Ottawa, ICIS, 2013.
14. Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada – profils provinciaux de 2011: un regard sur 27 professions de la santé*, Ottawa, ICIS, juillet 2013.
15. *Ibid.*
16. Institut canadien d'information sur la santé, *Les ergothérapeutes au Canada 2011 – faits saillants nationaux, provinciaux et territoriaux*, Ottawa, ICIS, 2012.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada – profils provinciaux de 2011, op. cit.*
18. *Ibid.*
19. Agence de la santé et des services sociaux/ Direction de santé publique, *Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal: analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé*, Montréal, 2003.
20. Statistique Canada, *Feuillelet d'information de la santé*, n° 82-625-WF au catalogue, 21 juin 2013. En ligne: www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11832-fra.htm. Site consulté le 27 juillet 2013.
21. Institut canadien d'information sur la santé, *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada: analyse en bref*, Ottawa, ICIS, 2009.
22. *Ibid.*
23. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Statistiques de santé et de bien-être*. En ligne: www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Evolution-du-taux-de-consultation-dune-personne-ressource-en-medecine-non-traditionnelle-selon-le-sexe. Site consulté le 30 juillet 2013.
24. Services Info-Santé et Info-Social, *Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*, Direction

- générale des services sociaux, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, 2007.
25. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Rapport annuel de gestion 2009-2010*, Québec, gouvernement du Québec, 2010.
26. Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les statistiques – deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Québec, gouvernement du Québec, 2006.
27. Commissaire à la santé et au bien-être, *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé: le Québec comparé – résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008*, Québec, gouvernement du Québec, 2009.
28. Commissaire à la santé et au bien-être, *Info-performance. Favoriser la pratique médicale de groupe et accroître l'interdisciplinarité en première ligne*, n° 1, Québec, gouvernement du Québec, novembre 2011.
29. Commissaire à la santé et au bien-être, *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé – résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins*, Québec, gouvernement du Québec, 2010.
30. Commissaire à la santé et au bien-être, *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé – résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012*, Québec, gouvernement du Québec, 2013.
31. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, *Pour guider l'action – portrait de santé du Québec et de ses régions: les statistiques*, Québec, gouvernement du Québec, 2011.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Services de soutien à domicile*, 2013. En ligne: www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/perdre-son-autonomie/Pages/ser-vice-soutien-domicile.aspx. Site consulté le 10 septembre 2013.
33. Melanie Hoover et Michelle Rotermann, « Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009 », dans *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 4, Ottawa, Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, décembre 2012.
34. Le Protecteur du citoyen, *Chez soi, toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, Québec, Le Protecteur du citoyen, mars 2012.
35. *Ibid.*