

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 4

LA SANTÉ AU QUÉBEC, INSUFFISANCE DE RESSOURCES OU ORGANISATION DÉFICIENTE ?

Joanne Castonguay

Économiste, vice-présidente adjointe au CIRANO

Claude Montmarquette

Professeur émérite à l'Université de Montréal et PDG du CIRANO

Le système de santé du Québec accapare une partie importante des ressources des Québécois. En 2009-2010, le budget du système public de santé et de services sociaux au Québec était de plus de 26 milliards de dollars annuellement, soit plus de 46 % des dépenses de programmes du gouvernement et plus de 8 % du PIB. En incluant le secteur privé, le domaine de la santé atteint 13 % du PIB. Il s'agit d'un secteur d'importance dans notre économie.

En termes de ressources¹, ce sont plus de 276 000 personnes, soit plus de 7 % de la population active du Québec, et plus de 12 % en incluant les travailleurs du secteur privé, qui sont impliquées dans un réseau public de 185 centres (centres hospitaliers de santé, de services communautaires, d'hébergement et de soins de longue durée, etc.).

Pour certains, il s'agit de ressources importantes, alors que pour d'autres, elles sont insuffisantes. Les déclarations régulières dans les médias au sujet de la longueur du temps d'attente portent à croire qu'il y a pénurie de ressources cliniques. Mais est-ce vraiment le cas? En d'autres mots, le temps d'attente est-il un symptôme d'une insuffisance de ressources?

Dans un contexte de régime universel de santé entièrement financé par le régime public, la quantité de services demandée ou offerte n'est pas déterminée par le prix mais plutôt par les ressources que l'on alloue au système de santé et ce que l'on arrive à produire avec ces ressources. On peut se demander si on octroie suffisamment de ressources, mais il ne faut pas occulter deux autres questions : optimisons-nous l'utilisation des ressources que nous octroyons déjà, et quelle est la contrepartie de l'allocation qui est faite?

La question est donc de deux ordres :

- dans un premier temps, allouons-nous suffisamment de ressources au système de santé? Cette question se décline en deux sous-questions : 1) quel est l'impact de l'allocation des ressources à la santé sur l'ensemble du budget gouvernemental? et 2) sommes-nous disposés à augmenter les fonds que nous accordons à la santé pour attendre moins?
- dans un deuxième temps, compte tenu des ressources allouées au système de santé, obtenons-nous un niveau de services optimal?

Nous tenterons de répondre à ces questions dans ce chapitre au moyen d'une analyse économique de notre système de santé en commençant par une brève explication du modèle de marché des services de santé. Le but de la première section est d'illustrer les différentes dimensions du coût des services de santé et donc les choix que la société doit faire en ce qui concerne ces services. Ensuite, nous explorerons différentes dimensions des coûts en comparant la situation du Québec avec celle d'autres juridictions. La deuxième section comparera les coûts du système de santé et les ressources que nous lui consacrons et la troisième mettra en relation les activités et les services que nous obtenons en échange de cette allocation de ressources. Enfin, la dernière section présentera un sommaire des

constats ainsi que nos recommandations pour améliorer notre capacité à évaluer la valeur de nos investissements en santé.

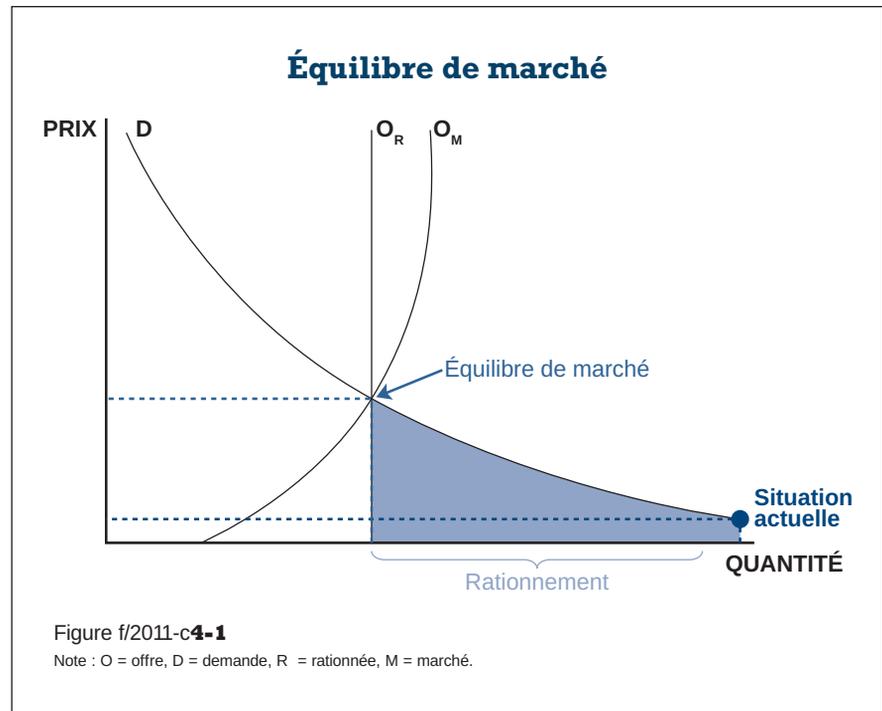
Modèle économique des services de santé

Allouons-nous suffisamment de ressources à notre système de santé ?

Il est difficile de répondre à cette question dans un contexte de régime public. En effet, puisque nous jouissons d'un régime universel d'assurance santé, le prix au point de services pour les soins de santé est zéro. À ce prix, la demande excède toujours l'offre et un sentiment de rationnement ou de pénurie existera toujours. En outre, le fournisseur n'a pas de signal de prix lui indiquant ce que le demandeur de service, c'est-à-dire le patient, est prêt à payer pour obtenir des soins. Ainsi, la quantité demandée est « infinie » et la quantité offerte est déterminée par d'autres considérations (le budget disponible déterminé économiquement et politiquement, par exemple)².

Donc, l'offre de services de santé est rationnée dans le contexte d'un régime public universel. C'est ce qui explique que la demande soit toujours supérieure à l'offre au Québec – comme au Canada d'ailleurs – et que nous entendions régulièrement parler de temps d'attente trop long dans les médias.

Cette situation est illustrée dans la figure 4-1. Puisque le prix des services est nul pour le consommateur, l'offre rationne la demande. Cette figure est une simplification d'une réalité autrement plus complexe, mais elle illustre bien l'ampleur de la tâche qu'est satisfaire la demande en soins de santé. Dans cette figure, lorsque le marché détermine la quantité offerte ou achetée et le prix de la transaction, il n'y pas d'attente.



Pour bien illustrer que c'est le prix nul pour le client (le patient) qui cause un excès d'offre, on peut considérer ces deux exemples fort éloquent :

- la gratuité des services ambulanciers pour certaines clientèles encourage leur utilisation, surtout dans un contexte où ces services sont perçus comme des moyens plus sûrs de passer rapidement au triage en arrivant au service de l'urgence de l'hôpital³ ;
- le cas de la procréation assistée illustre l'inverse. Le Québec a pris la décision d'assurer cette intervention. Depuis que la politique est en vigueur, le temps d'attente moyen pour cette intervention est passé de nul à plusieurs mois⁴.

Les différentes dimensions des coûts de la santé

Ce n'est pas parce que le patient ne débourse pas directement que le coût de la prestation de soins de santé est nul. Le coût ne s'exprime pas de la même façon pour le patient et pour la société.

Les coûts liés à la maladie ont plusieurs dimensions. D'une part, il y a les coûts directs, monétaires et non monétaires, et d'autre part, les coûts indirects. Les coûts indirects sont notamment ceux liés à l'impact sur la productivité des entreprises si les employés ou leurs proches ne sont pas en bonne santé.

Les coûts directs

Puisque le système de santé du Québec est financé par le budget général du gouvernement, les coûts monétaires directs pour le système sont payés par les impôts des contribuables. Les coûts directs, qui représentent la place qu'occupe la santé dans le budget provincial, ont été analysés au chapitre 3. Nous y ajoutons ici une brève analyse comparative des ressources que nous allouons au domaine de la santé.

Les coûts directs pour le patient (l'utilisateur) varient en fonction de sa maladie et de l'attente nécessaire pour obtenir des services (lorsqu'il y a un délai). Ces coûts sont de deux ordres : monétaire et non monétaire. Pour le patient, le coût monétaire est associé à la valeur de son temps. Le coût non monétaire est lié à l'inconfort, à l'anxiété, à la douleur et au mal-être du patient. Ces derniers éléments, bien qu'ils soient difficiles à quantifier en termes monétaires, ne doivent pas être négligés.

Les coûts indirects

Les coûts indirects s'expriment par le préjudice monétaire important subi par l'employeur et par le travailleur lorsque ce dernier s'absente de son travail pour des raisons de santé qu'il ne peut régler rapidement. Pour le travailleur autonome, ce coût s'exprime en manque à gagner⁵; pour l'employeur, il s'exprime par une diminution de la productivité.

L'émergence de cliniques privées reflète l'importance des coûts indirects sur les sociétés et les travailleurs. Si le patient évalue que son temps (et son bien-être) vaut le prix de la consultation privée à déboursier, il n'hésitera pas

à le faire. Remarquons que la clientèle des cliniques privées est largement composée de travailleurs soutenus financièrement par leur entreprise, ou encore référés par la CSST. Dans tous les cas, cette politique est tout à fait justifiable : il faut permettre à ces travailleurs de retourner le plus rapidement possible dans le système productif. Laisser leur nom sur des listes d'attente pendant qu'ils attendent chez eux d'être soignés appauvrirait l'entreprise, le travailleur et l'économie. À long terme, cela créerait davantage de rationnement.

Ainsi, les individus, au même titre que les organisations privées et publiques (telles que la CSST), sont prêts à payer davantage pour obtenir des services de santé qu'ils ne peuvent obtenir dans le cadre du régime public dans un délai opportun. Pour ces patients, le coût de l'attente est donc supérieur au coût à déboursier pour obtenir des services de santé auprès du secteur privé, puisqu'ils choisissent cette option.

Ces différentes notions de coût de la santé et du système de santé sont généralement ignorées par le secteur de la santé. Les statistiques sur les coûts du système de santé présentent strictement le coût direct du système de santé. En conséquence, les décisions stratégiques dans le domaine de la santé sont généralement prises en considérant strictement cette portion limitée des coûts.

En somme, dans un contexte d'assurance santé universelle, il n'y a pas de signal de prix qui permette de déterminer à quel niveau de production l'offre et la demande seront en équilibre. Il faut donc faire l'adéquation entre le prix que la société est prête à payer pour ses services de santé et le niveau de services auquel elle devrait s'attendre pour ce prix. En d'autres termes, les services de santé ne sont pas gratuits. La société doit choisir quelle proportion leur allouer compte tenu de ses autres priorités. Il faut être en mesure d'en évaluer le poids et de bien saisir leur coût d'opportunité. Une fois ce choix effectué, il faut aussi nous assurer d'obtenir le plus de services possible pour les dollars que nous leur consacrons.

Les délais pour les services de santé

L'attente pour un premier rendez-vous

Le niveau d'attente pour plusieurs types de services signale une insuffisance de ressources.

Comme l'indiquent les tableaux 4-1 et 4-2, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un omnipraticien est beaucoup plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada, mais il est plus faible lorsqu'il s'agit d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste.

Au Québec, 37,4 % des médecins de famille ou leur cabinet estiment être en mesure d'offrir aux patients référés d'urgence un premier rendez-vous dans un délai de 24 heures, contre 61,2 % dans l'ensemble du Canada. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous d'urgence est de 3,2 jours au Québec, ce qui équivaut à plus de deux fois la moyenne canadienne de 1,4 jour.

Attente pour obtenir un rendez-vous d'urgence avec le médecin de famille ou avec son cabinet, 2010					
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada
1 jour ou moins (%)	37,4	69,5	63,5	73,4	61,2
Plus de 1 jour jusqu'à 1 semaine (%)	28,3	9,8	12,5	5,8	14,2
Plus de 1 semaine jusqu'à 2 semaines (%)	3,3	0,9	1,0	0,4	1,4
Plus de 2 semaines (%)	2,6	0,6	1,3	0,3	1,1
Incertain, non répondu, sans objet (%)	28,4	19,2	21,7	20,1	22,1
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne (jours)	3,2	0,8	1,2	0,6	1,4
Médiane (jours)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tableau t/2011-c4-1

Source : Sondage national des médecins (2010).

En revanche, au Québec, une part plus importante de médecins spécialistes ou leur cabinet estiment être en mesure d'offrir un rendez-vous à un patient référé d'urgence dans un délai d'une semaine ou moins, soit 67,0 %, contre 61,1 % dans l'ensemble du Canada.

	Attente pour obtenir un rendez-vous d'urgence avec un spécialiste ou avec son cabinet, 2010				
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada
1 jour ou moins (%)	40,3	28,8	29,0	30,9	31,8
Plus de 1 jour jusqu'à 1 semaine (%)	26,7	30,1	28,7	27,3	29,3
Plus de 1 semaine jusqu'à 2 semaines (%)	5,4	6,9	8,3	7,0	6,8
Plus de 2 semaines (%)	4,5	4,4	3,8	5,0	4,6
Incertain, non répondu, sans objet (%)	23,1	29,8	30,2	29,8	27,5
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne (jours)	4,2	5,2	5,3	5,2	5,0
Médiane (jours)	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Tableau t/2011-c4-2

Source : Sondage national des médecins (2010).

L'attente dans les urgences

L'attente dans les urgences est en moyenne d'au-delà de 12 heures dans un grand nombre d'hôpitaux.

Les délais d'attente moyens pour les patients sur civière dans les hôpitaux du Québec sont relativement élevés, par rapport à la cible de 12 heures fixée par le ministère de la Santé. Les patients sur civière attendent en moyenne 17 h 36 dans les urgences de la province. À Montréal, le temps d'attente moyen est de 20 h 13. Il atteint plus de 20 heures dans 5 hôpitaux universitaires sur 18, dans 7 hôpitaux régionaux sur 9 et dans 20 hôpitaux territoriaux sur 60. On notera que le pourcentage de personnes sur civière expérimentant un séjour de 48 heures et plus peut atteindre plus de 10 % dans plusieurs hôpitaux (Champagne, 2011b).

L'attente pour une chirurgie

L'attente pour les chirurgies au Québec est équivalente à l'attente moyenne au Canada, mais...

Le tableau 4-3 témoigne des délais comparatifs⁶ pour certaines chirurgies dans les grandes provinces canadiennes en 2010. Selon ces données, il appert que la situation au Québec n'est pas alarmante, puisque le temps d'attente se situe environ dans la moyenne canadienne. Ces données cachent, par ailleurs, deux réalités.

Les délais de référence jugés « acceptables » au Canada le sont pour qui ? Pour le patient ou pour les établissements ? Un délai de 26 semaines implique plus de six mois d'attente pour avoir une arthroplastie de la hanche, une arthroplastie du genou ou encore un pontage. C'est beaucoup pour celui qui attend ! En outre, avec la Loi 33 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en 2006, nous avons instauré une politique de « garantie d'accès » de six mois pour ces interventions (Gouvernement du Québec, 2006). D'autres pays tels que le Danemark garantissent l'accès à ces interventions dans un délai d'un mois (Hansen, 2011).

Et qu'en est-il pour les autres types de chirurgies ? Il est impossible de le savoir parce qu'on ne publie pas toutes les données qui les concernent. Depuis quelques années, nous priorisons les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes, mais à quel coût ? Est-ce au détriment des patients souffrant d'autres maux ? Selon l'ICIS, « les interventions chirurgicales dont il est question dans le présent rapport représentent environ le huitième des interventions pratiquées au Canada⁷. » (ICIS, 2011a). Aucune étude sur l'impact de cette priorisation sur les autres chirurgies n'a été recensée. Toutefois, des informations extraordinaires nous sont dévoilées informellement, et elles révèlent un portrait plutôt inquiétant. Par exemple, l'attente pour une chirurgie bariatrique peut aller jusqu'à sept ans⁸ !

Délai de référence et temps d'attente pour chirurgie, 2010						
	Délai de référence	Part des patients ayant reçu des soins dans le délai de référence (%)				
		Canada	Colombie-Britannique	Alberta	Ontario	Québec
Arthroplastie de la hanche	26 semaines	84	85	78	91	88
Arthroplastie du genou	26 semaines	79	76	69	89	83
Réparation d'une fracture de la hanche	48 heures	78	90	81	77	φ
Cataracte	16 semaines	83	79	48	88	87
Pontage	26 semaines	99	99	95	100	φ
Radiothérapie	4 semaines	98	92	94	97	98

Tableau t/2011-c4-3

Source : ICIS (2011a).

Note : φ = données non comparables pour le Québec.

En somme, au Québec, nous attendons comparativement plus pour obtenir un rendez-vous auprès d'un omnipraticien et lorsque nous fréquentons l'urgence. L'attente est toutefois plus courte pour obtenir un premier rendez-vous auprès d'un spécialiste.

Les ressources allouées à la santé

L'insuffisance de ressources est-elle réelle ?

On évoque souvent le manque de ressources pour expliquer les délais d'attente dans plusieurs milieux. Le manque d'infirmières est décrié régulièrement. On parle de pénurie de médecins. Ces manques expliqueraient les difficultés d'accès. Au-delà de l'argument de l'absence de prix et de la pénurie par définition, comment le Québec se compare-t-il sur le plan des ressources allouées à la santé ?

Les ressources financières

Les données du tableau 4-4 sont sans équivoque au sujet de l'importance relative qu'accorde le Québec au secteur de la santé. La capacité de payer du Québec est plus faible que celle des autres juridictions sélectionnées, puisque nous sommes au dernier rang du PIB par habitant. Mais nous valorisons beaucoup plus la santé que les autres juridictions, puisque nous allouons une part plus importante de notre richesse à la santé. Par rapport à sa capacité de payer, le Québec suit les États-Unis dans ses dépenses totales de santé en pourcentage du PIB⁹. Par ailleurs, comme la capacité de payer du Québec est inférieure à celle de l'ensemble des États comparés au tableau 4-4, le Québec fait nettement moins bien non seulement sur le plan de ses dépenses par habitant¹⁰ mais aussi sur le plan de la contribution publique, qui y est bien moindre qu'ailleurs.

Importance des dépenses de santé selon différents indicateurs, 2009¹¹										
	PIB par habitant (\$ US)	Rang	Dépenses totales de santé par habitant (\$ US)	Rang	Dépenses totales de santé (% du PIB)	Rang	Dépenses publiques de santé par habitant (\$ US)	Rang	Dépenses privées de santé par habitant (\$ US)	Rang
Alberta	56 308	1	4 826	2	8,3	9	3 543	3	1 284	3
États-Unis	45 087	2	7 960	1	17,4	1	3 795	1	4 165	1
Canada	37 873	3	4 363	4	11,4	6	3 081	4	1 282	4
Danemark	37 680	4	4 348	5	11,5	5	3 698	2	650	8
Ontario	37 006	5	4 427	3	12,6	3	3 002	5	1 425	2
Colombie-Britannique	35 809	6	4 167	6	12,3	4	2 950	6	1 217	5
Finlande	35 656	7	3 226	9	9,2	8	2 410	9	816	7
Royaume-Uni	35 151	8	3 487	8	9,8	7	2 935	7	553	9
Québec	32 445	9	3 946	7	12,8	2	2 819	8	1 126	6

Tableau t/2011-c4-4

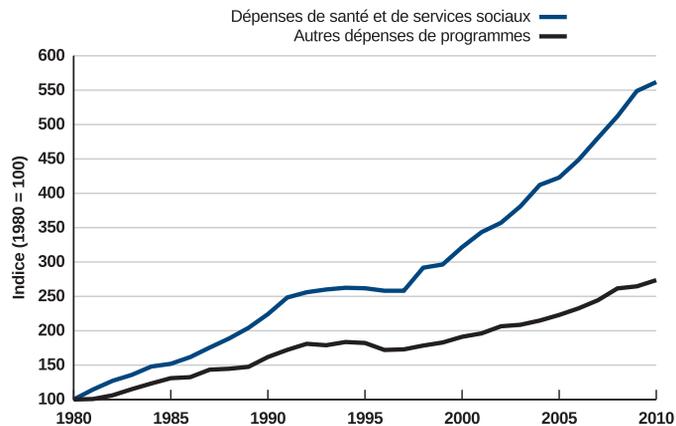
Source : OCDE (2011a), OCDE (2011b), ICIS (2010a), BDSO (2010) et calculs des auteurs.

La proportion du budget gouvernemental allouée à la santé

Les dépenses publiques allouées à la santé dominent l'ensemble des dépenses de programmes québécoises. Depuis 1997-1998, les dépenses de santé et de services sociaux dominent largement et de façon continue les autres dépenses de programmes du gouvernement. Le graphique 4-1 compare l'évolution des dépenses de programmes avec celle des dépenses publiques de santé. On y observe que la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé a été de 5,9 % entre 1980 et 2010, alors qu'elle a été de 3,4 % pour l'ensemble des dépenses de programmes. C'est ce qui explique que de 1980 à 2010, la part des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses de programmes québécoises est passée de 31 % à 42 % (Gouvernement du Québec, 2010).

Ainsi, en tant que société, nous faisons le choix d'allouer une part aussi importante de nos deniers publics à la santé et d'en allouer moins aux autres missions du gouvernement.

Évolution des dépenses de santé et de services sociaux et des autres dépenses de programmes



Graphique g/2011-c4-1

Source : Gouvernement du Québec (2011).

Les ressources humaines

En termes de ressources humaines, le Québec est mieux doté que le reste du Canada.

Lorsque l'on traduit les dépenses de santé et de services sociaux en ressources humaines, un certain nombre de points méritent d'être notés.

Les médecins

Le Québec a relativement plus de médecins que le reste du Canada

Près de 26,8 % des Québécois révèlent ne pas avoir de médecin de famille (tableau 4-7). Un tel constat porte à croire que nous n'avons pas suffisamment de médecins de famille au Québec. Pourtant, les tableaux suivants montrent des données qui démentent ce constat qui fait partie du discours populaire. En effet, pour une proportion plus élevée de médecins qu'ailleurs, moins de Québécois ont un médecin de famille.

Depuis 1989, le Québec est l'une des provinces où l'on trouve le nombre de médecins professionnellement actifs par habitant le plus élevé par rapport au reste du Canada.

Nombre de médecins par 100 000 habitants ¹²					
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada
1979	155	155	126	170	150
1989	198	192	165	197	187
1999	212	179	167	194	186
2009	221	187	204	212	201

Tableau t/2011-c4-5

Source : ICIS (2010b).

Le tableau 4-6 montre, de plus, que la répartition du nombre de médecins au Québec selon leur spécialité ne diffère pas de celle du Canada. On remarque toutefois un pourcentage plus élevé du nombre de médecins de famille au Québec qu'en Ontario.

	Répartition du nombre de médecins¹³					
	1999			2009		
	Québec (%)	Canada (%)	Ontario (%)	Québec (%)	Canada (%)	Ontario (%)
Spécialistes médicaux	36,2	35,6	38,3	37,3	36,3	38,8
Spécialistes cliniques	33,6	33,1	35,9	34,7	33,9	36,5
Spécialistes de laboratoire	2,6	2,5	2,4	2,6	2,4	2,2
Chirurgiens spécialisés	14,0	13,7	14,2	13,1	12,6	13,0
Scientifiques médicaux	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Total – tous les spécialistes	50,3	49,4	52,7	50,5	48,9	51,8
Total – médecins de famille	49,7	50,6	47,3	49,5	51,1	48,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau t/2011-c4-6

Source : ICIS (2010b).

Mais les Québécois ont moins accès à un médecin de famille

Avec un nombre plus élevé de médecins par 100 000 habitants et un pourcentage de médecins de famille comparable à celui existant ailleurs au Canada et notamment en Ontario, comment expliquer qu'au Québec, la part de la population n'ayant pas accès à un médecin de famille soit historiquement largement supérieure à celle de l'Ontario, comme le montre le tableau 4-7 ?

La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente ?

Part de la population n'ayant pas accès à un médecin de famille					
	Canada (%)	Québec (%)	Ontario (%)	Alberta (%)	Colombie-Britannique (%)
2001	12,3	24,1	5,7	15,8	9,8
2003	13,7	24,5	8,8	14,7	11,0
2005	13,6	24,3	8,4	15,8	10,2
2007	15,3	26,1	10,0	18,5	12,6
2009	15,3	26,8	9,0	19,0	13,9

Tableau t/2011-c4-7

Source : Statistique Canada (2010).

Les médecins voient moins de patients qu'ailleurs au Canada

Selon le Sondage national des médecins (2010), les omnipraticiens québécois déclarent voir en moyenne 30 patients de moins par semaine que ceux des autres provinces canadiennes. Les femmes médecins québécoises voient en moyenne 30 patients de moins par semaine que les Ontariennes. Chez les moins de 35 ans, l'écart atteint 36 patients par semaine. Il faut noter toutefois que les médecins québécois sont obligés de faire plus d'heures en milieu hospitalier que les médecins ontariens, et que le niveau d'activité dans ce milieu est plus faible que dans les cliniques. Il n'en reste pas moins que les médecins québécois, hommes comme femmes, voient moins de patients par semaine que leurs vis-à-vis ontariens.

Nombre de patients vus lors d'une semaine type, selon les caractéristiques des omnipraticiens, 2010, Québec						
	Hommes	Femmes	Moins de 35 ans	De 35 à 44 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 64 ans
Québec	90,8	67,9	62,1	73,9	79,4	90,1
Ontario	129,4	98,0	98,1	106,3	120,7	127,9

Tableau t/2011-c4-8

Source : Sondage national des médecins (2010).

Note : Exclut les médecins résidents, militaires et non autorisés.

La contre-performance du secteur dit de la première ligne se ferait-elle au profit du secteur hospitalier? Tel que l'indique le tableau 4-9, une proportion plus importante de médecins de famille exercent dans les hôpitaux au Québec alors que dans la majorité des autres juridictions, ils n'ont pas cette contrainte. Enfin, il est de notoriété publique, maintenant, que la médecine spécialisée est davantage valorisée que la médecine de famille, au Québec comme ailleurs.

	Proportion de l'activité des médecins de famille par milieu de pratique, 2010				
	Québec (%)	Ontario (%)	Alberta (%)	Colombie-Britannique (%)	Canada (%)
Cabinet, clinique privée ou communautaire ou CLSC	56,7	68,8	65,1	67,2	64,3
Sans rendez-vous, indépendante	0,8	2,9	2,9	6,2	2,5
Milieu hospitalier (universitaire ou autre) ou salle d'urgence ¹⁴	28,3	21,2	25,1	18,2	23,9
Centre d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées	2,6	0,9	0,6	0,2	1,2
Autres milieux ¹⁵	5,2	3,4	4,1	3,7	4,0
Sans objet ou non répondu	6,4	2,8	2,2	4,5	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau t/2011-c4-9

Source : Sondage national des médecins (2010).

Les autres professionnels de la santé

Le Québec a généralement plus de ressources professionnelles en santé que le reste du Canada.

Le tableau 4-10 montre que la situation québécoise n'est pas, dans son ensemble, à la remorque de l'Ontario et du reste du Canada, en particulier pour ce qui est des infirmières.

La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente ?

	Autres professionnels de la santé par 100 000 habitants, 2008		
	Québec (%)	Canada (%)	Ontario (%)
Personnel autorisé actif, détenant un permis et pouvant occuper un emploi			
Dentistes	54	58	63
Optométristes	17	14	13
Psychologues	95	47	25
Personnel autorisé actif, détenant un permis et occupant un emploi			
Infirmières autorisées	846	786	718
Infirmières auxiliaires autorisées	253	223	212
Technologistes en laboratoire médical	54	57	51
Technologistes en radiation médicale	59	49	41
Ergothérapeutes	51	38	32
Pharmaciens	93	88	76
Physiothérapeutes	48	51	48

Tableau t/2011-c-4-10

Source : ICIS (2010c).

Pourtant, nos infirmières sont moins bien rémunérées et moins souvent au travail que celles du reste du Canada.

On parle souvent d'une pénurie d'infirmières, élément que l'on tient responsable de l'absence de productivité dans le système de santé. L'analyse des indicateurs sur le travail des infirmières révèle un portrait différent de cette interprétation.

L'étude de Laberge et Montmarquette (2009) montre que nos infirmières ont des conditions d'emploi moins intéressantes que les autres infirmières canadiennes. Elles gagnent un salaire horaire de 13 % inférieur et elles sont 7 % moins nombreuses à occuper un emploi à temps plein. En contrepartie, toutefois, elles travaillent moins : 9,4 % moins d'heures par semaine, 2,2 % moins d'heures supplémentaires, et elles sont 38,9 % plus nombreuses à être absentes du travail.

La pratique des effectifs infirmiers du Québec, de l'Ontario et du reste du Canada pour 2007 est synthétisée au tableau 4-11.

Synthèse des constats sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers, Québec, Ontario et reste du Canada, 2007				
	Québec	Ontario	Reste du Canada	Écart avec le reste du Canada (%)
Heures effectives travaillées (par semaine)	28	31,3	30,9	-9,4
Heures effectives (% des heures contractées)	83,8	88,9	87,4	-4,1
Infirmières à temps plein (%)	74,8	78	80,2	-6,7
Infirmières en emploi, mais absentes (%)	17,5	11,4	12,6	38,9
Nombre d'heures supplémentaires (par semaine)	1,76	1,77	1,8	-2,2
Salaire horaire réel (\$ CA 2002)	29,38	34,17	33,81	-13,1
Salaire horaire (% du salaire horaire moyen)	137,5	145	148,6	-7,5

Tableau t/2011-c4-11

Source : Laberge et Montmarquette (2009).

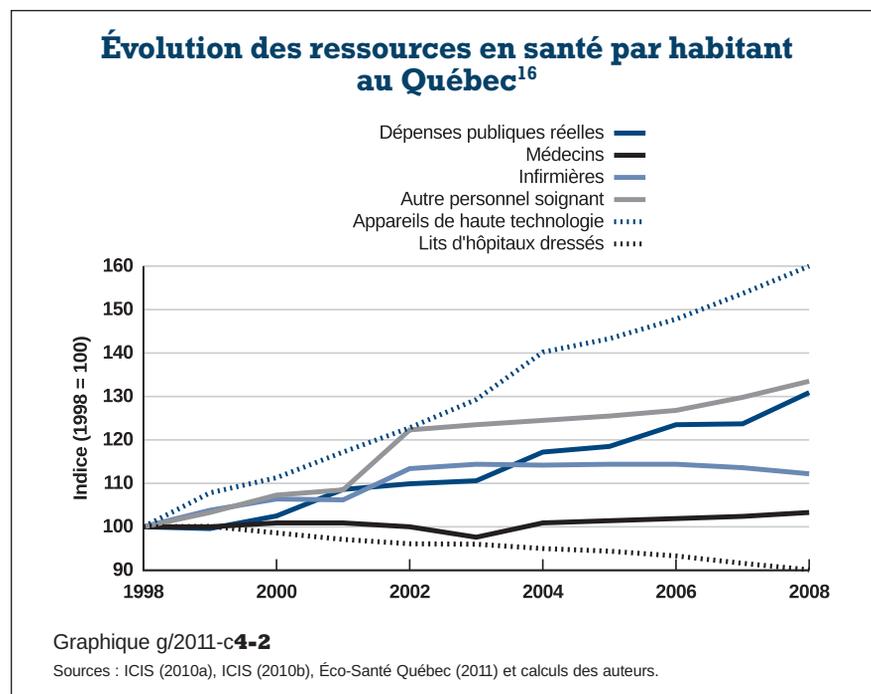
De conclure Laberge et Montmarquette : « L'existence d'une pénurie des effectifs infirmiers est désormais reconnue et acceptée par la vaste majorité des intervenants et des citoyens, mais le contexte de pratique du personnel infirmier fait encore l'objet de tabous tenaces. De fait, si les infirmières québécoises rejoignaient une intensivité du travail comparable à celle de leurs collègues du reste du Canada ou d'autres pays, on peut croire qu'une part sensible de la pénurie d'effectifs pourrait se régler par des moyens autres que la formation de nouveaux effectifs, bien que celle-ci demeure une stratégie importante de réduction de la pénurie. » En d'autres mots, la pénurie d'infirmières ressentie reflète non pas une insuffisance de ressources infirmières, mais plutôt une politique de contrôle des coûts et de rationnement du système.

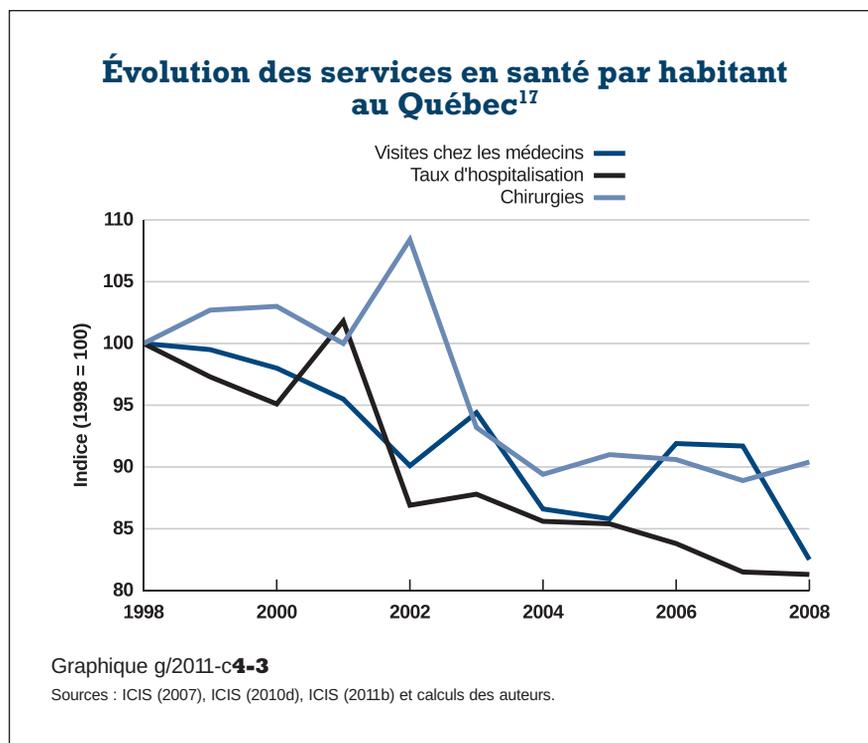
La productivité du secteur de la santé

L'analyse de l'évolution des ressources allouées au système (intrants) comparativement à l'évolution des activités (extrants) montre que malgré une augmentation constante des intrants au cours des dix dernières années, les extrants diminuent régulièrement année après année. Un constat inquiétant!

La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente ?

Le graphique 4-2 montre l'évolution des ressources avec des dépenses réelles nettement en hausse, une très légère augmentation du nombre de médecins par 100 000 habitants et une augmentation importante des ressources allouées aux appareils de haute technologie et au reste du personnel soignant. Le graphique 4-3 montre l'évolution des extrants, qui sont tous en baisse. Toutefois, une partie de la baisse visible dans les activités est expliquée par les limites des données. En effet, les données sur les visites et les chirurgies ne présentent que les actes qui ont été réalisés sous la rémunération à l'acte. Or, entre 1999 et 2009, la part de la rémunération à l'acte dans la rémunération clinique totale est passée de 83,6 % à 73,7 %, soit une baisse de près de dix points de pourcentage. Nous croyons toutefois que l'impact de cette limitation dans les données est relativement faible, puisque la rétribution plus importante de rémunération à salaire est octroyée dans un contexte de rémunération mixte. Ainsi, le nombre d'activités ne devrait pas être affecté par cette réalité.





Les données du tableau 4-12 révèlent que malgré que nous ayons augmenté les dépenses de santé à un rythme annualisé de 2,7 % en termes réels par habitant et que le taux de médecins par habitant ait augmenté de 0,3 % depuis 1998, les services obtenus ont diminué année après année au cours de cette même période : moins 2,0 % de visites médicales par habitant et d'hospitalisations. Les chirurgies totales ont quant à elles diminué de 1,0 % en moyenne par année au cours de la période. Toutefois, la distribution des chirurgies majeures et mineures dans le total a changé. Au cours de la période, le nombre de chirurgies majeures par habitant a augmenté en moyenne de 1,0 % par année et le nombre de chirurgies mineures par habitant a diminué en moyenne de 2,7 % par année. En 2008, les chirurgies mineures représentaient 49 % des chirurgies totales, alors qu'elles comptaient pour 58 % au début de la période.

La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente ?

Croissance annuelle composée des intrants et des extrants du système de santé, 1998-2008 ¹⁸	
Taux de croissance annuel composé (%)	
Ressources	
Dépenses publiques réelles par habitant	2,7
Médecins par 100 000 habitants	0,3
Infirmières par 100 000 habitants	1,2
Autre personnel soignant par 100 000 habitants	2,9
Lits d'hôpitaux dressés par 100 000 habitants, soins généraux et spécialisés	-0,9
Lits d'hôpitaux dressés par 100 000 habitants, hébergement et soins de longue durée	-1,1
Appareils de haute technologie par 1 000 000 d'habitants	4,8
Services	
Visites de médecins par habitant	-1,9
Taux d'hospitalisation normalisé pour 100 000 habitants	-2,0
Chirurgies par 1 000 habitants	-1,0

Tableau t/2011-c4-12

Source : ICIS (2010a), ICIS (2010b), Éco-Santé Québec (2011), ICIS (2007), ICIS (2010d), ICIS (2011b) et calculs des auteurs.

Comment expliquer cette baisse apparente de productivité en général ? Une partie de l'explication vient peut-être du recours accru aux médicaments et aux appareils technologiques, qui permettent une hospitalisation moins importante, leur coût étant pris en compte dans le graphique 4-2. Il est difficile, toutefois, de conclure à une hausse de productivité ou du moins à son maintien dans le temps, puisque l'activité médicale diminue et qu'elle ne peut être attribuable à une baisse de la demande de médecins de famille.

Conclusion

Les données historiques nous montrent qu'injecter plus d'argent dans le système de santé n'augmente pas la quantité de services rendus.

Comment faire mieux ?

Le coût du rationnement des services de santé s'exprime de deux manières. Pour les individus, il s'agit des délais pendant lesquels ils doivent attendre avant de recevoir les services de santé dont ils ont besoin, tandis que pour la société, il s'agit d'une perte en termes de productivité. À la lumière de ce constat, nous devrions nous demander si ce coût du rationnement des services de santé est celui que nous sommes prêts à payer par rapport aux services que nous obtenons.

Nous priorisons davantage la santé que les autres Canadiens, mais nous en obtenons moins pour notre argent.

En somme, malgré un PIB par habitant inférieur à celui des autres provinces, nous allouons une partie plus importante de notre richesse à la santé. Selon notre capacité de payer, nous valorisons donc davantage la santé que les autres Canadiens. Les sommes allouées à ce domaine de la santé sont inférieures de 9,6 % au Québec à celles allouées en moyenne au Canada, même si notre richesse est inférieure de 14,0 % à la moyenne canadienne. Malgré ces ressources inférieures, nous avons plus de médecins, plus d'infirmières et plus d'effectifs professionnels qu'ailleurs au Canada. Mais puisque nos médecins et nos infirmières travaillent moins que ceux des autres provinces et territoires, les Québécois reçoivent moins de services et il en résulte une apparence de pénurie de ressources.

Par rapport à sa capacité de payer, le Québec fait donc des efforts remarquables dans le secteur de la santé. Les ressources médicales sont présentes. Ces constats sont indéniables. Malgré tout, des lacunes importantes sont reconnues dans la capacité du système à servir la clientèle dans des délais raisonnables et à répondre aux besoins en termes d'accès à un médecin de famille.

Recommandations et discussions

Ces constats sont effectués sur une base limitée de données. Nous avons constaté que nombre de données auparavant disponibles ne le sont plus aujourd'hui. Par exemple, c'est le cas de statistiques comparables sur le nombre d'infirmières et sur les chirurgies effectuées en milieu ambulatoire comparées à celles faites en milieu hospitalisé. En outre, l'information sur les activités et sur les coûts par cas n'est pas compilée, ni diffusée de façon à pouvoir être comparée avec celle du reste du Canada. De ce bilan résulte un débat qu'il est difficile de fonder sur des données objectives. Il n'en reste pas moins que le constat effectué ici est frappant et signale une situation inquiétante.

Afin de renverser la situation, sur la base de ces constats et sur d'autres études réalisées par les chercheurs du CIRANO dont les résultats sont publiés dans ce livre, nous formulons les recommandations suivantes au ministère de la Santé et des Services sociaux et au gouvernement du Québec :

- développer des indicateurs sur la valeur obtenue en santé pour les dollars qui y sont investis. Afin d'être comparables et de faciliter un débat éclairé, ces indicateurs devraient être développés en collaboration avec les autorités du reste du Canada et des autres pays et adhérer aux standards qu'elles reconnaissent ;
- être transparent en ce qui concerne les ressources allouées à la santé par rapport à celles allouées aux affaires sociales ainsi qu'au sujet de leur utilisation en publiant des données non seulement comparables mais aussi longitudinales ;
- accepter que des professionnels issus d'autres domaines et d'autres champs d'expertise puissent contribuer au développement de solutions pour résoudre le problème de la productivité dans le domaine de la santé. La gestion du système de santé s'est historiquement effectuée au Québec en faisant fi non seulement des connaissances qui se sont développées dans d'autres domaines comme l'économie, la gestion, la gouvernance, etc., mais aussi des résultats obtenus dans d'autres pays et d'autres juridictions ;
- accepter que pour renverser la situation, il faudra bouleverser nos institutions et nos modèles d'organisation.

Enfin, de nombreuses commissions d'étude et comités ont fait valoir les lacunes des mécanismes de gouvernance et d'organisation du système de santé. Il existe un important fonctionnement en silos. En outre, pour des raisons budgétaires, il arrive qu'on renonce à un médicament performant ou à une nouvelle technologie, même si ces derniers éléments pourraient diminuer les coûts ailleurs dans le système de santé. On observe aussi une forte rigidité syndicale, tant chez les organismes professionnels que chez les travailleurs moins qualifiés, lorsqu'il s'agit de définir les diverses responsabilités. Tous ces constats font maintenant partie des évidences souvent répétées, mais comment sortir de cette situation¹⁹ ?

Des appels à la concurrence et à l'implantation de mécanismes de marché se sont fait entendre, de même que la nécessité de faire en sorte que l'argent suive le patient lorsqu'il s'agit d'établir les allocations budgétaires.

Il faut redonner au patient sa capacité de décider. Mais, pour ce faire, il faut d'abord l'informer. Il est impensable que le patient ne puisse pas distinguer les hôpitaux performants. Qui performe le mieux ? Où y a-t-il moins d'attente, moins de réhospitalisations, moins d'infections nosocomiales, moins d'erreurs²⁰ ? Pourquoi ces données sont-elles disponibles de façon fragmentaire et difficiles d'accès au Québec, alors qu'elles sont abondantes et faciles d'accès dans plusieurs juridictions comme le Royaume-Uni et le Danemark ? Si l'argent doit suivre le patient comme élément essentiel pour assurer la concurrence, encore faut-il que le patient sache qui est performant et qui ne l'est pas. Il est curieux que pour choisir des vacances, les meilleurs hôtels, les meilleurs restaurants, les meilleures voitures, des indicateurs d'évaluation soient disponibles, mais que la même chose n'existe pas pour les services de santé !

Il y a aussi la concurrence du secteur privé, largement réclamée, d'ailleurs, par l'ensemble de la population québécoise, comme en font foi plusieurs sondages, dont ceux effectués par l'Association médicale canadienne. Dans ce contexte et à l'exemple de la majorité des pays de l'OCDE, le secteur privé peut être un pourvoyeur de services sans qu'il faille renoncer à un financement public.

Insistons sur le fait que même s'il est difficile d'évaluer les performances – une politique qui, par ailleurs, demeure légitime (OCDE, 2004) –, instaurer la concurrence avec le privé pour des services assurés publiquement ou s'exerçant à l'intérieur du système public demeure une option à privilégier.

Il y a enfin un élément majeur qui nous contraint à ne pas avoir un système plus riche et plus performant : notre richesse collective. Il n'y a pas de mystère. Si on veut un meilleur système de santé, il faudra être en mesure de le payer. Les semaines de moins de 30 heures de travail et la retraite à 60 ans ne sont pas compatibles avec une augmentation des dépenses publiques.



Notes

1. Données tirées du site du ministère de la Santé et des Services sociaux. Voir également Gouvernement du Québec (2010).
2. L'illustration d'une demande infinie pour des services de santé fait l'objet de beaucoup de débats. L'article le plus ancien et le plus célèbre à ce sujet est celui d'Arrow (1963), qui met en doute l'analogie entre le marché de la santé et le marché concurrentiel standard à cause de l'incertitude de la demande. Il est évident que les usagers du système ne sont pas malades parce qu'ils le souhaitent. Toutefois, ceci n'indique pas que le comportement des usagers n'est pas influencé par le prix. Il existe des preuves à l'effet que les usagers sont plus responsables face à leur santé lorsque les services de santé ont un coût au point de services, même s'il est faible. C'est une simple question de hasard moral, qui existe dans toutes les formes d'assurance.
3. Plusieurs articles de journaux ont été écrits sur les abus dans l'utilisation des services ambulanciers (Lacoursière, 2008) et sur l'importance des factures non payées (Champagne, 2011a).
4. Le temps d'attente en 2010 pour obtenir un premier rendez-vous au CUSM était déjà de deux mois. La page suivante révèle également que « depuis l'annonce du gouvernement, le 13 juillet 2010, le volume d'appels que reçoit le CUSM a augmenté. » D'autres centres de fertilité ont fait le même genre de déclarations. Récupéré de : <http://cusm.ca/homepage/article/debut-du-financement-du-gouvernement-du-quebec-pour-reproduction-assistee>
5. Coûts monétaires directs pour le patient. D'un point de vue sociétal, ces coûts sont des coûts indirects liés à la production non réalisée par le patient.
6. Moment écoulé entre la prise de rendez-vous (arthroplastie, pontage coronarien, cataracte), le moment où le patient est prêt à être traité (radiothérapie) ou encore la première admission à l'hôpital en raison d'une fracture de la hanche, et le moment auquel le patient subit un traitement.
7. Les interventions dont il est question dans ce texte sont les interventions prioritaires, c'est-à-dire l'arthroplastie de la hanche ou du genou, la réparation d'une fracture de la hanche, la chirurgie de la cataracte, le pontage coronarien et la radiothérapie.
8. Jennifer Schultz et Josée Roy, cofondatrices de la Coalition contre l'obésité morbide (lepoidsquitue.com), avancent que « les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique sont plus nombreuses et devront malheureusement attendre jusqu'à sept ans avant d'accéder à celle-ci. Le nombre de personnes en attente d'une chirurgie bariatrique est passé de 4800 en 2009 à 6000 personnes en 2010, ce qui représente une augmentation de 20 %. » Voir également http://www.lepoidsquitue.com/pdf/Liste_des_hopitaux_du_Quebec_1210_REV2.pdf

9. Cette situation prévaut pour 34 pays de l'OCDE en 2009 (voir la *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, OECD.Stat). Voir également le graphique 3-2 du chapitre 3 de ce livre.
10. Comme la population du Québec vieillit plus rapidement que celle de l'ensemble de ces États, une comparaison des dépenses de santé par habitant de 65 ans et plus – de grands utilisateurs du système – serait encore moins favorable au Québec.
11. Les données du PIB présentées pour les provinces canadiennes sont des projections effectuées en calculant le ratio « PIB de la province/PIB canadien » (données fournies par l'ISQ) et en le multipliant par le PIB canadien (donnée fournie par l'OCDE) pour obtenir une projection du PIB provincial internationalement comparable.

Les données des dépenses de santé présentées pour les provinces canadiennes sont des projections. Celles-ci ont été réalisées à partir du ratio province/ensemble du Canada des dépenses totales de santé par habitant (données de l'ICIS). Les ratios pour le Québec et l'Ontario ont ensuite été appliqués aux dépenses totales de santé par habitant pour l'ensemble du Canada (données de l'OCDE) libellées en \$ US PPA courante et prix courants.
12. Exclut les médecins résidents, militaires et non autorisés n'ayant pas consenti à la diffusion de leurs renseignements. Inclut les médecins non agréés en 2009. Pour des raisons d'ordre méthodologique et de classification, les données de l'ICIS peuvent différer de d'autres sources existantes.
13. Exclut les médecins résidents, militaires et non autorisés n'ayant pas consenti à la diffusion de leurs renseignements. Inclut les médecins non agréés en 2009. Pour des raisons d'ordre méthodologique et de classification, les données de l'ICIS peuvent différer de d'autres sources existantes.
14. La catégorie « milieu hospitalier (universitaire ou autre) ou salle d'urgence » comprend les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres universitaires de santé (CUS), les autres hôpitaux d'enseignement, les cliniques communautaires en milieu hospitalier, les autres hôpitaux et les salles d'urgence d'un hôpital communautaire, d'un CHU ou d'un CUS.
15. La catégorie « autres milieux » comprend les universités, les unités de recherche, les cliniques de diagnostic et les laboratoires indépendants, les bureaux administratifs et d'entreprises et d'autres milieux.
16. Exclut les médecins résidents, militaires et non autorisés n'ayant pas consenti à la diffusion de leurs renseignements personnels. Inclut les médecins non agréés en 2009. Les catégories « infirmières » et « autre personnel soignant » sont mesurées en équivalent à temps plein. La catégorie « autre personnel soignant » comprend les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires non agréés en 2009. Les appareils de haute technologie incluent les tomodensitomètres (TMD ou CT scanner), les appareils d'imagerie par résonance magnétique ainsi que les appareils de radio-oncologie transcutanée. Les lits d'hôpitaux dressés ne comprennent que les lits d'hôpitaux dédiés aux soins généraux et spécialisés ainsi qu'à l'hébergement et aux soins de longue durée.
17. Les visites et les chirurgies ne tiennent compte que des services rémunérés à l'acte. Au cours de la période, la part de la rémunération à l'acte dans la rémunération clinique totale est passée d'environ 84 % à 74 %, soit approximativement une baisse de dix points de pourcentage. Les visites chez les médecins incluent les visites et les évaluations au bureau, à l'hôpital, en détention ainsi que les autres visites spéciales, mais excluent les consultations entre médecins. Les chirurgies comprennent les chirurgies mineures et majeures réalisées. Le taux d'hospitalisation est normalisé selon l'âge et le sexe.
18. Exclut les médecins résidents, militaires et non autorisés n'ayant pas consenti à la diffusion de leurs renseignements personnels. Inclut les médecins non agréés en 2009. Les

La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente ?

catégories « infirmières » et « autre personnel soignant » sont mesurées en équivalent à temps plein. La catégorie « autre personnel soignant » comprend les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires non agréés en 2009. Les appareils de haute technologie incluent les tomomodensitomètres (TMD ou CT scanner), les appareils d'imagerie par résonance magnétique ainsi que les appareils de radio-oncologie transcutanée. Les visites et les chirurgies ne tiennent compte que des services rémunérés à l'acte. Au cours de la période, la part de la rémunération à l'acte dans la rémunération clinique totale est passée d'environ 84 % à 74 %, soit approximativement une baisse de dix points de pourcentage. Les visites de médecins incluent les visites et les évaluations au bureau, à l'hôpital, en détention ainsi que les autres visites spéciales, mais excluent les consultations entre médecins. Les chirurgies comprennent les chirurgies mineures et majeures réalisées. Le taux d'hospitalisation est normalisé selon l'âge et le sexe.

19. Dans l'étude intitulée *Pour un financement durable de la santé au Québec*, Montmarquette, Giroux et Castonguay (2005) ont réalisé une analyse comparative des rapports produits par les principales commissions canadiennes et québécoises publiques qui ont étudié la question de la pérennité du système de santé canadien. Parmi ceux-ci, ont été analysés les rapports des commissions Fyke, Romanow, Mazankowski, Clair et Castonguay. Les auteurs de ces rapports ont tous recommandé des modifications profondes aux mécanismes de gouvernance, dont la création d'une agence d'évaluation de la qualité, de mécanismes de marché en séparant les acheteurs des fournisseurs de soins, d'un mécanisme rationnel de gestion du panier de services de santé, etc.
20. Il faut souligner que le temps d'attente pour les services des urgences est maintenant affiché sur le site du Ministère.

Références

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Banque de données des statistiques officielles sur le Québec (BDSO) (2010, 14 décembre). *Revenu personnel, revenu personnel disponible et produit intérieur brut aux prix du marché par habitant, provinces et territoires*. Récupéré le 24 novembre 2010 de : http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/p_afch_tabl_clie?p_no_client_cie=FR&p_param_id_raprt=853
- Champagne, S. (2011, 4 janvier). Des millions perdus dans les transports en ambulance. *La Presse*. Récupéré de : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebecanada/sante/201101/04/01-4356982-des-millions-perdus-dans-les-transports-en-ambulance.php>
- Champagne, S. (2011, 27 mai). Mal chronique aux urgences : cible manquée pour la sixième année consécutive (Sixième palmarès des urgences de La Presse). *La Presse*, A2-A3.
- Éco-Santé Québec (2011). *Ressources et équipements, tableaux 7.1.2, 7.1.3 et 7.1.4*. Récupéré le 10 octobre 2011 de : <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA>
- Gouvernement du Québec (2006). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec, Canada : Publications du Québec. Récupéré de : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2006C43F.PDF>
- Gouvernement du Québec (2010). *Budget 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec, Canada : Finances Québec.
- Gouvernement du Québec (2011). *Finances Québec, Budgets 1986-1987 à 2010-2011*. Récupérés de : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/index.asp>

- Hansen, P. E. (2011, novembre). *Performance of Health Systems? The Role of Information in a Performing System*. Ministère de la Santé du Danemark, communication présentée dans le cadre de la conférence *La santé, notre affaire à tous*, Montréal, Canada.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). *Rapport sur les catégories du système de groupement national, 1998-1999 à 2004-2005*. Récupéré de : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC38>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010a). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*. Récupéré le 24 juin 2011 de : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_FR_web.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010b). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2009*. Récupéré de : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SMDB_2009_FR.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010c). *Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada : un regard sur 24 professions de la santé*. Récupéré de : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/provincial_profiles_2010_f.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010d). *Base de données nationale sur les médecins, 2005-2006 à 2008-2009*. Récupéré de : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC476>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011a). *Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2011 : Analyse en bref*. Récupéré de : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_tables_2011_fr.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011b). *Statistiques éclair. Hospitalisations : volumes, durée du séjour et taux normalisés*. Récupéré de : <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/applicationfull/types+of+care/hospital+care/cihi021682>
- Laberge, M. et Montmarquette, C. (2009). *Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec*. Rapport de projet du CIRANO (2009RP-01). Montréal, Canada : CIRANO. Récupéré de : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf>
- Lacoursière, A. (2008, 6 juin). Quand l'ambulance sert de taxi. *La Presse*.
- Montmarquette, C., Giroux, V. et Castonguay, J. (2005). *Pour un financement durable de la santé au Québec*. Rapport bourgogne CIRANO (2005RB-08). Montréal, Québec : CIRANO. Récupéré de : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2005RB-08.pdf>
- OCDE (2004). *La modernisation du secteur public : axer la gouvernance sur la performance. Synthèses de l'OCDE*. Récupéré de : <http://www.oecd.org/dataoecd/32/22/34231930.pdf>
- OCDE (2011a). *Base de données OECD.Stat Extracts, Santé – Dépenses de santé et financement*. Récupéré le 25 novembre 2011 de : http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- OCDE (2011b). *Base de données OECD.Stat Extracts, Comptes nationaux – Produit intérieur brut*. Récupéré le 25 novembre 2011 de : http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE1
- Sondage national des médecins (2010). *Résultats par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et province/territoire*. Récupéré de : http://www.nationalphysicianssurvey.ca/nps/2010_Survey/downloadcenter2010-f.asp
- Statistique Canada (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Tableau CANSIM 105-3024*. Récupéré le 5 octobre 2011 de : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=fra&id=1053024>