

L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec

Portrait de la situation

François Champagne, Professeur titulaire
André-Pierre Contandriopoulos, Professeur émérite
Geneviève Ste-Marie, Coordinatrice de recherche
Élise Chartrand, Agente de recherche

École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM)
Université de Montréal

Septembre 2018

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
QUELQUES ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES	6
PORTRAIT DE L'ACCESSIBILITÉ AU QUÉBEC	9
Points saillants	9
Les Québécoises et les Québécois ont-ils un bon accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?	9
L'accessibilité s'est-elle améliorée entre 2015 et 2017 ?	10
L'accessibilité est-elle équitable au Québec ?	10
1. Les services de proximité.....	11
1.1 L'accessibilité aux soins primaires est-elle bonne ?.....	11
1.2 L'accessibilité aux urgences est-elle bonne ?	14
1.3 L'accessibilité aux services psychosociaux est-elle bonne ?	18
2. Les services spécialisés	20
2.1 L'accessibilité aux services diagnostics est-elle bonne ?	20
.....	22
2.2 L'accessibilité aux interventions chirurgicales est-elle bonne ?	24
3. Pour des clientèles spécifiques	27
3.1 L'accessibilité aux services pour les personnes âgées est-elle bonne ?.....	27
3.2 L'accessibilité pour des services spécialisés en santé mentale est-elle bonne ?	31
3.3 L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté est-elle bonne ?.....	37
3.4 L'accessibilité aux services en déficience intellectuelle (DI) et troubles du spectre de l'autisme (TSA) est-elle bonne ?	40
3.5 L'accessibilité pour les services de déficience physique est-elle bonne ?	43
.....	44
3.6 L'accessibilité pour les services en dépendance est-elle bonne ?	45

Liste des cartes

Carte 1. Carte des CISSS et CIUSSS du Québec	6
Carte 2. Défavorisation par territoire de CISSS-CIUSSS	8
Carte 3. L'accessibilité aux soins primaires.....	13
Carte 4. L'accessibilité aux urgences.....	17
Carte 5. L'accessibilité aux services psychosociaux	19
Carte 6. L'accessibilité aux services d'imagerie diagnostique.....	23
Carte 7. L'accessibilité pour les trois interventions chirurgicales prioritaires	25
Carte 8. L'accessibilité à la chirurgie oncologique	26
Carte 9. L'accessibilité à l'hébergement pour les personnes âgées.....	30
Carte 10. L'accessibilité aux urgences pour les personnes avec des problèmes de santé mentale	35
Carte 11. L'accessibilité aux services pour des problèmes de santé mentale	36
Carte 12. L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté.....	39
Carte 13. L'accessibilité aux services DI-TSA.....	42
Carte 14. L'accessibilité aux services de déficience physique.....	44
Carte 15. L'accessibilité aux services de dépendance.....	47

Liste des figures

Figure 1. Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.....	11
Figure 2. Taux d'assiduité des visites auprès des médecins de famille	12
Figure 3. Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures	14
Figure 4. Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures	15
Figure 5. Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heure)	16
Figure 6. Pourcentage des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours....	18
Figure 7. Nombre de mois en attente pour une place en CHSLD chez les personnes de plus de 75 ans	27
Figure 8. Nombre de mois en attente pour une place en ressources intermédiaires chez les personnes de plus de 75 ans.....	28
Figure 9. Taux de jeunes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne dispensés par les CLSC par 1000 jeunes de 0 à 17 ans	31
Figure 10. Taux d'adultes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne dispensés par les CLSC par 1 000 adultes	32
Figure 11. Pourcentage d'adultes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en psychiatrie	32
Figure 12. Pourcentage de jeunes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en pédopsychiatrie	33
Figure 13. Taux de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans ou plus	34
Figure 14. Taux de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans ou plus	34
Figure 15. Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	37
Figure 16. Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	38
Figure 17. Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSJPA	38
Figure 18. Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CLSC	40
Figure 19. Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CRDI pour des cas de priorité élevée	41
Figure 20. Délai moyen d'attente pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	41
Figure 21. Proportion des services dispensés en CLSC (priorité élevée) dans les délais prescrits.....	43
Figure 22. Proportion des services dispensés en CRDP (priorité élevée) dans les délais prescrits.....	44
Figure 23. Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance..	45
Figure 24. Proportion de personnes évaluées dans un délai de 15 jours ou moins	46

L'accessibilité

INTRODUCTION

En 2015, la loi 10 a transformé de façon radicale les structures et le fonctionnement de notre système de santé. Des centaines d'établissements ont été fusionnés dans des Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le but de cette réforme était, en particulier, d'améliorer l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour la population du Québec¹.

Depuis plusieurs années, la performance du système de santé québécois était appréciée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). En 2017, le gouvernement de M. Couillard a annoncé qu'il voulait abolir le CSBE avant que ce dernier ait le temps de terminer les études qui étaient prévues pour évaluer la performance des CISSS-CIUSSS, ces nouvelles structures qui ont été créées par la loi 10.

C'est dans ce contexte que l'équipe de chercheurs en santé publique qui travaillait depuis plusieurs années avec le CSBE s'est donné le mandat d'utiliser les données disponibles pour broser une image aussi complète que possible de la performance de ces nouvelles mégastructures quant à l'accessibilité et la qualité des services. Les informations disponibles ont aussi permis de broser un portrait de performance qui inclut des indicateurs de qualité pour certaines clientèles particulières : les personnes âgées, les jeunes en difficulté, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de dépendance et, enfin, les personnes atteintes d'une déficience physique, intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

L'accessibilité

La pertinence de la réforme pilotée par le Dr Barrette repose sur l'hypothèse que la création des CISSS-CIUSSS devrait améliorer l'accessibilité et permettre à tous les citoyens d'avoir accès en temps opportun à des soins et des services de qualité.

Le présent rapport vise à vérifier si cette hypothèse est confirmée par les faits. Il se présente comme un atlas permettant de comparer les territoires qui sont sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS deux ans après leurs constitutions.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité parce qu'un manque d'accessibilité peut nuire à la sécurité et contribuer à la détérioration de l'état de santé.

¹ L'article 1 de la loi 10 résume la raison d'être de la réforme de la façon suivante : « La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. »

QUELQUES ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

La méthodologie utilisée repose sur des travaux menés à l'Université de Montréal pour développer une approche globale et intégrée d'appréciation de la performance des systèmes et des organisations de santé². Cette approche a été adoptée par le CSBE dès sa création avec le souci de répondre aux grandes préoccupations des Québécoises et des Québécois sur leur système de santé.

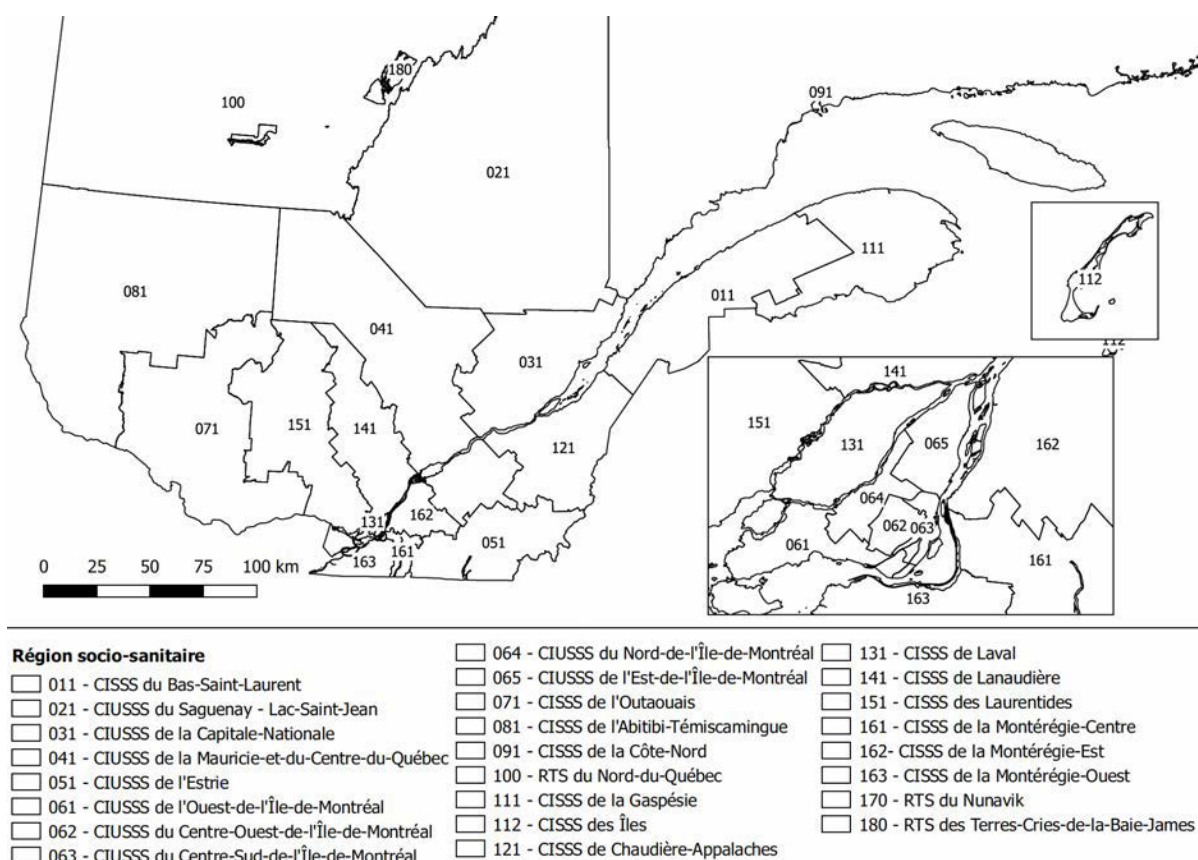
L'accessibilité n'est qu'une des sous-dimensions de la performance. Les jugements que l'on porte sur son amélioration ou sur le degré d'équité en matière d'accessibilité s'appuient sur la mobilisation des autres dimensions de la performance.

Pour apprécier de façon globale l'état de l'accessibilité dans les 25 CISSS-CIUSSS du Québec (carte 1), les données disponibles ont permis de mesurer l'état actuel de l'accessibilité pour 12 types de soins suivants :

- A - les services de proximité : 1) soins primaires, 2) services psychosociaux, 3) urgence
- B - les services spécialisés : 4) cancer, 5) diagnostic, 6) intervention chirurgicale
- C - les services qui s'adressent à des clientèles particulières : 7) personnes âgées, 8) déficients intellectuels et autistes, 9) jeunes en difficulté, 10) personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ou 11) de dépendance et 12) les personnes aux prises avec une déficience physique.

En tout, environ 70 indicateurs ont été utilisés qui proviennent principalement des ententes de gestions et des rapports financiers des CISSS-CIUSSS pour les années 2015 à 2017. Les indicateurs sur l'attente des personnes âgées pour une place en hébergement proviennent de la base de données sur les clientèles ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement, du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Carte 1. Carte des CISSS et CIUSSS du Québec



² Modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS)

Bien que ce rapport porte essentiellement sur les nouvelles structures CISSS-CIUSSS, pour apprécier l'accessibilité aux services spécialisés, les données des hôpitaux universitaires non fusionnés sont présentées. Voici la liste de ces hôpitaux :



CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec
 IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
 CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 ICM : Institut de Cardiologie de Montréal
 CUSM : Centre universitaire de santé McGill
 CHUSJ : Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
 IPPM : Institut Philippe-Pinel de Montréal

Comment le jugement sur l'accessibilité est-il construit ?

Pour chaque indicateur, une cible d'excellence appelée « norme » est établie. Selon les indicateurs, la norme retenue provient de l'une des trois sources suivantes :

- 1) La cible du ministère de la Santé et des Services sociaux
- 2) Une valeur établie en calculant la moyenne des trois meilleurs résultats observés (benchmarking)
- 3) Une norme raisonnée, c'est-à-dire un jugement expert souvent informé par la situation dans d'autres provinces ou pays.

Ensuite, la distance à la norme est calculée pour chaque indicateur dans chacun des CISSS-CIUSSS. Cette distance permet d'obtenir le positionnement de chacun des CISSS ou CIUSSS pour chaque indicateur. Ainsi, un score de 90 % indique qu'un CISSS-CIUSSS se situe à 90 % de la norme, ce qui est un excellent résultat de performance. Par la suite, des scores agrégés sont calculés pour obtenir un score global pour chacun des 12 types de soins retenus. Par exemple, nous aurons un score global pour l'accessibilité aux soins primaires, un autre pour l'accessibilité aux services diagnostiques ou encore un autre pour l'accessibilité aux soins pour les personnes âgées. Ces résultats sont présentés sur des cartes des CISSS-CIUSSS du Québec pour lesquelles le degré d'accessibilité est illustré par une des quatre couleurs en fonction du barème suivant :

Tableau 1. Légende des niveaux d'accessibilité

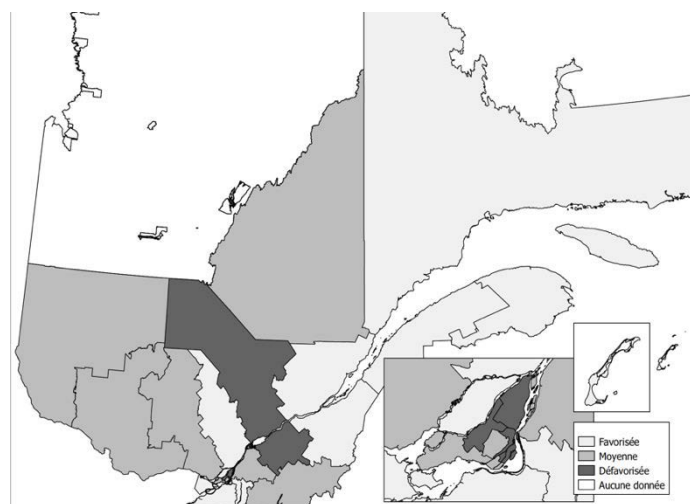
	85 - 100 %	Très bonne
	75 - 84 %	Bonne
	65 - 74 %	Préoccupante
	< 65%	Faible

Les indicateurs qui ont été utilisés pour apprécier la performance sont ensuite présentés selon les résultats de chaque CISSS-CIUSSS et la moyenne observée. Précisons que la moyenne exclut tout d'abord les CISSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, en raison de leur organisation particulière de soins et ensuite les CISSS-CIUSSS dont le résultat est extrême (plus de 2 écarts-types de la moyenne initiale sans les deux CISSS). L'évolution des résultats entre les deux années à l'étude (2015-2016 et 2016-2017) est également présentée en indiquant le décompte des établissements dont les résultats montrent soit une augmentation de la valeur (plus de 5 %), une stabilité (entre -5 % et 5 %) ou une diminution de la valeur (moins de 5 %).

Par ailleurs, pour chacun des thèmes, lorsque possible, nous avons examiné l'équité en utilisant un indice socioéconomique de défavorisation³ attribué à chaque territoire de CISSS ou CIUSSS. Les deux dimensions de l'indice sont composées chacune de trois indicateurs associés à des problèmes de santé dans la population, soit la défavorisation matérielle (proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, de personnes avec emploi et revenu moyen par personne) et la défavorisation sociale (proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, de personnes vivant seules et de familles monoparentales). L'indice utilisé correspond à la combinaison de ces deux dimensions, soit la proportion de personnes défavorisées à la fois matériellement

³ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006 et 2011. Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP). <https://www.inspq.qc.ca/santescope/indice-de-defavorisation/indice-de-defavorisation-quebec-2011-nouveau-decoupage>

et socialement. Le territoire est considéré comme défavorisé lorsqu'au moins 20 % de sa population présente cette combinaison. L'équité est évaluée en comparant les résultats de performance des territoires selon leur indice de défavorisation. On considère qu'un territoire défavorisé entraîne des besoins plus marqués en termes de services médicaux et psychosociaux. Quatre territoires de CIUSSS sont considérés comme plus défavorisés que la moyenne québécoise, soit le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et trois CIUSSS de la région de Montréal : Centre-Sud-de-l'Île, Nord-de-l'Île et Est-de-l'Île. Dans cette analyse, nous considérons les résultats moyens obtenus par les quatre CISSS-CIUSSS comme les plus défavorisés aux dix CISSS-CIUSSS qui sont les plus favorisés par rapport à la moyenne québécoise. Notre analyse de l'équité vise à évaluer s'il existe une différence entre ces deux groupes. Dans un système équitable, l'accessibilité devrait être meilleure dans les territoires qui présentent des besoins plus considérables (avec des taux de défavorisation plus élevés).



Carte 2. Défavorisation par territoire de CISSS-CIUSSS

Tableau 2. Classement des CIUSSS par niveau de défavorisation sociale et matérielle

CISSS-CIUSSS	Niveau de défavorisation sociale et matérielle
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	% de population défavorisée matériellement et socialement plus élevé que la moyenne québécoise
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
CISSS du Bas-Saint-Laurent	% de population défavorisée matériellement et socialement plus bas que la moyenne québécoise
CIUSSS de la Capitale-Nationale	
CIUSSS de la Côte-Nord	
CISSS DES ÎLES	
CISSS de la Gaspésie	
CISSS de Chaudière-Appalaches	
CISSS de Laval	
CISSS de Lanaudière	
CISSS de la Montérégie-Centre	
CISSS de la Montérégie-Ouest	
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	% de population défavorisée matériellement et socialement dans la moyenne québécoise
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
CISSS de l'Outaouais	
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	
CISSS des Laurentides	
CISSS de la Montérégie-Est	

Un jugement sur l'équité est ensuite porté selon la légende suivante :

Bonne équité : ●
 Équité fragile : ●
 Iniquité : ●

Limite de l'approche :

Le nombre et la qualité des indicateurs disponibles sont variables selon les thèmes. Certains d'entre eux sont mieux documentés que d'autres. Les données ont été directement tirées des registres du ministère de la Santé et des Services sociaux qui est responsable de la qualité de celles-ci. De plus, la disponibilité étant limitée à deux bases de données, plusieurs secteurs, dont le secteur hospitalier, ne sont pas appréciés dans cet Atlas. Il faut insister sur le fait que les données des fichiers MEDECHO sur les hospitalisations et les fichiers de la RAMQ sur les services médicaux n'ont pas pu être utilisés directement.

PORTRAIT DE L'ACCESSIBILITÉ AU QUÉBEC

Points saillants

Les Québécoises et les Québécois ont-ils un bon accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

Nous avons évalué l'accessibilité pour 12 types de soins dans 22 des 25 CISSS-CIUSSS du Québec. Globalement, au Québec, il existe trois types de réalité en matière d'accessibilité : des types de soins où l'accessibilité est en général bonne partout au Québec, des types de soins où l'accessibilité est variable d'une région à une autre et des types de soins qui présentent une accessibilité problématique presque partout et pour lesquels des actions structurantes seraient nécessaires à plusieurs niveaux. Ainsi, sommairement (tableau 2) :

- L'accessibilité est **bonne** au Québec, et ce, dans presque tous les CISSS-CIUSSS pour :
 - Les soins primaires
 - Les services d'imagerie diagnostique
 - La chirurgie
 - Les services de déficience physique
- L'accessibilité présente un portrait plutôt **mitigé**, avec un accès qui varie de faible à bon selon les CISSS-CIUSSS du Québec pour :
 - Les services pour les jeunes en difficultés et leurs familles
 - Les services pour les Québécois aux prises avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
 - Les services pour des problèmes de dépendance
- L'accessibilité est **problématique** (préoccupante ou faible) dans tous les CISSS-CIUSSS ou presque pour :
 - Les services d'urgence.
 - Les services psychosociaux.
 - Les services pour les personnes âgées.
 - Les services de santé mentale.

Tableau 2. Bilan de la performance en accessibilité pour les 12 types de soins retenus dans les CISSS-CIUSSS du Québec (2017) ⁴

	Services de proximité			Services spécialisés			Clientèles spécifiques					
	Soins primaires	Urgences	Services psychosociaux	Imagerie diagnostique	Chirurgies prioritaires	Chirurgie oncologique	Personnes âgées	Santé mentale	Jeunes en difficulté	DI-TSA	Déficience physique	Dépendance
CISSS du Bas-Saint-Laurent	4	1	15	16	7	15	1	2	2	5	13	17
CISSS de la Gaspésie	11	7	1	10	18	2	6	7	16	2	12	20
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	5	9	10	3	2	1	3	9	22	1	6	1
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	2	4	13	13	3	7	7	3	20	4	15	15
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	12	6	14	15	8	3	4	8	1	10	9	14
CISSS de Chaudière-Appalaches	1	5	9	8	4	12	9	16	5	14	14	4
CIUSSS de la Capitale-Nationale	7	2	19	1	11	17	5	6	4	18	16	7
CISSS de la Montérégie-Ouest	13	22	16	6	10	9	22	21	6	10	7	11
CISSS de Lanaudière	6	16	7	18	14	10	20	13	9	8	4	8
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	19	12	12	7	9	5	13	12	11	21	11	5
CISSS de la Côte-Nord	16	8	6	11	20	6	12	22	19	6	19	18
CISSS de la Montérégie-Centre	15	13	22	20	12	16	16	4	6	13	3	2
CISSS de la Montérégie-Est	9	19	11	17	6	11	19	15	6	12	5	8
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	18	18	17	2	19	8	18	20	11	16	18	21
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	3	11	20	14	1	19	8	13	18	3	21	13
CISSS de l'Outaouais	8	15	18	21	22	4	11	17	3	7	20	10
CISSS de Laval	14	14	4	4	16	13	14	5	17	15	2	12
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	22	10	2	5	13	22	10	11	11	17	8	16
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	20	21	5	9	15	21	15	18	11	20	17	5
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	21	17	3	12	17	17	21	10	11	19	10	19
CISSS des Laurentides	9	20	21	22	5	20	17	19	21	9	22	3
CISSS DES ÎLES	17	3	8	19	21	14	2	1	10		1	

Le chiffre apparaissant dans chaque case indique le rang de chaque CISSS-CIUSSS pour chaque type de soins

⁴ Les CISSS-CIUSSS sont classés en ordre du niveau d'accessibilité globale (cumul de points vert foncé = 4, vert pâle = 2, jaune = -2 et rouge = -4).

Dans les services de proximité, les soins médicaux de proximité ne semblent pas présenter de problèmes majeurs d'accessibilité. Les problèmes d'accès se situent au niveau de l'urgence et des services psychosociaux. Rares sont les endroits au Québec où la situation est acceptable dans ces domaines. Pour les services spécialisés, l'accessibilité à l'imagerie médicale et aux chirurgies prioritaires est en général bonne ou très bonne. L'accessibilité semble poser problème en oncologie dans plusieurs établissements au Québec. Les clientèles particulières sont, quant à elles, desservies variablement en matière d'accessibilité au Québec. Les services pour les personnes âgées sont peu accessibles, tout comme les services de santé mentale. Les services de dépendance et ceux destinés aux déficients intellectuels et aux autistes ainsi que les services pour les jeunes en difficulté ont des niveaux d'accessibilité variables d'une région à l'autre du Québec.

L'accessibilité s'est-elle améliorée entre 2015 et 2017 ?

L'accessibilité s'est légèrement améliorée entre 2015 et 2017 pour les soins primaires, l'imagerie diagnostique et la chirurgie oncologique. Elle est plutôt stable entre ces deux années pour les interventions chirurgicales prioritaires, les services aux personnes âgées, la santé mentale, les jeunes en difficulté et la déficience physique. L'accessibilité a diminué pour les services en dépendance.













Tableau 3. Bilan de la variation dans l'accessibilité entre les années 2015 et 2017

	Services de proximité			Services spécialisés			Clientèles spécifiques					
	Soins primaires	Urgence	Services psychosociaux	Imagerie diagnostic	Chirurgies prioritaires	Chirurgie oncologique	Personnes âgées	Santé mentale	Jeunes en difficulté	DI-TSA	Déficience physique	Dépendance
Variation de la performance 2015-2017 en moyenne au Québec	↑	=	--	↑	=	↑	=	=	=	--	=	↓
%	4,0	0,8	--	2,3	0,0	1,9	-0,1	0,7	0,4	--	-0,2	-8,9

L'accessibilité est-elle équitable au Québec ?

L'accessibilité au Québec, en plus d'être faible dans plusieurs secteurs, présente des problèmes d'équité. En effet, les territoires qui ont une population plus défavorisée que la moyenne québécoise ont moins d'accès à certains services que les populations où la défavorisation est moins grande. C'est le cas notamment pour les soins primaires et l'accès à l'urgence pour les services de proximité. Pour les clientèles particulières, les personnes âgées, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les jeunes en difficulté ainsi que les personnes avec des problèmes de déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme ont une accessibilité d'autant plus difficile lorsqu'ils habitent des territoires plus défavorisés. L'accès aux services spécialisés, dont l'imagerie médicale, la chirurgie prioritaire ou oncologique, les services de déficience physique et en dépendance, présente pour sa part une bonne équité d'accès.

Tableau 4. Bilan de l'équité d'accès au Québec pour les 12 secteurs étudiés

	Services de proximité			Services spécialisés			Clientèles spécifiques					
	Soins primaires	Urgence	Services psychosociaux	Imagerie diagnostic	Chirurgies prioritaires	Chirurgie oncologique	Personnes âgées	Santé mentale	Jeunes en difficulté	DI-TSA	Déficience physique	Dépendance
Équité:												
CISSS-CIUSSS plus favorisés / Score d'accessibilité sur 100	90	61	64	82	90	71	45	63	82	71	92	69
CISSS-CIUSSS plus défavorisés / Score d'accessibilité sur 100	83	47	67	84	88	69	38	58	73	59	91	73

1. Les services de proximité

Les services de proximité sont définis comme étant les services qui se doivent d’être accessibles à toute personne qui en a le besoin. Il a été possible ici d’apprécier les services de proximité par l’accessibilité aux soins primaires (médecins de famille), par l’accès aux services des urgences ainsi que par l’accès aux services psychosociaux.

1.1 L’accessibilité aux soins primaires est-elle bonne ?

L’accessibilité aux soins primaires est mesurée par les deux indicateurs suivants :

- Le pourcentage de la population qui est inscrite auprès d’un médecin de famille
- Le taux d’assiduité aux médecins de famille

Tout en sachant que ces deux mesures ne sont pas suffisantes pour apprécier dans toutes ses dimensions l’accessibilité aux soins primaires, elles donnent toutefois un portrait intéressant. Nous supposons que les personnes inscrites auprès d’un médecin de famille auront davantage de chance d’obtenir des services. Nous savons toutefois que l’inscription en elle seule n’est pas toujours garante de l’obtention d’un service. L’assiduité, quant à elle, est mesurée chez les gens qui ont un médecin de famille et permet de savoir si l’accessibilité est réelle en cas de besoin puisqu’il s’agit d’évaluer, parmi toutes les visites médicales effectuées par année chez un omnipraticien, le pourcentage réalisé chez le même médecin (ou dans le même groupe de pratique). Cette mesure permet d’apprécier l’accessibilité du médecin en cas de besoin une fois inscrit.

En détail :

En matière d’inscription auprès d’un médecin de famille :

Même si au Québec 73 % de la population est inscrite auprès d’un médecin de famille, la population de certains territoires a toujours de la difficulté à trouver un médecin. Dans les CIUSSS de Montréal notamment, le pourcentage de la population effectivement inscrite à un médecin de famille varie de 59 % à 66 %. La situation s’est améliorée en moyenne de 5 % au Québec entre les deux années.

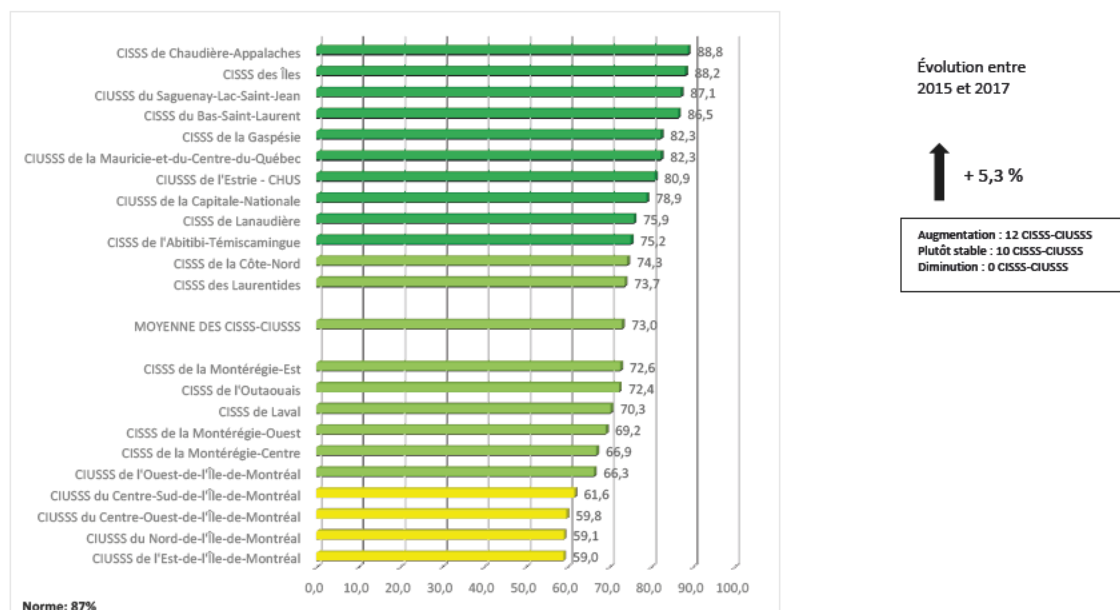


Figure 1. Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille⁵

⁵ Type de norme utilisé : benchmarking

En matière d'assiduité des services des médecins de famille, la proportion des visites chez le même médecin ou chez un médecin du même groupe de travail est élevée dans presque toutes les régions au Québec, avec une moyenne de 83 %.

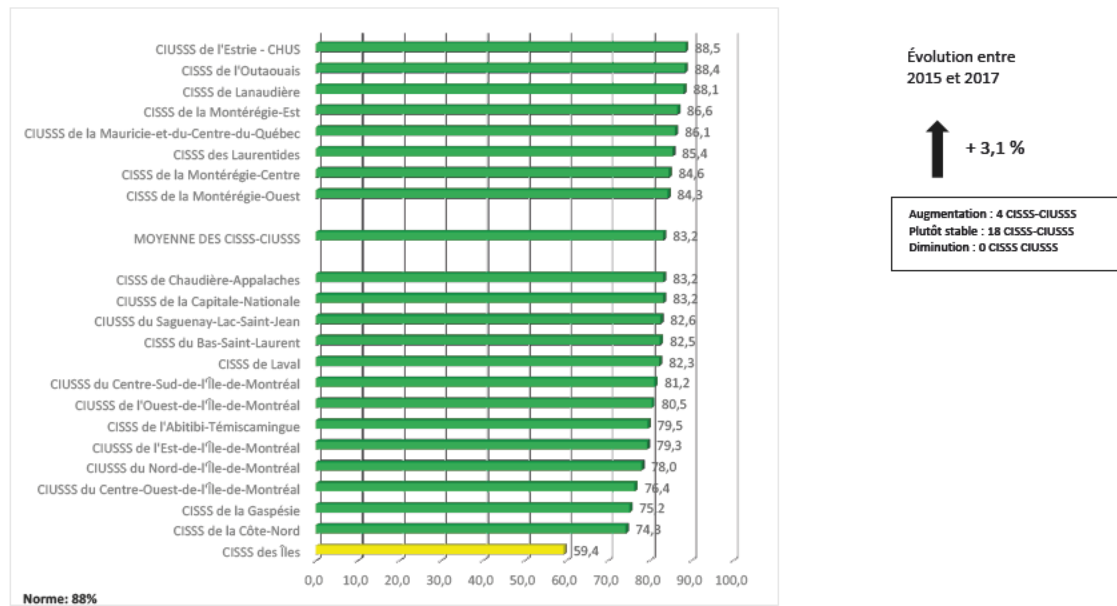


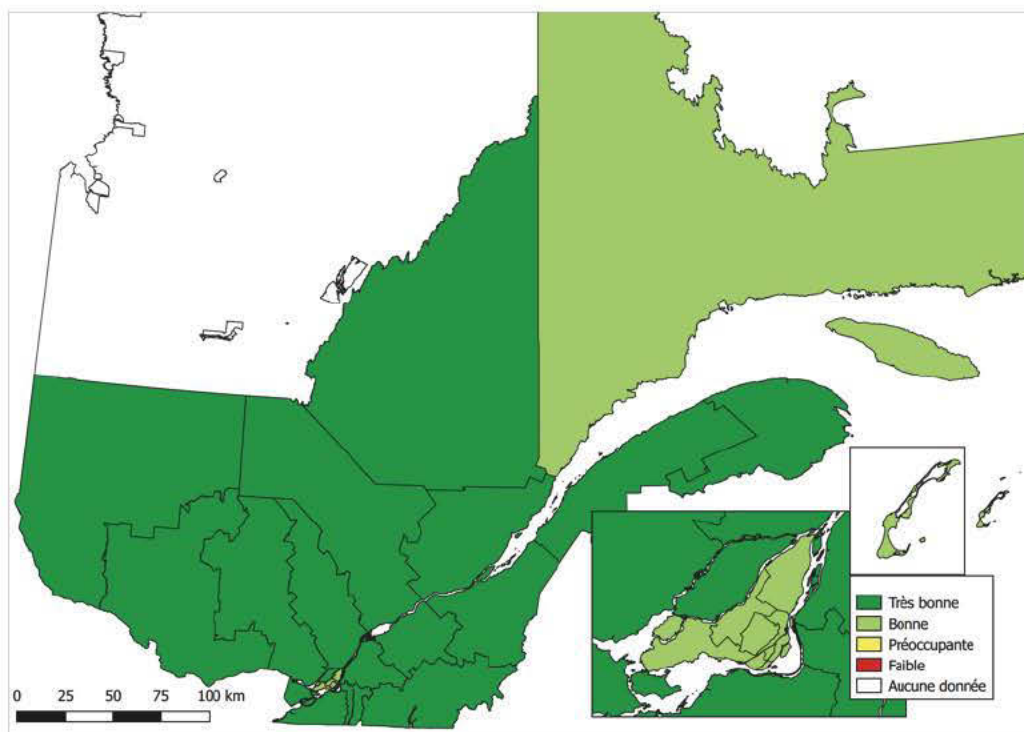
Figure 2. Taux d'assiduité des visites auprès des médecins de famille⁶

⁶ Type de norme utilisé : benchmarking

En résumé :

Au Québec, dans tous les territoires de CISSS-CIUSSS, l'accès au médecin de famille est bon ou très bon. Bien que ce résultat soit encourageant, certaines populations éprouvent tout de même des difficultés à s'inscrire auprès d'un médecin de famille; l'assiduité, une fois inscrit, est tout à fait appropriée.

Le niveau de performance s'est légèrement amélioré en moyenne dans les CISSS-CIUSSS du Québec entre 2015 et 2017.



Carte 3. L'accessibilité aux soins primaires

L'accessibilité aux soins primaires est-elle équitable?



Non, l'inscription auprès d'un médecin de famille est de 12 % inférieure en moyenne dans les territoires défavorisés comparativement aux territoires favorisés. La situation doit être suivie de près sur les territoires de Montréal qui ont des populations vulnérables (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal)

	Performance globale sur 100	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (%)	Taux d'assiduité (%)
Plus favorisés	90	78	80
Plus défavorisés	83	66	81

1.2 L'accessibilité aux urgences est-elle bonne ?

L'accessibilité aux urgences est mesurée par les cinq indicateurs suivants :

- Le pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale est de moins de 2 heures
- Le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée du séjour à l'urgence est de moins de 4 heures
- La durée moyenne de séjour à l'urgence pour la clientèle sur civière (global, personnes de 75 ans et plus et personne avec problématique de santé mentale)
- La durée moyenne de séjour à l'urgence pour des patients avec des problèmes de santé mentale⁷
- La durée moyenne de séjour à l'urgence pour des patients âgés de 75 ans ou plus

En détail :

Rapidité de la prise en charge médicale à l'urgence :

Au Québec, la prise en charge médicale de tous les patients (ambulatoires ou sur civière) qui se présentent à l'urgence (100 %) devrait être effectuée en moins de deux heures bien que le MSSS considère qu'il suffit d'atteindre 85 % de la cible. Aucun CISSS-CIUSSS n'atteint la cible de 2 h et la situation ne s'est guère améliorée entre 2015 et 2017.

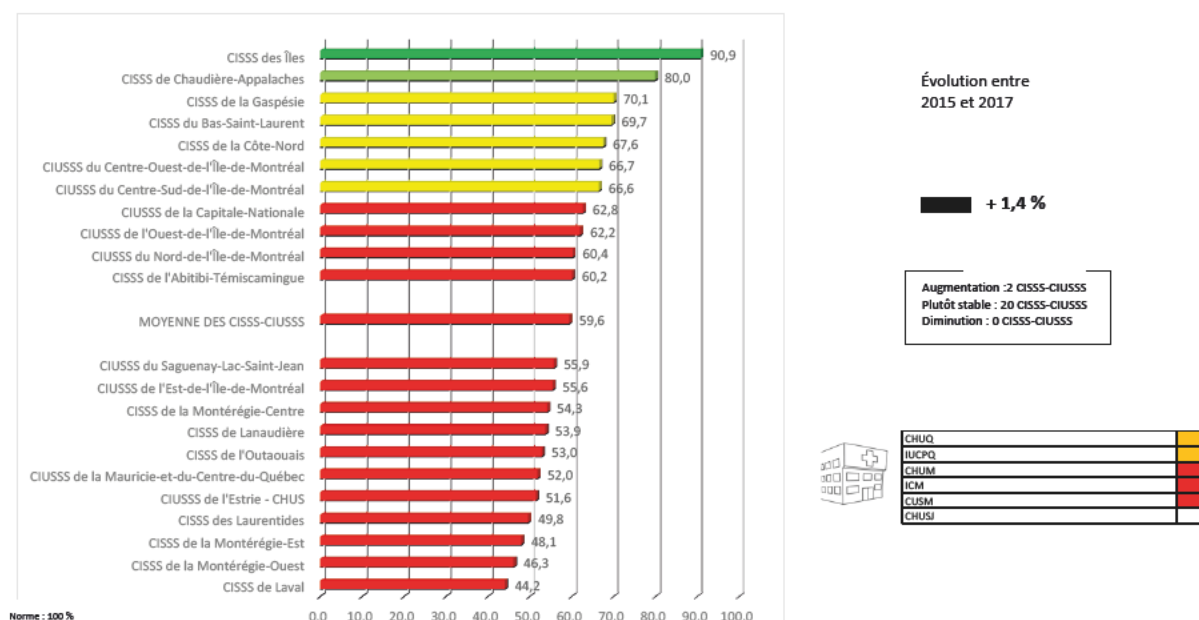


Figure 3. Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures⁸

⁷ Les données sur les durées moyenne de séjour à l'urgence pour les patients avec des problèmes de santé mentale ou âgés de 75 ans et plus sont présentés dans les sections sur la santé mentale et sur les personnes âgées (p30 et p.27).

⁸ Type de norme utilisé : Raisonnable

Durée de séjour à l'urgence pour les clientèles ambulatoires :

Normalement, la durée de séjour à l'urgence pour les patients ambulatoires devrait être de moins de 4 heures pour tous les patients (100 %) bien que le MSSS considère qu'il suffit d'atteindre 85 % de la cible (pour être excellent).

Aucun CIUSSS-CIUSSS n'a réussi à respecter la norme de 4 heures et la situation ne s'améliore pas entre 2015 et 2017.

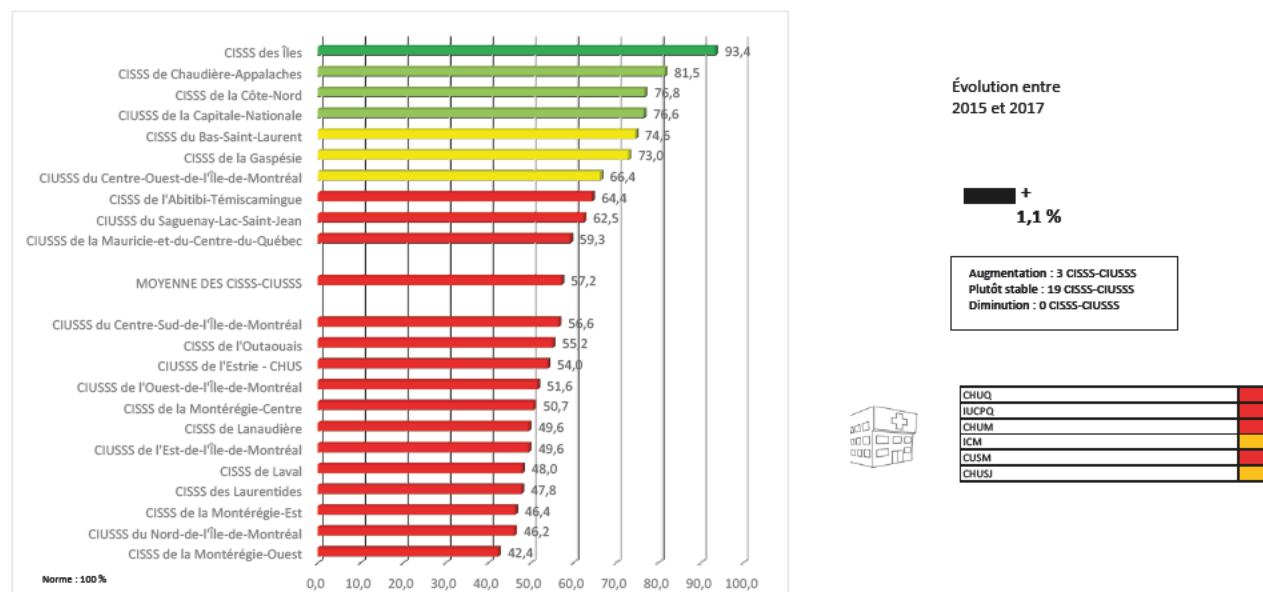


Figure 4. Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures⁹

Durée de séjour à l'urgence pour les clientèles sur civière :

Les patients sur civière ne devraient pas séjourner plus de 8 heures à l'urgence. Or, en moyenne, ils y restent 16 heures. Les données montrent que, dans certains établissements, la moyenne est de plus de 25 heures. La situation ne s'est pas améliorée en moyenne au Québec entre 2015 et 2017.

La situation est la même pour les clientèles particulièrement vulnérables, c'est-à-dire les patients de plus de 75 ans et les patients qui présentent des problématiques de santé mentale¹⁰ qui ont des durées moyennes de séjour sur civière bien au-delà de ce qui est souhaitable.

⁹ Type de norme utilisé : Raisonnée

¹⁰ Voir les graphiques dans les sections sur les personnes âgées et sur la santé mentale

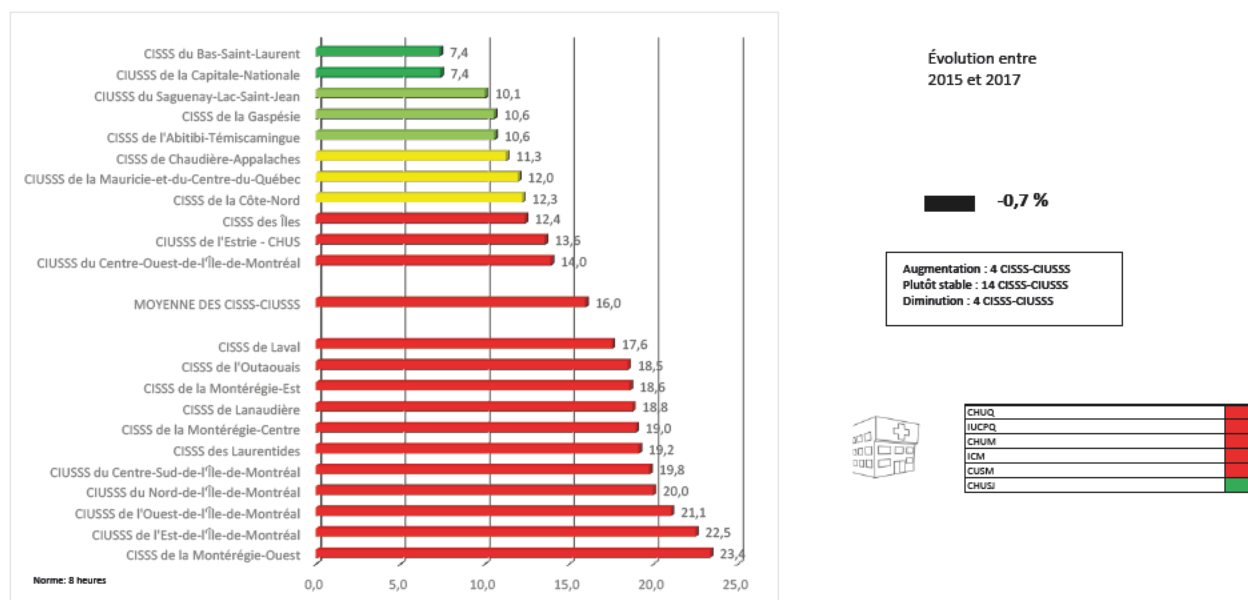
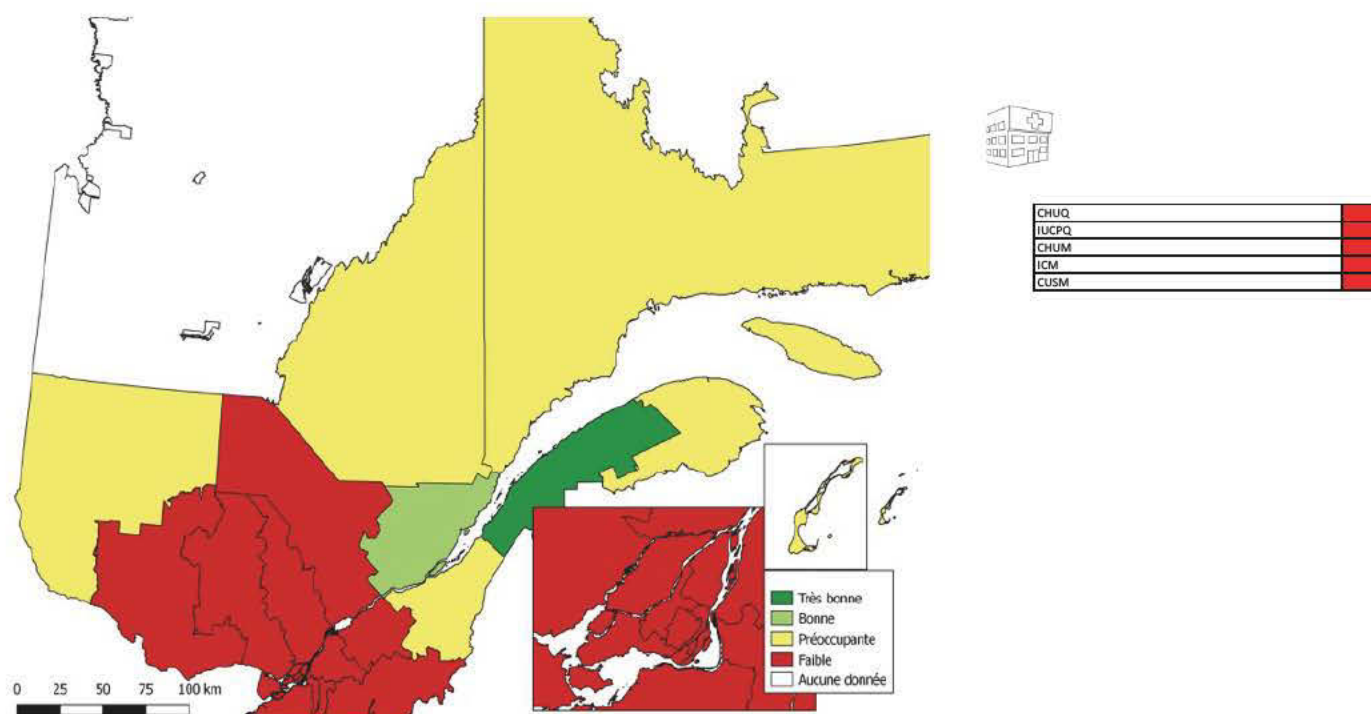


Figure 5. Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heure)¹¹

En résumé :

Les problèmes d'accessibilité à l'urgence des CISSS-CIUSSS sont généralisés. Seuls deux CISSS-CIUSSS (Bas-St-Laurent et Capitale-Nationale) ont de bons résultats. Lorsque l'on parle de l'attente dans les urgences, il est important, pour avoir un portrait complet, d'examiner aussi l'attente dans les hôpitaux non fusionnés puisque ces hôpitaux ont un achalandage considérable sur notamment les territoires de Montréal et de Québec. Ainsi, bien que les résultats du CIUSSS de la Capitale-Nationale présentent de bons résultats, la population de Québec n'est toutefois pas plus avantagée puisque le CHUQ, comme les autres hôpitaux non fusionnés de la province, affiche des problèmes d'accessibilité importants à l'urgence. Cette information supplémentaire module ainsi le jugement sur l'accessibilité pour la région de Québec et ses résidents. À Montréal, la situation est la même, l'accessibilité dans les urgences des hôpitaux non fusionnés est tout aussi faible que dans les CISSS-CIUSSS.

¹¹ Type de norme utilisé : raisonnée



Carte 4. L'accessibilité aux urgences

L'accessibilité aux urgences est-elle équitable?



Non, bien que l'accessibilité aux urgences soit problématique presque partout, elle l'est davantage dans les territoires plus défavorisés, qui présentent des besoins plus importants de santé.

	Performance globale sur 100	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heure)	Proportion de la clientèle dont le délai de PEC médicale à l'urgence est de moins de 2 heures (%)	Proportion de la clientèle ambulatoire dont la DMS à l'urgence est de moins de 4 heures (%)
Plus favorisés	61	14	64	67
Plus défavorisés	47	19	59	53

1.3 L'accessibilité aux services psychosociaux est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services psychosociaux est mesurée par un seul indicateur dans ce cas-ci. Il s'agit de :

- La proportion de services psychosociaux dispensés en 30 jours ou moins

Les services psychosociaux dont il est question ici sont des services assurés dans les CLSC et comprennent des interventions telles que le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des services psychosociaux pour des jeunes en difficultés, des services ambulatoires de première ligne en santé mentale, des services de psychogériatrie, de psychologie, etc.

En détail :

En matière de rapidité d'accès à un premier service de nature psychosociale : Il est souhaitable que tous les services psychosociaux soient assurés en 30 jours ou moins. En moyenne au Québec, 63 % des demandes le sont.

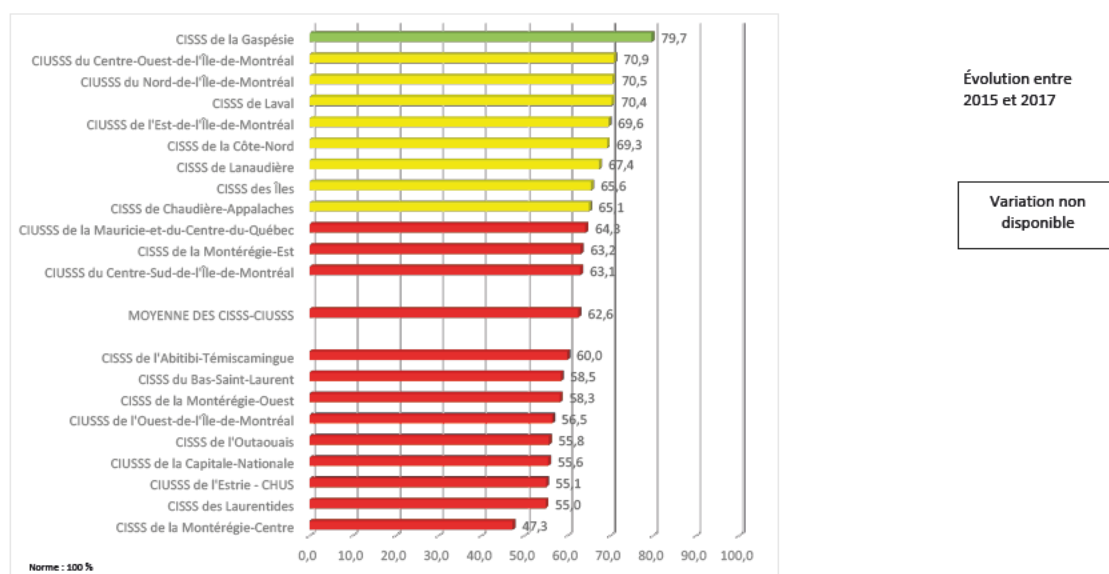
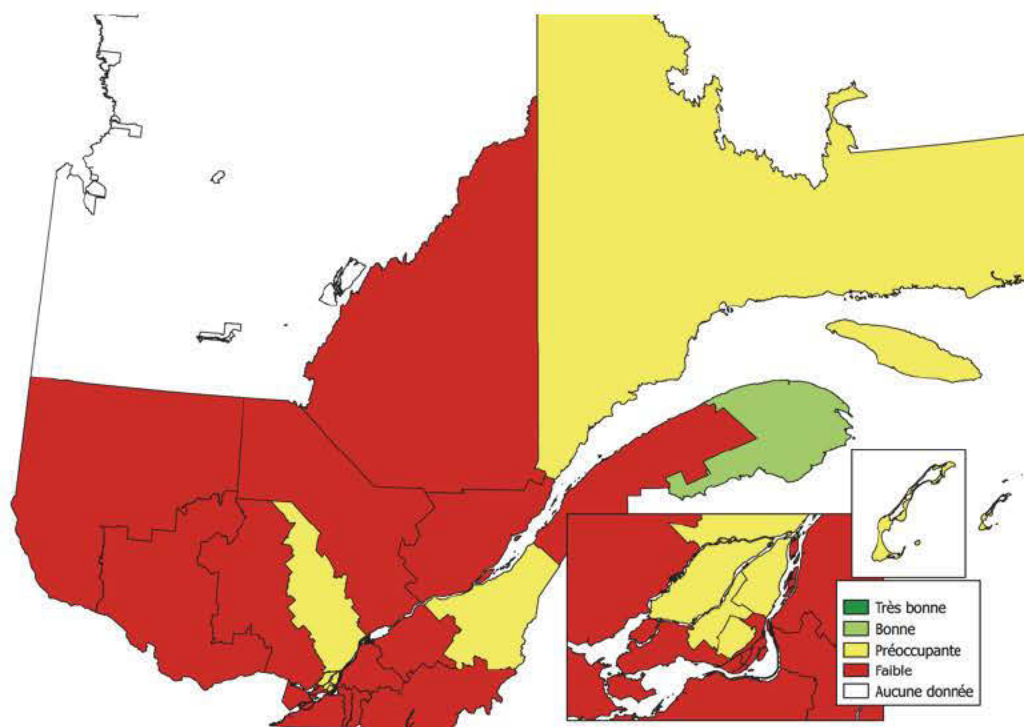


Figure 6. Pourcentage des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours¹²

¹² Type de norme utilisé : raisonnée

Au Québec, dans presque tous les territoires de CISSS-CIUSSS, l'accessibilité des services psychosociaux est faible ou préoccupante.



Carte 5. L'accessibilité aux services psychosociaux

L'accessibilité aux services psychosociaux est-elle équitable?



Bien que l'accessibilité aux services psychosociaux soit faible ou préoccupante presque partout, elle est légèrement meilleure dans les territoires les plus défavorisés. Elle devrait toutefois être significativement meilleure pour répondre adéquatement aux besoins de ces populations.

	Proportion des premiers services psychosociaux dispensés en 30 jours ou moins (%)
Plus favorisés	64
Plus défavorisés	67

2. Les services spécialisés

Les services spécialisés représentent un autre secteur tout aussi important de notre système de santé. Nous avons été en mesure d'apprécier ce secteur en analysant l'accessibilité aux services diagnostics d'imagerie médicale et aux chirurgies. Nous sommes conscients que ce secteur d'activité est beaucoup plus vaste et que les données disponibles devraient témoigner plus exhaustivement des activités réalisées quotidiennement par l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Mais nous pensons, compte tenu des données disponibles, que l'accessibilité à ces deux types de services reflète adéquatement le niveau d'accessibilité des services spécialisés.

2.1 L'accessibilité aux services diagnostics est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services diagnostics a été mesurée par trois indicateurs qui portent sur neuf types d'examen. Ainsi les trois indicateurs sont :

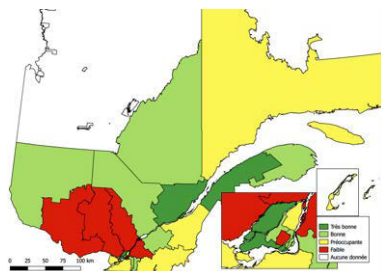
- La proportion des examens réalisés en 90 jours ou moins
- La proportion des examens qui sont lus en 4 jours ou moins
- La proportion des résultats qui sont signés et transmis au médecin référent en moins de 7 jours

Les examens spécifiques concernés ici sont : les scopies, les mammographies, les échographies obstétricales, les échographies cardiaques, les échographies mammaires, les autres échographies, les tomодensitométries, les résonances magnétiques et les tomographies TEP.

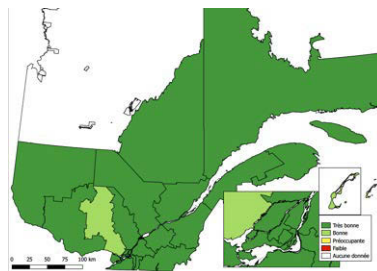
En détail :

Il est intéressant de décortiquer les différentes phases des examens d'imagerie médicale afin de déterminer les embûches. À part pour la rapidité de lecture des examens qui était déjà très bonne dans la plupart des régions, les délais pour la réalisation des examens et pour la transmission des résultats se sont améliorés entre 2015 et 2017 en moyenne au Québec.

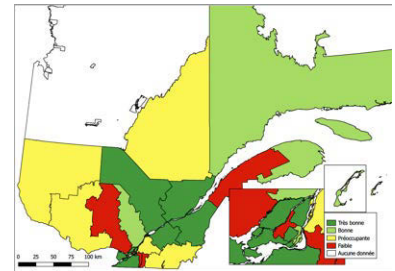
Réalisation de l'examen¹³ :



Lecture de l'examen¹⁴ :



Transmission des résultats¹⁵ :



¹³ Type de norme utilisé : cible du MSSS

¹⁴ Type de norme utilisé : cible du MSSS

¹⁵ Type de norme utilisé : cible du MSSS



Pour les hôpitaux universitaires non fusionnés :

Réalisation de l'examen¹⁶

CHUM	Orange
ICM	Vert
CUSM	Vert
CHUSJ	Vert
CHUQ	Vert
IUCPQ	Vert

Lecture de l'examen¹⁷

CHUM	Vert
ICM	Vert
CUSM	Vert
CHUSJ	Vert
CHUQ	Vert
IUCPQ	Vert

Transmission des résultats

CHUM	Vert
ICM	Vert
CUSM	Vert
CHUSJ	Vert
CHUQ	Orange
IUCPQ	Rouge

EN MOYENNE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS :

↑ + 6,25 %

Augmentation : 14 établissements
Plutôt stable : 10 établissements
Diminution : 4 établissements

■ -

Augmentation : 0 établissement
Plutôt stable : 27 établissements
Diminution : 1 établissement

↑ + 4,18 %

Augmentation : 9 établissements
Plutôt stable : 8 établissements
Diminution : 11 établissements

Le jugement global doit aussi tenir compte pour chacune des régions de Québec et de Montréal des hôpitaux non fusionnés qui réalisent ces types d'examen.

¹⁶ Type de norme utilisé : cible du MSSS

¹⁷ Type de norme utilisé : cible du MSSS

Lorsqu'on regarde les données par type d'examen, certains types d'examens demeurent plus accessibles que d'autres. Ainsi, les échographies obstétricales, suivies des tomodensitométries et des échographies mammaires sont les examens d'imagerie les plus accessibles au Québec. Toutefois, certains CISSS-CIUSSS semblent avoir de la difficulté à rendre ces examens accessibles (cases rouge ou jaune dans le tableau). Quatre CISSS-CIUSSS présentent une bonne accessibilité pour tous les types d'examens d'imagerie médicale. Il s'agit des établissements de la Capitale-Nationale, de la Mauricie-Centre-du-Québec, de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et celui de Laval.

Tableau 3. Niveau de performance par type d'examen par CISSS-CIUSSS

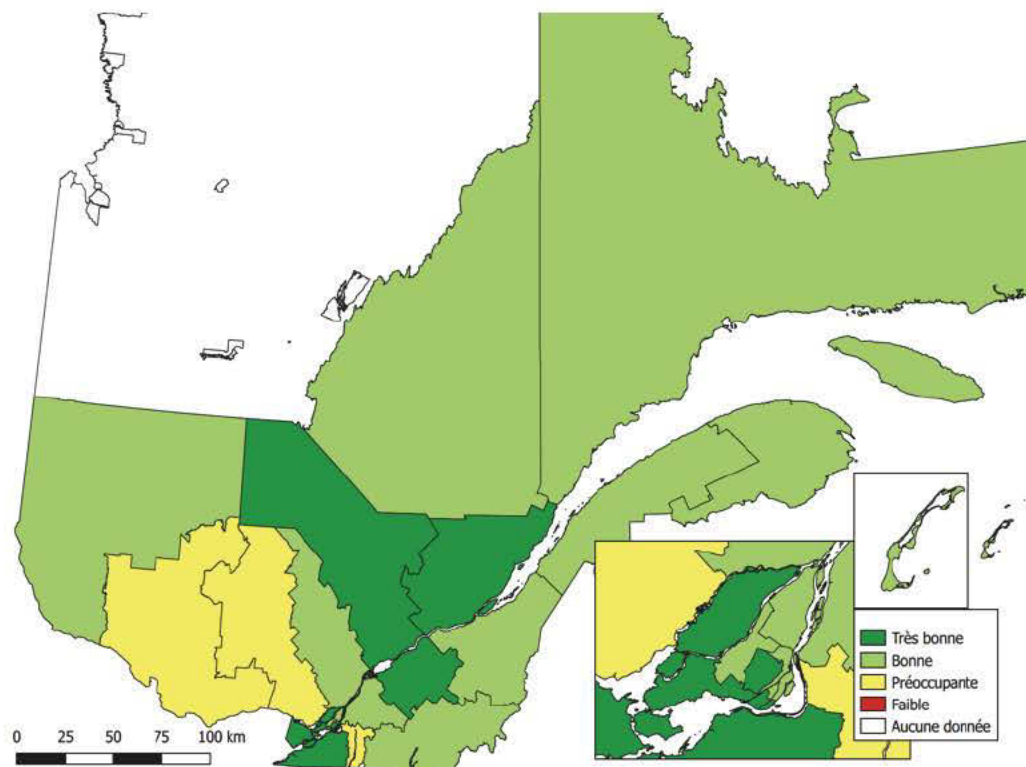
	Scopies	Mammographies diagnostiques	Échographies obstétricales	Échographies cardiaques	Échographies mammaires	Autres échographies	Tomodensitométries	Résonances magnétiques	Tomographies TEP
CISSS du Bas-Saint-Laurent									
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean									
CIUSSS de la Capitale-Nationale									
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec									
CIUSSS de l'Estrie - CHUS									
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal									
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal									
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal									
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal									
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal									
CISSS de l'Outaouais									
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue									
CISSS de la Côte-Nord									
CISSS DES ILES									
CISSS de la Gaspésie									
CISSS de Chaudière-Appalaches									
CISSS de Laval									
CISSS de Lanaudière									
CISSS des Laurentides									
CISSS de la Montérégie-Centre									
CISSS de la Montérégie-Est									
CISSS de la Montérégie-Ouest									
MOYENNE DES CISSS/CIUSSS									



	Scopies	Mammographies diagnostiques	Échographies obstétricales	Échographies cardiaques	Échographies mammaires	Autres échographies	Tomodensitométries	Résonances magnétiques	Tomographies TEP
CHUM									
ICM									
CUSM									
CHUSJ									
CHUQ									
IUCPQ									

En résumé:

Au Québec, dans presque tous les territoires des CISSS-CIUSSS, les services d'imagerie sont réalisés à l'intérieur des délais établis. Toutefois, certaines organisations semblent avoir des problèmes à réaliser les examens à l'intérieur de trois mois ou à transmettre les résultats en sept jours. Globalement, la performance s'est légèrement améliorée entre les deux années (1,90 %).



Carte 6. L'accessibilité aux services d'imagerie diagnostique

L'accessibilité aux services d'imagerie diagnostique est-elle équitable ?

L'accessibilité aux examens d'imagerie médicale est légèrement meilleure en moyenne dans les territoires plus défavorisés que dans ceux qui sont plus favorisés.

	Performance globale sur 100
Plus favorisés	82
Plus défavorisés	84



2.2 L'accessibilité aux interventions chirurgicales est-elle bonne ?

L'accessibilité aux interventions chirurgicales a été appréciée en évaluant cinq différents types de chirurgie. Comme le mentionnait récemment la vérificatrice générale, il est difficile d'évaluer les délais d'accès aux différentes interventions chirurgicales à cause notamment de la non-spécificité des indicateurs disponibles. Ainsi, un indicateur tel que le délai d'attente pour une chirurgie d'un jour est difficile à interpréter parce que les chirurgies d'un jour portent sur des interventions à complexité variable selon les hôpitaux. La comparaison d'un centre hospitalier à l'autre est donc périlleuse étant donné la différence dans les clientèles et les interventions chirurgicales réalisées. À ce problème s'ajoute le fait que nous n'avons pas accès au temps réel d'attente pour le patient qui prendrait en compte l'ensemble de son épisode. Nous avons seulement le temps d'attente entre la décision du chirurgien d'opérer et le moment de l'opération or, tel que le rapportait récemment l'ICIS¹⁸, les patients attendent en général assez longtemps entre le moment de la référence et le rendez-vous chez le chirurgien (wait 1).

Cela étant dit, nous avons choisi de conserver quatre indicateurs précis pour apprécier l'accessibilité aux interventions chirurgicales soit :

- La proportion des interventions chirurgicales de la hanche réalisées dans les délais prescrits
- La proportion des interventions chirurgicales du genou réalisées dans les délais prescrits
- La proportion des interventions chirurgicales de la cataracte réalisées dans les délais prescrits
- La proportion des chirurgies oncologiques réalisées en 28 jours ou moins.

En détail :

Les interventions chirurgicales prioritaires sont réalisées dans les délais dans les CISSS-CIUSSS. Les normes sont particulièrement bien atteintes pour l'arthroplastie de la hanche (6 mois) et les cataractes (16 semaines). En ce qui concerne le genou, certaines régions continuent d'avoir de la difficulté à réaliser les opérations dans les délais prescrits qui sont de six mois. C'est le cas notamment des CISSS-CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, de la Montérégie-Ouest et, dans une moindre mesure, les CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de Montérégie-Centre et de Lanaudière.

Tableau 4. L'accessibilité aux interventions chirurgicales prioritaires

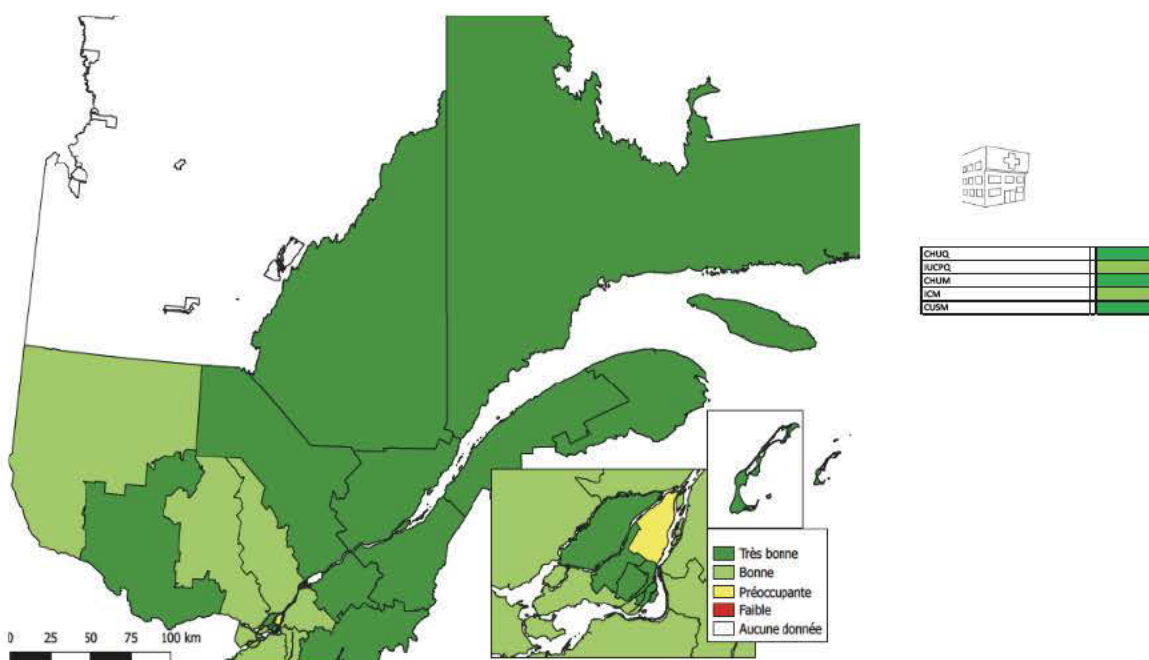
	Hanche	Genou	Cataracte
CISSS du Bas-Saint-Laurent			
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean			
CIUSSS de la Capitale-Nationale			
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec			
CIUSSS de l'Estrie - CHUS			
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal			
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal			
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal			
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal			
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal			
CISSS de l'Outaouais			
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue			
CISSS de la Côte-Nord			
CISSS DES ÎLES			
CISSS de la Gaspésie			
CISSS de Chaudière-Appalaches			
CISSS de Laval			
CISSS de Lanaudière			
CISSS des Laurentides			
CISSS de la Montérégie-Centre			
CISSS de la Montérégie-Est			
CISSS de la Montérégie-Ouest			



	Hanche	Genou	Cataracte
CHUQ			
HUCPO			
CHUM			
CHU			
CISSM			

¹⁸ Institut canadien d'information sur la santé

Dans l'ensemble, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales prioritaires sont conformes aux normes de bonnes pratiques presque partout au Québec.



Carte 7. L'accessibilité pour les trois interventions chirurgicales prioritaires

EN MOYENNE L'ACCESSIBILITÉ AUX INTERVENTIONS CHIRURGICALES DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DU QUÉBEC :

Hanche

+ 0,94 %

Augmentation : 7 établissements
Plutôt stable : 8 établissements
Diminution : 8 établissements

Genou

-

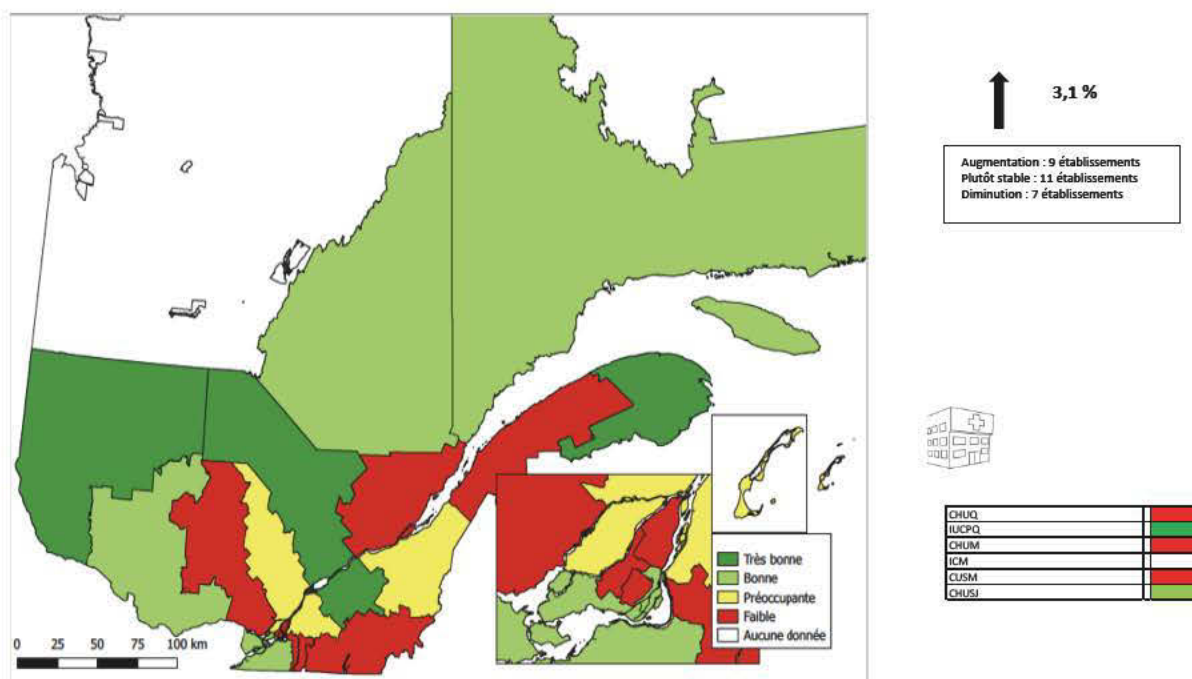
Augmentation : 5 établissements
Plutôt stable : 9 établissements
Diminution : 9 établissements

Cataracte

-

Augmentation : 1 établissement
Plutôt stable : 22 établissements
Diminution : 3 établissements

Les délais d'attente pour la chirurgie oncologique sont très variables d'un établissement à l'autre. On note qu'il y a de sérieux problèmes d'accessibilité dans plusieurs CISSS-CIUSSS.



Carte 8. L'accessibilité à la chirurgie oncologique¹⁹

Pour les chirurgies plus rares, pratiquées à peu d'endroits au Québec (hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie) l'accessibilité est variable :

Tableau 5. Accessibilité aux interventions chirurgicales plus rares

	Hémodynamie A	Hémodynamie B	Chirurgie cardiaque A	Chirurgie cardiaque B	Électrophysiologie A	Électrophysiologie B
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	95,3	99,2	95,9	100,0		
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	92,7	87,8	90,7	45,1	100,0	90,9
CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal	94,6	75,4	80,7	58,9		
CIUSSS du Nord de l'Île-de-Montréal	94,9	79,8	94,8	94,9	89,9	94,0
IUCPQ	84,2	76,0	85,1	81,1	73,1	71,3
CHUM	88,0	75,0	93,4	86,7	89,6	92,4
ICM	93,3	61,3	85,9	37,1	82,9	89,6
CUSM	95,4	91,1	90,9	95,2	66,8	82,3

Dans les hôpitaux qui réalisent ces interventions chirurgicales, l'accessibilité est bonne ou très bonne en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie pour les cas urgents (type A). Par contre, en ce qui concerne la chirurgie cardiaque et l'électrophysiologie moins urgente (type B), l'accessibilité est en général faible.

L'accessibilité aux interventions chirurgicales est-elle équitable ?

L'accessibilité aux interventions chirurgicales prioritaires ainsi qu'à la chirurgie oncologique est presque équivalente dans les territoires défavorisés que dans ceux plus favorisés

	Pourcentage d'arthropasties de la hanche réalisées en 6 mois ou moins (%)	Pourcentage d'arthropasties du genou réalisées en 6 mois ou moins (%)	Pourcentage des chirurgies de la cataracte réalisées en 16 semaines ou moins (%)	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours (%)
Plus favorisés	87,6	82,4	97,0	71,0
Plus défavorisés	89,3	80,0	96,0	68,7

3. Pour des clientèles spécifiques

Les données disponibles nous ont permis d'apprécier l'accessibilité aux services pour des clientèles particulières qui ont des besoins spécifiques. Il sera notamment question dans cette section de l'accessibilité aux services pour les personnes âgées, pour les personnes avec des problématiques de santé mentale, les personnes avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique ou un problème de dépendance.

3.1 L'accessibilité aux services pour les personnes âgées est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services pour les personnes âgées a été appréciée par trois indicateurs :

- Le délai d'attente pour une place en hébergement en CHSLD
- Le délai d'attente pour une place en ressource intermédiaire (RI)
- Le temps d'attente pour les personnes âgées de 75 ans ou plus sur civière à l'urgence

Dans un système de santé performant, une personne en perte d'autonomie sévère avec des besoins d'hébergement devrait rapidement être admis en CHSLD ou en Ressource Intermédiaire, ou devrait recevoir des services intensifs en soins à domicile. Par manque de données sur l'accès aux soins à domicile, nous devons nous limiter ici à l'hébergement. Nous avons adopté une norme maximale de trois mois pour l'hébergement en CHSLD et en RI. Au Québec, pour l'hébergement en CHSLD, la moyenne d'attente est de plus de 9 mois tandis qu'elle est de plus de 10 mois pour une place en ressource intermédiaire. En moyenne, le nombre de mois en attente a augmenté entre les deux années à l'étude de manière significative, notamment dans les cas des CHSLD.

L'attente pour une place en CHSLD

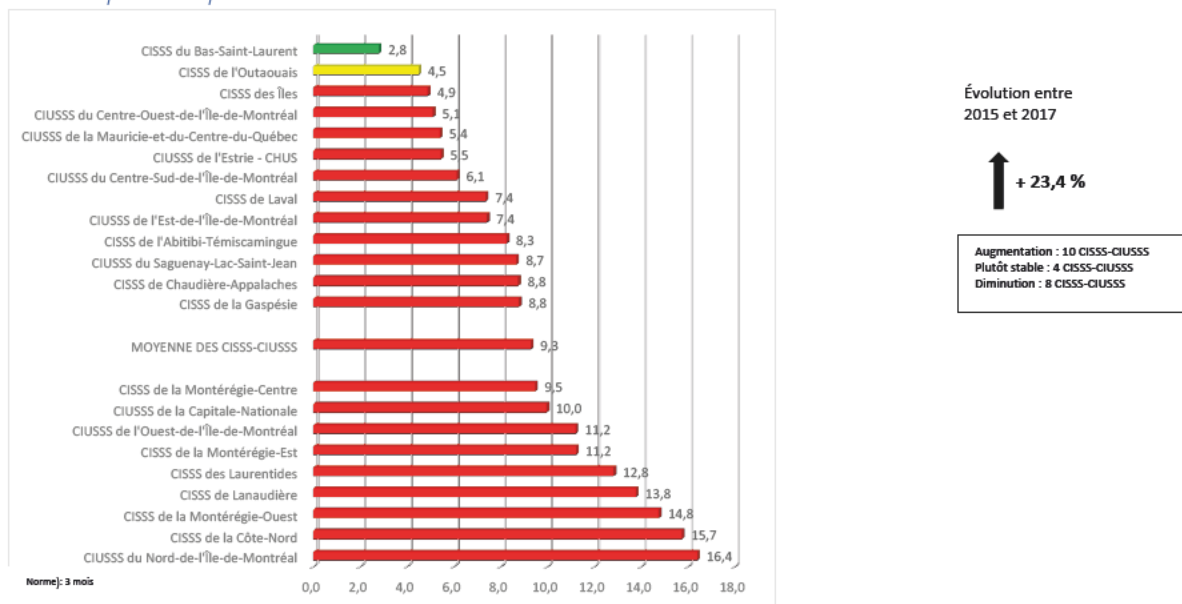


Figure 7. Nombre de mois en attente pour une place en CHSLD chez les personnes de plus de 75 ans²⁰

²⁰ Type de norme utilisé : raisonnée

L'attente pour une place en RI

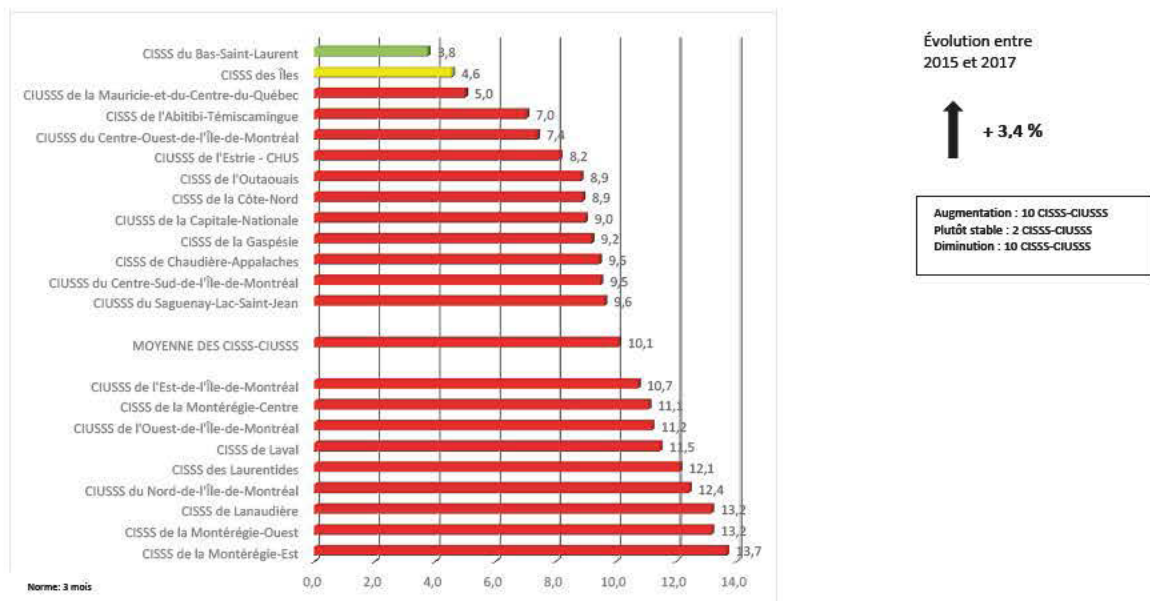
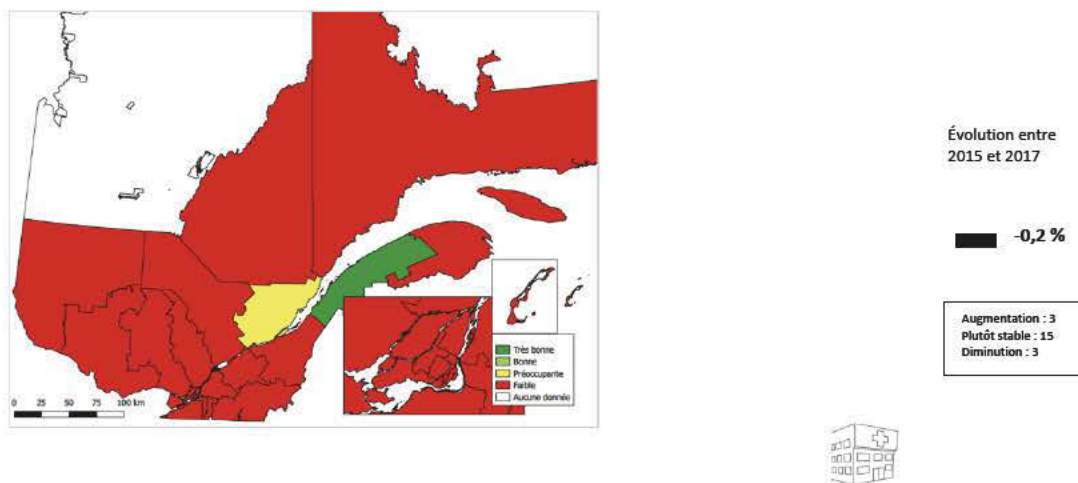


Figure 8. Nombre de mois en attente pour une place en ressources intermédiaires chez les personnes de plus de 75 ans²¹

À l'urgence²²

En plus d'être inacceptable au point de vue humain, un séjour prolongé à l'urgence peut très rapidement accélérer la perte d'autonomie de personnes âgées vulnérables. Les séjours sur civières à l'urgence pour les personnes âgées de 75 ans ou plus sont en moyenne de plus de 20 heures. La norme souhaitée est de 8 heures. Seul le CIUSSS du Bas-St-Laurent respecte cette norme de 8 heures qui, pour cette clientèle fragile, est élevée.

La situation est restée stable entre les deux années à l'étude au Québec.



²¹ Type de norme utilisé : raisonnée

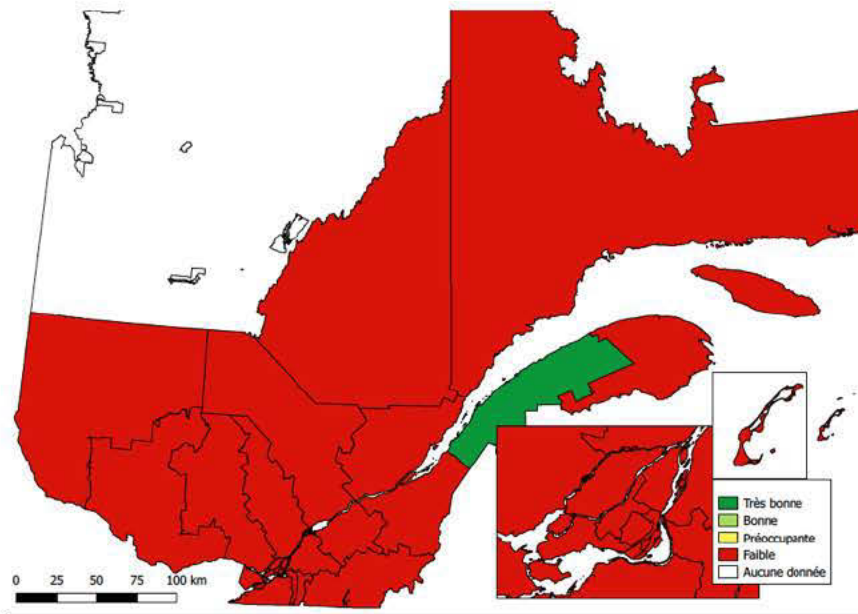
²² Type de norme utilisé : raisonnée

Pour les hôpitaux non fusionnés, la situation n'est guère mieux, le séjour moyen sur civière est de plus de 20 heures. La situation est demeurée relativement stable, sauf au CUSM où elle s'est améliorée entre les deux années.

CHUQ	36,8
IUCPQ	54,4
CHUM	32,0
ICM	40,2
CUSM	32,7

Il est donc difficile dans la plupart des territoires de trouver rapidement un hébergement, autant en CHSLD qu'en RI, pour les personnes âgées. De plus, les séjours sur civière à l'urgence sont beaucoup trop longs, et ce, dans presque toutes les régions. Seule la région du Bas-St-Laurent affiche de bons résultats.

La situation ne semble pas s'être améliorée entre les deux années.



Carte 9. L'accessibilité à l'hébergement pour les personnes âgées

L'accessibilité aux services d'hébergement et à l'urgence pour les personnes de 75 ans et plus est-elle équitable?

Elle est équitable en ce qui concerne l'accessibilité à l'hébergement. Toutefois, l'accessibilité à l'urgence est plus problématique dans les territoires les plus défavorisés du Québec.

Pour l'hébergement = ●

À l'urgence = ●

	Performance globale sur 100	Durée moyenne de séjour sur civière 75 ans et + (en heure)	Délai hébergement CHSLD et RI (performance sur 100)
Plus favorisés	45	18	38
Plus défavorisés	38	23	38

3.2 L'accessibilité pour des services spécialisés en santé mentale est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services de santé mentale est mesurée par six indicateurs qui portent notamment sur les services de première ligne, les services spécialisés et sur les services d'urgence. Les indicateurs utilisés sont :

- Le taux d'utilisation des services de santé mentale de première ligne en CLSC pour les jeunes
- Le taux d'utilisation des services de santé mentale de première ligne en CLSC pour les adultes
- Les délais d'attente pour un service de pédopsychiatrie
- Les délais d'attente pour un service de psychiatrie
- La disponibilité de place de suivi intensif dans le milieu
- La disponibilité de place de soutien en intensité variable dans la communauté
- La durée moyenne de séjour à l'urgence pour des problématiques de santé mentale

En détail :

Première ligne :

Nous ne disposons pas de cible idéale pour l'accessibilité aux services de santé mentale de première ligne dispensés par les CLSC pour les jeunes et pour les adultes. Il est difficile de dire si les taux les plus élevés sont bons. Toutefois, nous constatons qu'il existe une énorme variation dans l'utilisation de ces services d'un territoire CISSS-CIUSSS à l'autre. Les taux d'utilisation varient de 4,4 à 30,9 par 1000 pour les jeunes et de 8,3 à 22,7 par 1000 pour les adultes. En assumant que les besoins en santé mentale ne présentent pas une telle variation, les services semblent nettement moins accessibles dans certains territoires que dans certains autres.

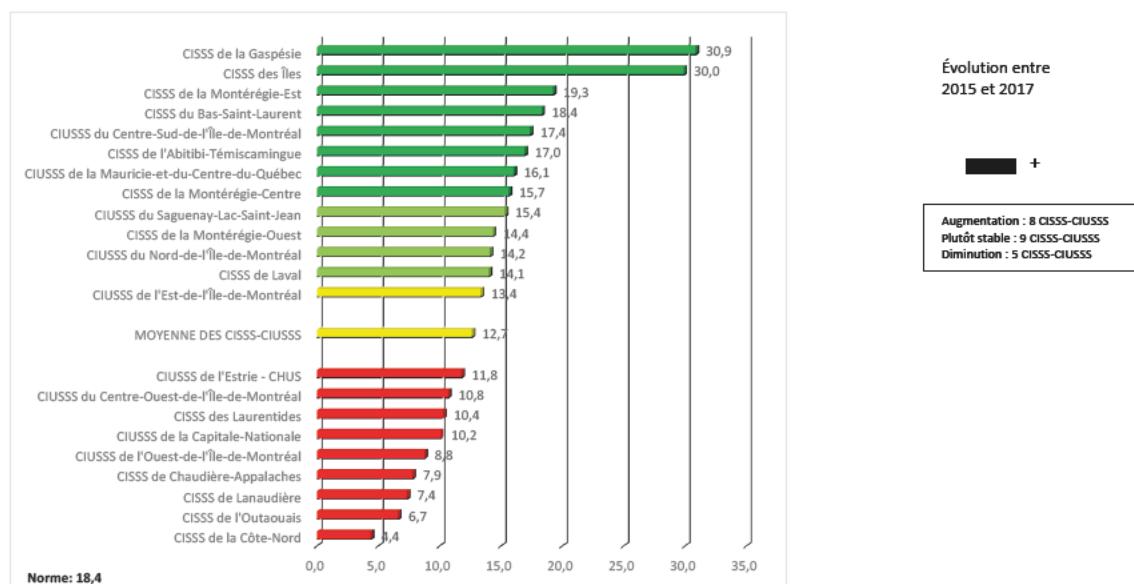


Figure 9. Taux de jeunes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne dispensés par les CLSC par 1000 jeunes de 0 à 17 ans²³

²³ Type de norme utilisé : benchmarking

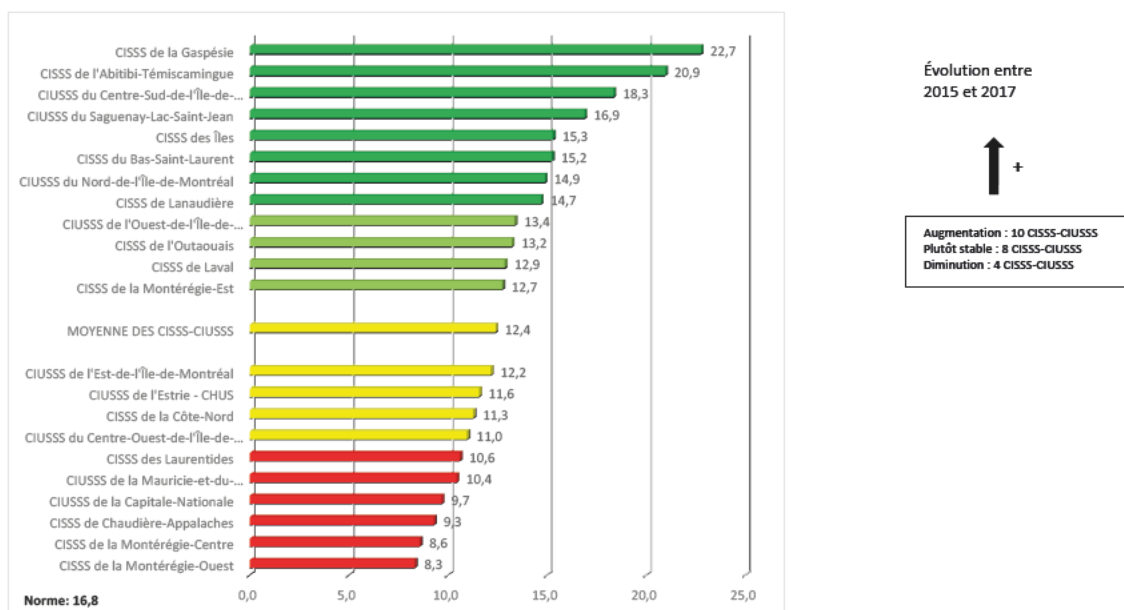


Figure 10. Taux d'adultes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne dispensés par les CLSC par 1 000 adultes²⁴

Services spécialisés

Pour les problèmes plus complexes, les patients ont recours, selon leur âge, à des services spécialisés de pédopsychiatrie ou de psychiatrie. Il apparaît difficile pour les Québécois qui en ont besoin, qu'ils soient jeunes ou adultes, d'avoir accès rapidement à des services spécialisés de psychiatrie dans les CIUSS et CIUSSS du Québec. Le seul endroit où l'accessibilité est relativement bonne est au CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île, où l'accessibilité est bonne, mais pour la clientèle adulte seulement. En moyenne, la situation s'est améliorée au Québec bien que cela ne soit pas le cas dans presque la moitié des territoires.

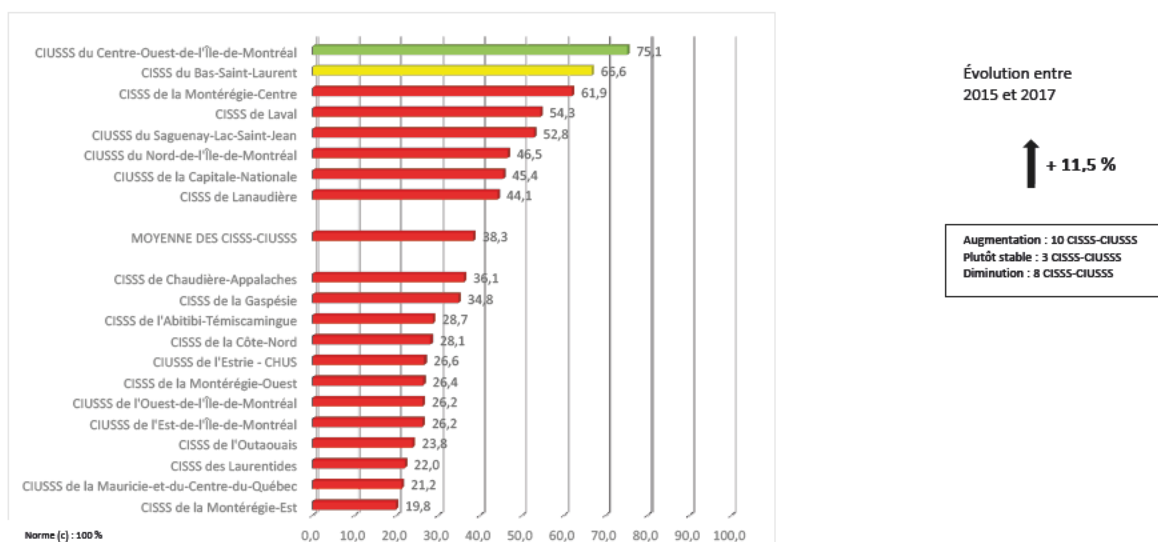


Figure 11. Pourcentage d'adultes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en psychiatrie²⁵

²⁴ Type de norme utilisé : benchmarking

²⁵ Type de norme utilisé : cible du MSSS

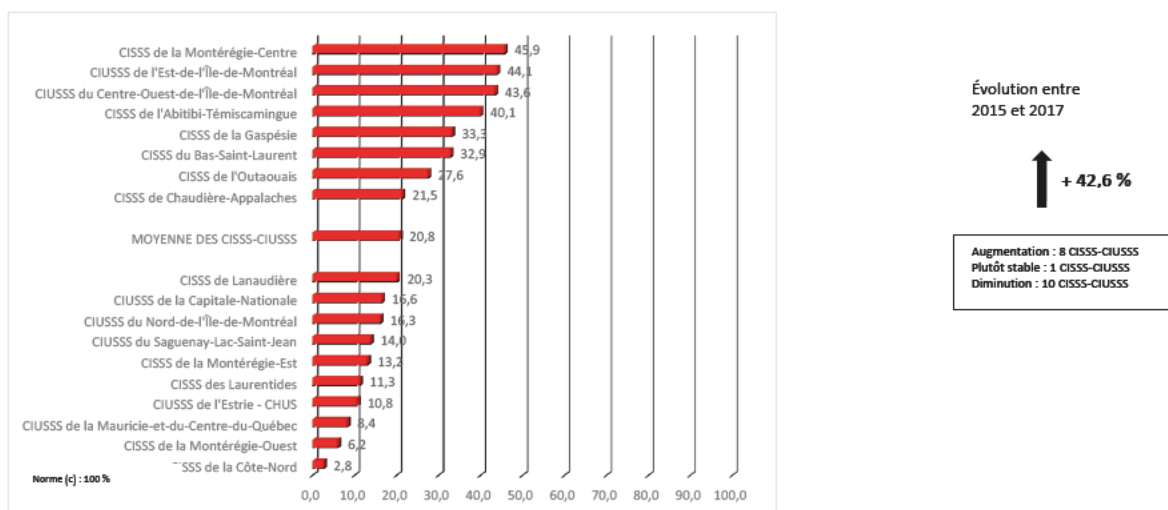


Figure 12. Pourcentage de jeunes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en pédopsychiatrie²⁶

²⁶ Type de norme utilisé : cible du MSSS

Services en communauté

Pour ce qui est de l'accès aux services de soutien dans la communauté, il n'existe pas de normes reconnues. Dans certaines régions, il semble clair que ces services sont peu ou pas disponibles alors que dans d'autres territoires les places disponibles sont cinq fois plus nombreuses. Si nous examinons les données en fonction des taux souhaités par le MSSS, la disponibilité de services de soutien offerts aux adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale est bonne ou très bonne dans une majorité de CIUSSS-CIUSSS, à l'exception de ceux de la région de Montréal, de Laval et de la Montérégie pour ce qui a trait au soutien d'intensité variable, et de quelques CIUSSS-CIUSSS pour le soutien de suivi intensif.

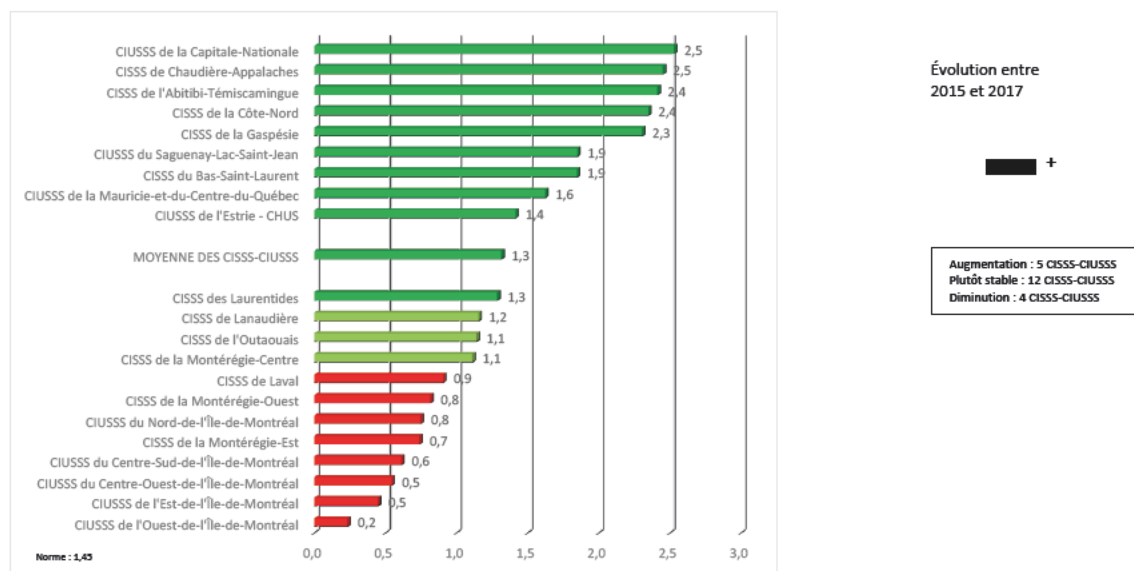


Figure 13. Taux de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans ou plus²⁷

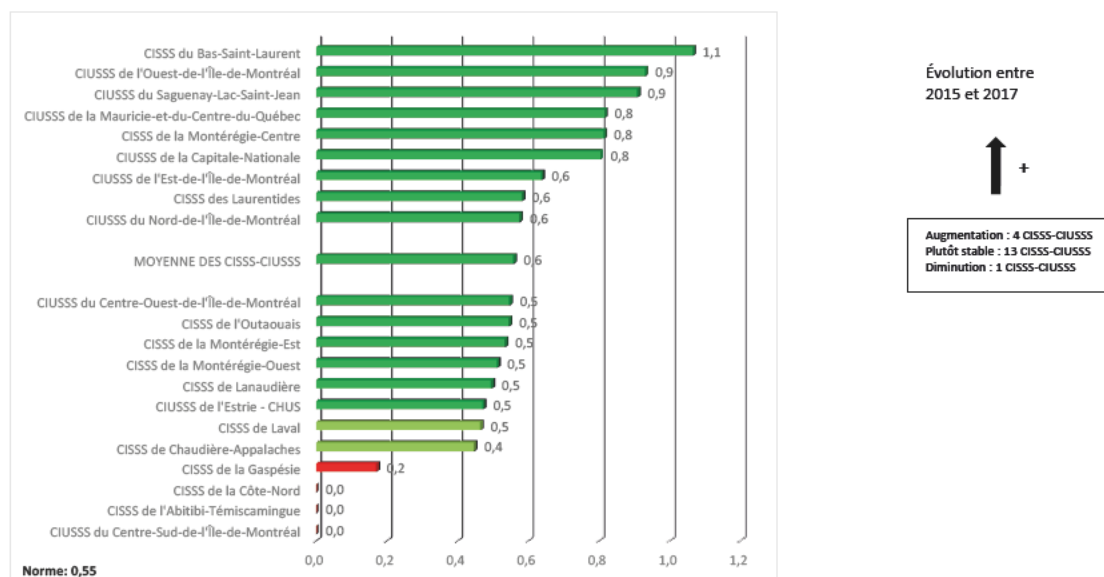


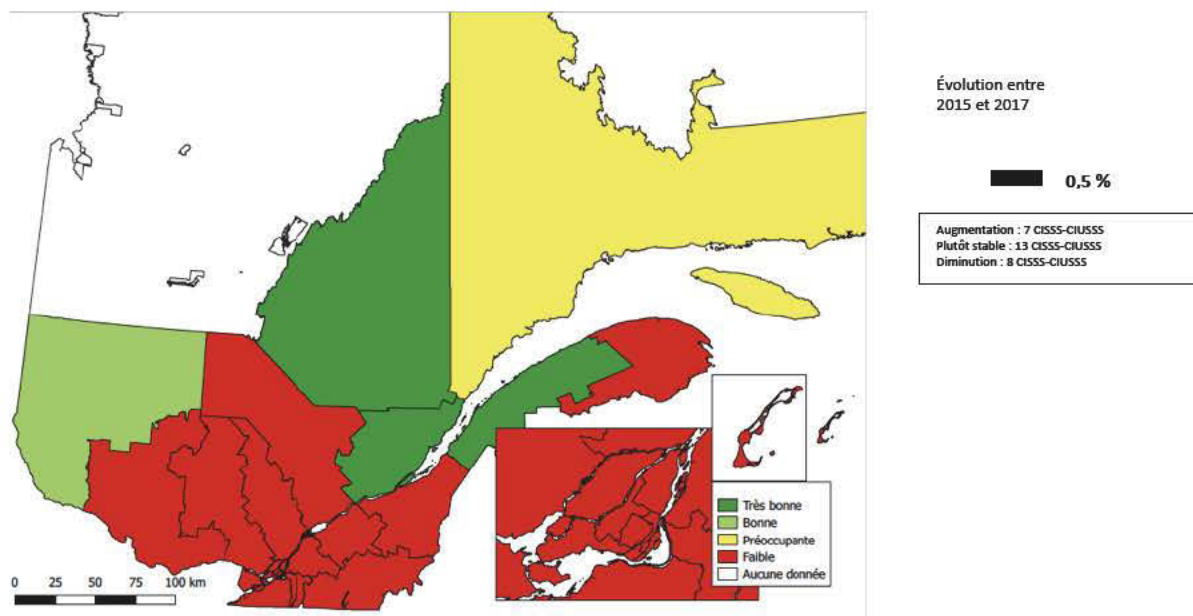
Figure 14. Taux de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans ou plus²⁸

²⁷ Type de norme utilisé : cible du MSSS

²⁸ Type de norme utilisé : cible du MSSS

À l'urgence

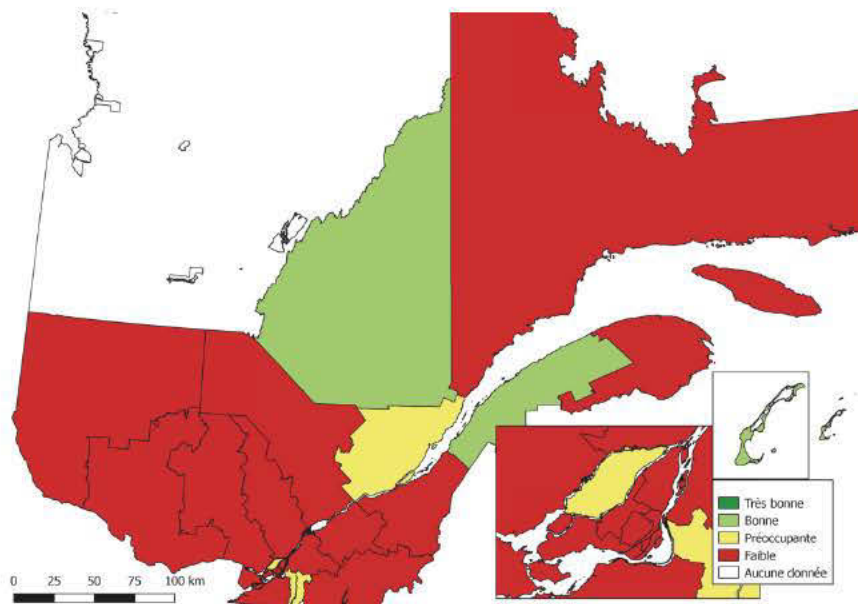
Les patients qui présentent des problématiques de santé mentale séjournent en général trop longtemps sur des civières à l'urgence. Seuls quatre CISSS-CIUSSS ont les dispositifs en place pour mieux gérer la situation.



Carte 10. L'accessibilité aux urgences pour les personnes avec des problèmes de santé mentale

En résumé:

L'accessibilité aux services de santé mentale est problématique presque partout au Québec avec très peu de variation de 2015 à 2017.



Carte 11. L'accessibilité aux services pour des problèmes de santé mentale

L'accessibilité aux services spécialisés de santé mentale est-elle équitable?



L'accessibilité aux services de première ligne est la même, peu importe le niveau de défavorisation du territoire. Nous pourrions nous attendre à ce que l'utilisation soit plus importante dans les territoires qui ont des taux de défavorisation plus élevés.

C'est la même situation pour l'accessibilité aux services spécialisés pour les jeunes qui semblent la même, peu importe le niveau de défavorisation, tandis que ce n'est pas le cas pour les services aux adultes. Les services de psychiatrie, quoique peu accessibles, le sont encore moins dans les territoires CISSS-CIUSSS avec un plus haut pourcentage de population défavorisée. On observe la même situation pour les services d'urgence en santé mentale, les durées de séjour sur civière étant plus longues dans les territoires plus défavorisés.

En ce qui concerne les services dans la communauté, soit le suivi intensif ou le soutien d'intensité variable, les territoires les plus défavorisés ont moins de place que les autres.

	Performance globale sur 100	Taux de jeunes ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne dispensés par les CLSC par 1 000 jeunes de 0 à 17 ans (nombre)	Taux d'adultes ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne dispensés par les CLSC par 1 000 adultes (nombre)	Pourcentage d'adultes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en psychiatrie (%)	Pourcentage de jeunes en attente depuis moins de 30 jours pour une consultation en pédopsychiatrie (%)	Taux de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans ou plus (nombre)	Taux de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère par 1 000 habitants âgés de 18 ans (nombre)	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence ayant des problèmes de santé mentale (heures)
Plus favorisés	63	15	13	44	22	1,72	0,53	15,6
Plus défavorisés	58	15	14	31	23	0,86	0,51	20,0

3.3 L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté est appréciée par trois indicateurs. Certains CIUSSS, notamment ceux de Montréal et de la Montérégie, ont des données identiques puisque ce sont des mandats régionaux et que seulement un ou deux CIUSSS interviennent dans ce domaine pour des territoires qui dépassent leurs frontières et englobent les territoires des CIUSSS voisins. Les indicateurs utilisés sont les suivants :

- Le délai moyen d'attente à l'évaluation de la protection de la jeunesse
- Le délai moyen d'attente à l'application des mesures de protection de la jeunesse
- Le délai moyen d'attente entre l'ordonnance et le premier contact significatif

En détail :

En moyenne au Québec, le délai d'attente pour l'évaluation à la Protection de la jeunesse est de 17 jours avec une variation de 10 à 28 jours selon la région du Québec. Le délai dans l'application des mesures est tout aussi variable allant de 1 à 34 jours. Certains CIUSSS-CIUSSS réussissent mieux que d'autres à offrir les services pour les jeunes en difficulté dans des délais raisonnables.

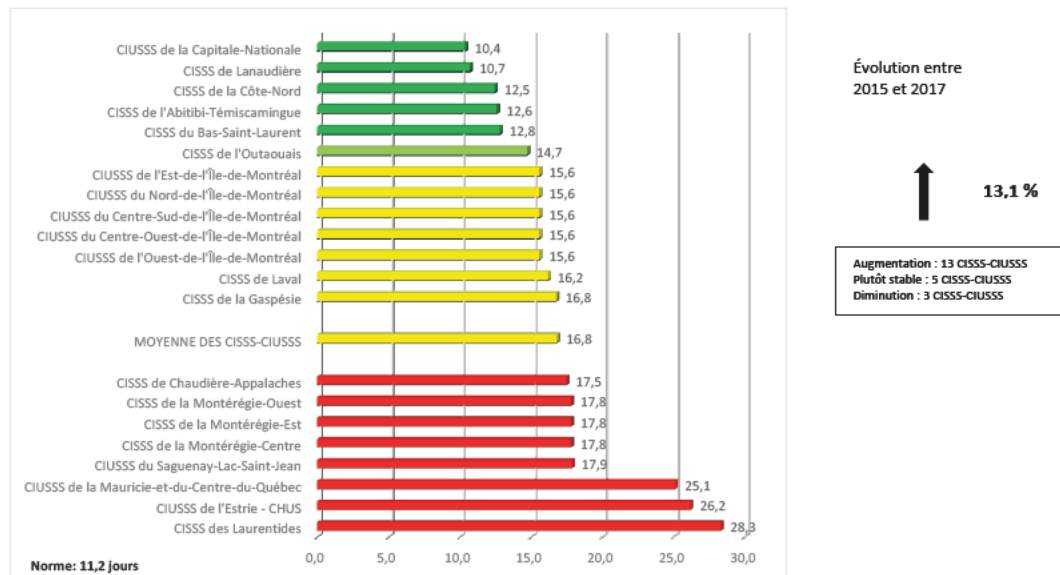


Figure 15. Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse²⁹

²⁹ Type de norme utilisé : benchmarking

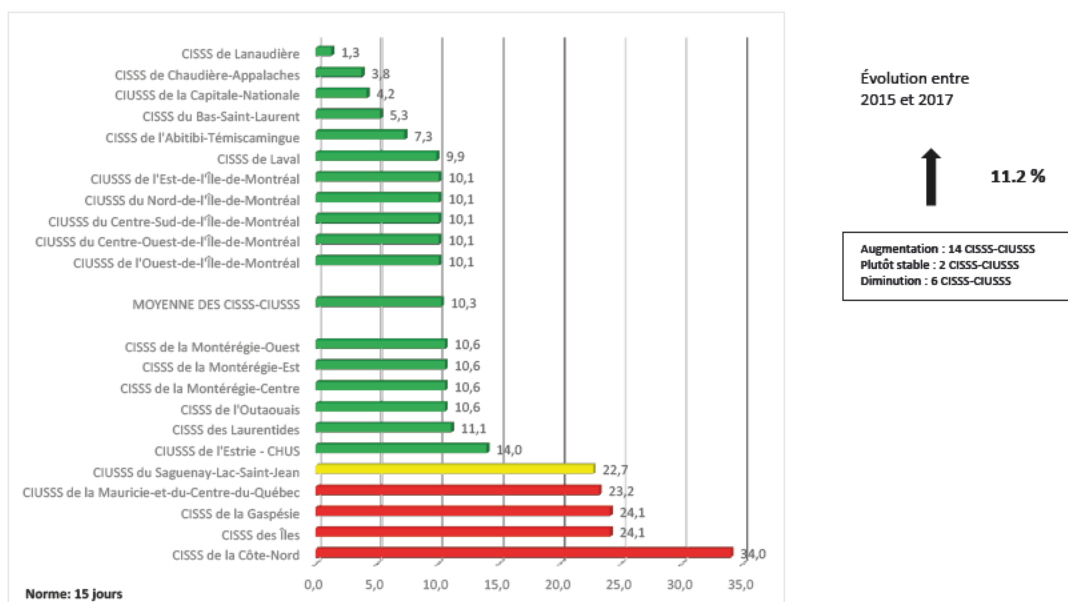


Figure 16. Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse³⁰

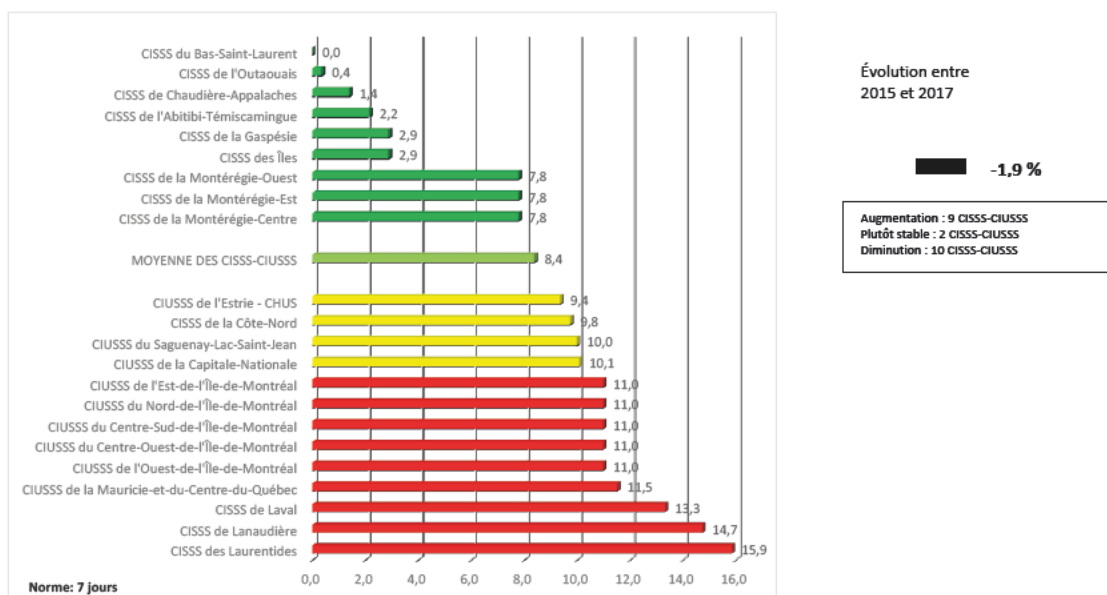


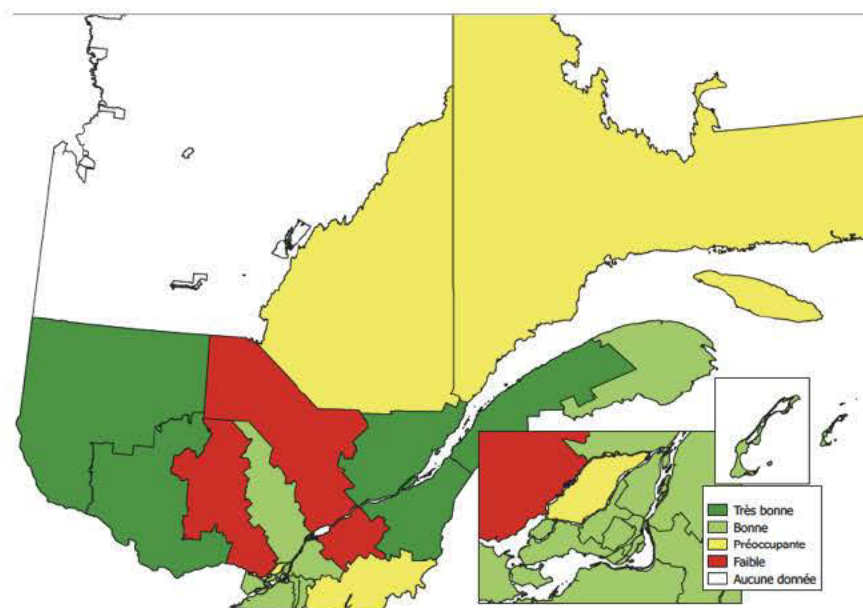
Figure 17. Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSIPA³¹

³⁰ Type de norme utilisé : raisonnée

³¹ Type de norme utilisé : raisonnée

En résumé :

Au Québec, l'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté varie d'un CISSS-CIUSSS à l'autre.



Carte 12. L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté

L'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté est-elle équitable?



L'accessibilité est significativement plus faible dans les territoires où la population présente davantage de besoins.

	Performance globale sur 100	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (jours)	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse (jours)	Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSIPA (jours)
Plus favorisés	82	15	13	7
Plus défavorisés	73	18	13	11

3.4 L'accessibilité aux services en déficience intellectuelle (DI) et troubles du spectre de l'autisme (TSA) est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services DITSA est mesurée par trois indicateurs qui sont :

- La proportion des demandes réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CLSC
- La proportion des demandes réalisées à l'intérieur des délais prescrits pour les cas de priorité élevée en CRDI
- Le délai d'attente pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA

En détail :

En termes d'accessibilité rapide aux services CLSC destinés à cette clientèle, les services CLSC pour la clientèle DITSA sont en général dispensés dans les délais souhaités par les CISSS-CIUSSS avec en moyenne 90 % des demandes réalisées dans les délais.

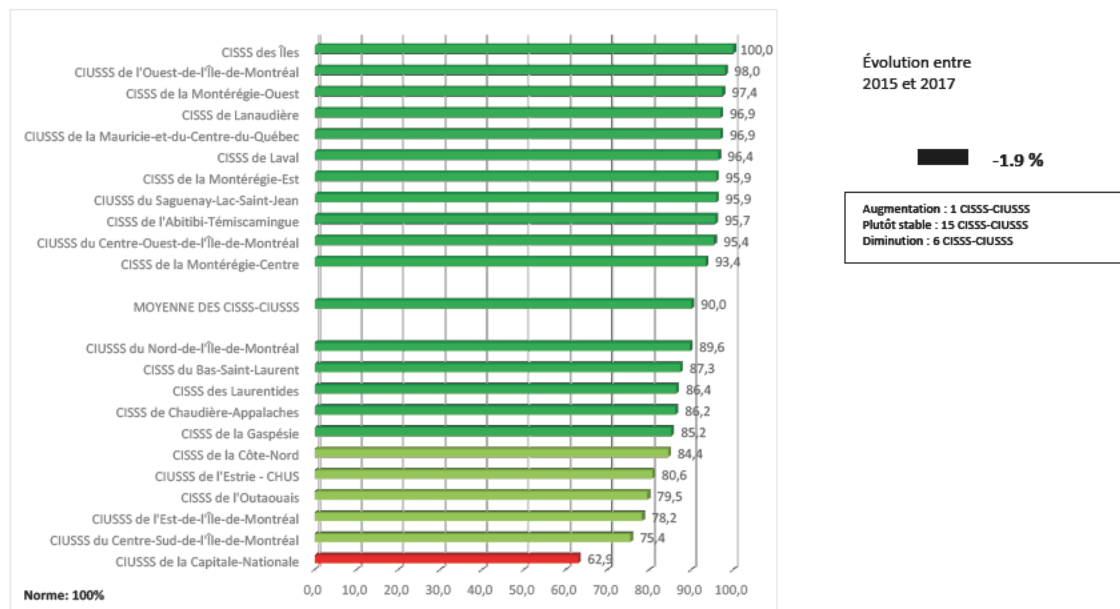


Figure 18. Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CLSC³²

³² Type de norme utilisé : raisonnée

Par contre, l'accessibilité aux services spécialisés destinés à cette clientèle³³ est plus problématique au Québec, particulièrement pour les services destinés aux enfants de 5 ans ou moins. Les délais d'attente sont en moyenne de 207 jours et l'attente est de plus d'un an dans certains CISSS ou CIUSSS. Lorsque la priorité est élevée, c'est-à-dire pour des usagers avec des besoins importants, les services ne sont pas quand même pas assurés rapidement dans plusieurs territoires québécois.

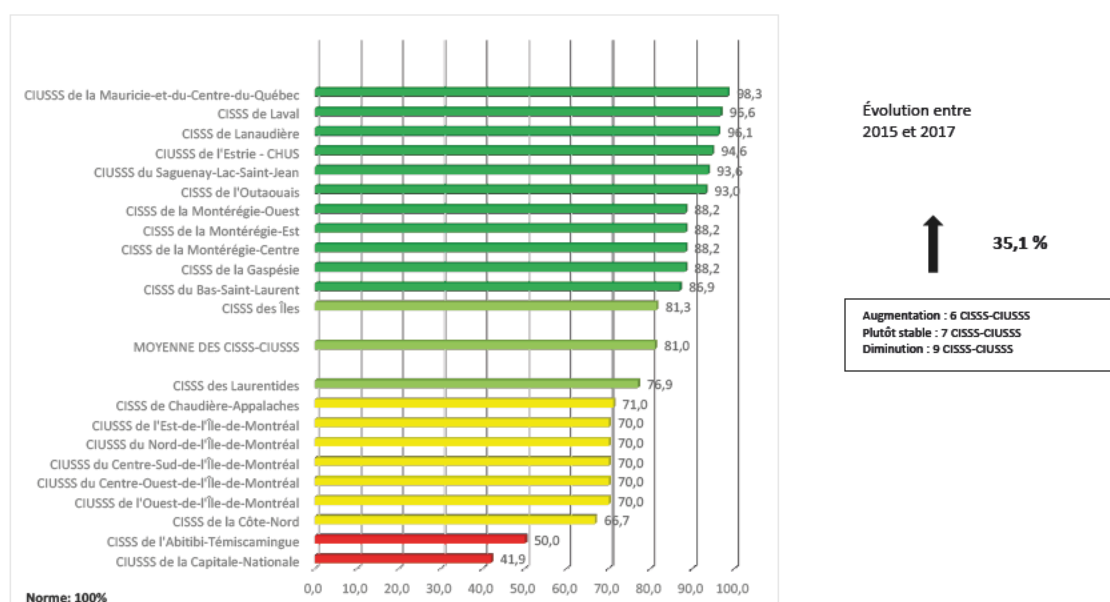


Figure 19. Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CRDI pour des cas de priorité élevée³⁴

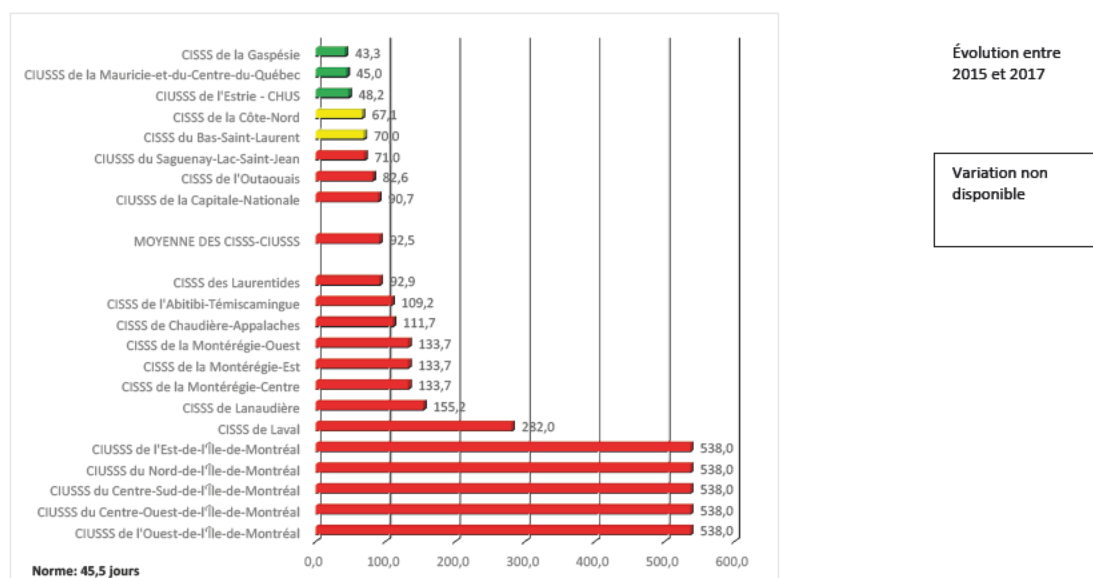


Figure 20. Délai moyen d'attente pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA³⁵

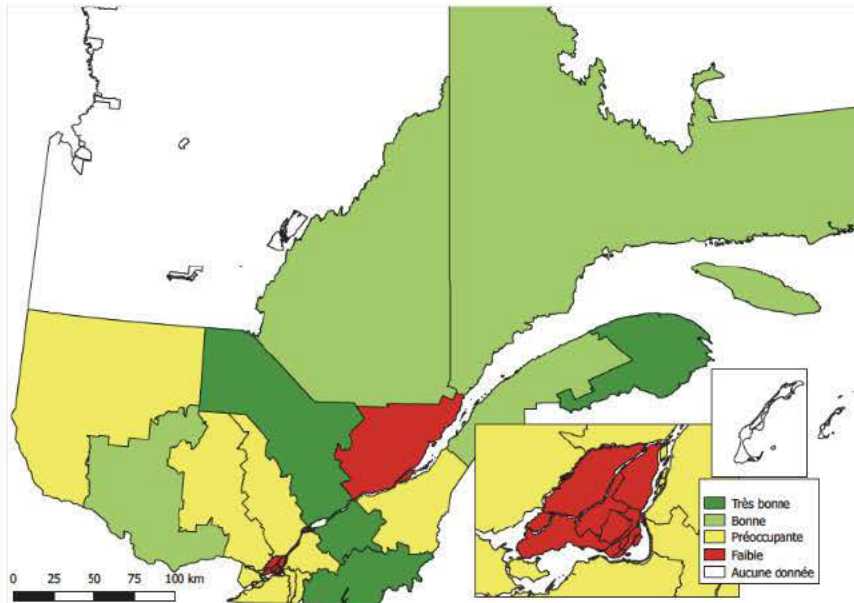
³³ Dans le cas des CISSS-CIUSSS des régions de Montréal et de la Montérégie, comme les services sont dispensés pour l'ensemble de la région, le même résultat a été attribué à chacun (la moyenne des résultats disponibles pour Montréal et le résultat pour la Montérégie).

³⁴ Type de norme utilisé : raisonnée

³⁵ Type de norme utilisé : benchmarking

En résumé :

Au Québec, l'accès aux services DITSA varie d'une région à l'autre avec huit territoires de CISSS-CIUSSS qui ont une bonne ou très bonne accessibilité. La situation est plus problématique dans 13 CISSS-CIUSSS. L'accessibilité est particulièrement bonne dans la Mauricie-Centre-du-Québec, l'Estrie et en Gaspésie.



Carte 13. L'accessibilité aux services DI-TSA

L'accessibilité aux services DI-TSA est-elle équitable?



Les territoires plus défavorisés ont un moins bon accès aux services que les territoires plus favorisés.

	Performance globale sur 100	Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CLSC (%)	Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais prescrits en CRDI pour des cas de priorité élevée (%)	Délai moyen d'attente pour un service spécialisé pour les enfants de moins de 5 ans (en jours)
Plus favorisés	71	89	81	121
Plus défavorisés	59	85	77	415

3.5 L'accessibilité pour les services de déficience physique est-elle bonne ?

L'accessibilité aux services en déficience physique est mesurée par deux indicateurs :

- La proportion des services dispensés en CLSC dans les délais prescrits pour les cas de priorité élevée
- La proportion des services dispensés en CRDP dans les délais prescrits pour les cas de priorité élevée

En détail :

Les services de déficience physique en CLSC dont la priorité est jugée élevée ou modérée sont, la très grande majorité du temps, dispensés dans les délais établis (92 % et 85 %).

La situation est la même dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), les services ont, dans la plupart des régions, ont une très bonne accessibilité.

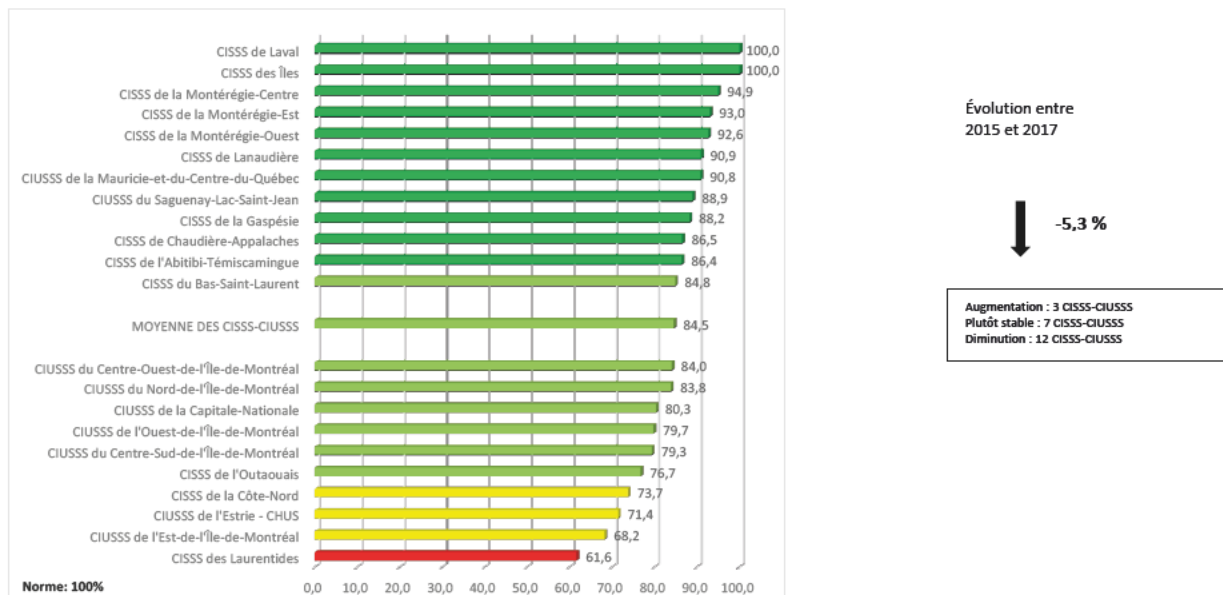
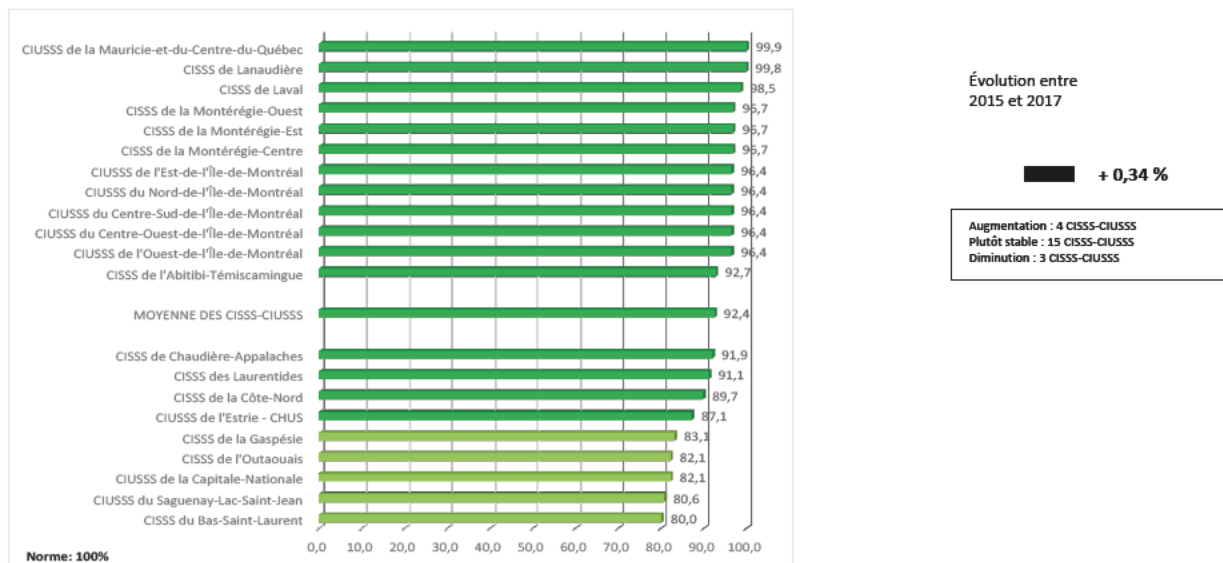


Figure 21. Proportion des services dispensés en CLSC (priorité élevée) dans les délais prescrits³⁶

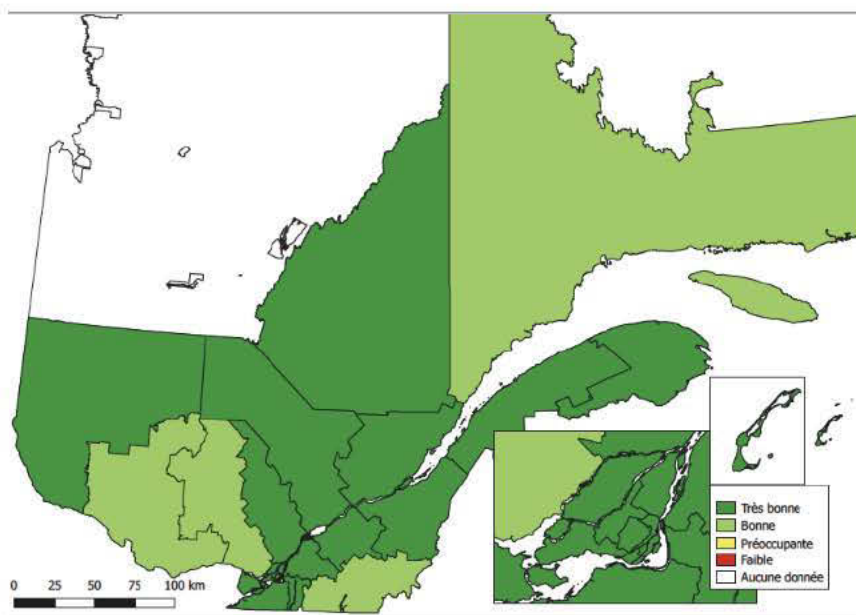


³⁶ Type de norme utilisé : raisonnée

Figure 22. Proportion des services dispensés en CRDP (priorité élevée) dans les délais prescrits³⁷

En résumé :

L'accessibilité à ces services est bonne ou très bonne dans tous les CISSS-CIUSSS du Québec.



Carte 14. L'accessibilité aux services de déficience physique

L'accessibilité aux services de déficience physique
est-elle équitable ?

	Performance globale sur 100	Proportion des services dispensés dans les délais prescrits en CLSC pour des cas de priorité élevée (%)	Proportion des services dispensés dans les délais prescrits en CRDP pour des cas de priorité élevée (%)
Plus favorisés	92	89	91
Plus défavorisés	91	81	97

³⁷ Type de norme utilisé : raisonnée

3.6 L'accessibilité pour les services en dépendance est-elle bonne ?

Les services en dépendance s'adressent aux personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool, de drogue, de jeux ou tout autre forme de dépendance. Leur accessibilité a été appréciée ici par deux indicateurs qui sont :

- Le taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce dans les sous-territoires des CISSS-CIUSSS
- La proportion des personnes évaluées dans un délai de 15 jours ou moins

En détail :

En termes d'implantation des services, plus de la moitié des établissements ont implanté de manière significative des services de détection et d'intervention en dépendance. Cette amélioration est notée dans presque tous les territoires.

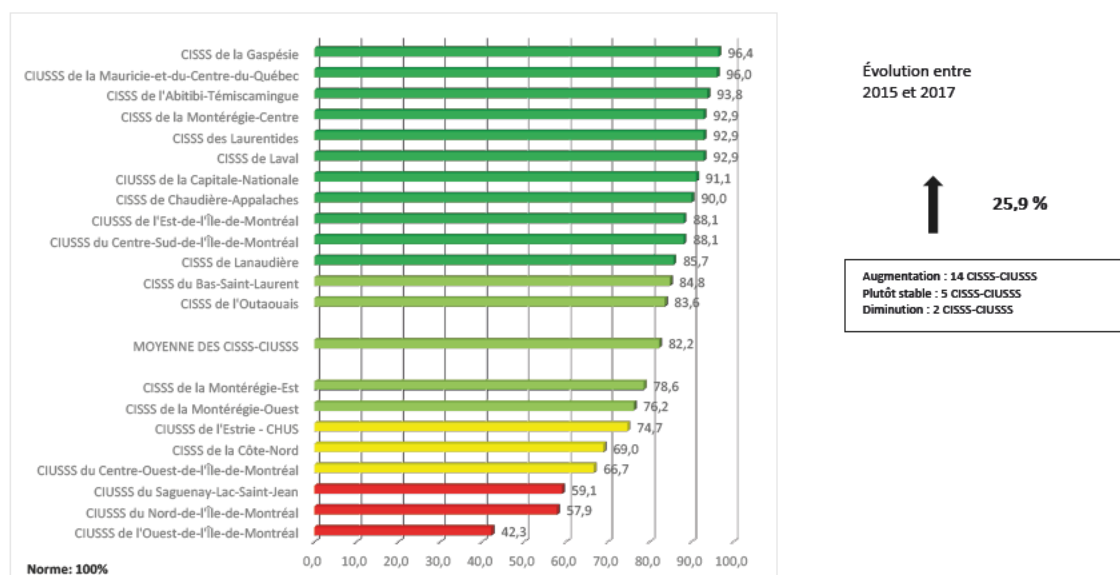


Figure 23. Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance³⁸

³⁸ Type de norme utilisé : raisonnée

En matière de rapidité de la première évaluation³⁹, il est difficile d'obtenir rapidement des services d'évaluation en dépendance au Québec. Un seul CIUSSS affiche une bonne accessibilité dans ce domaine : le CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec.

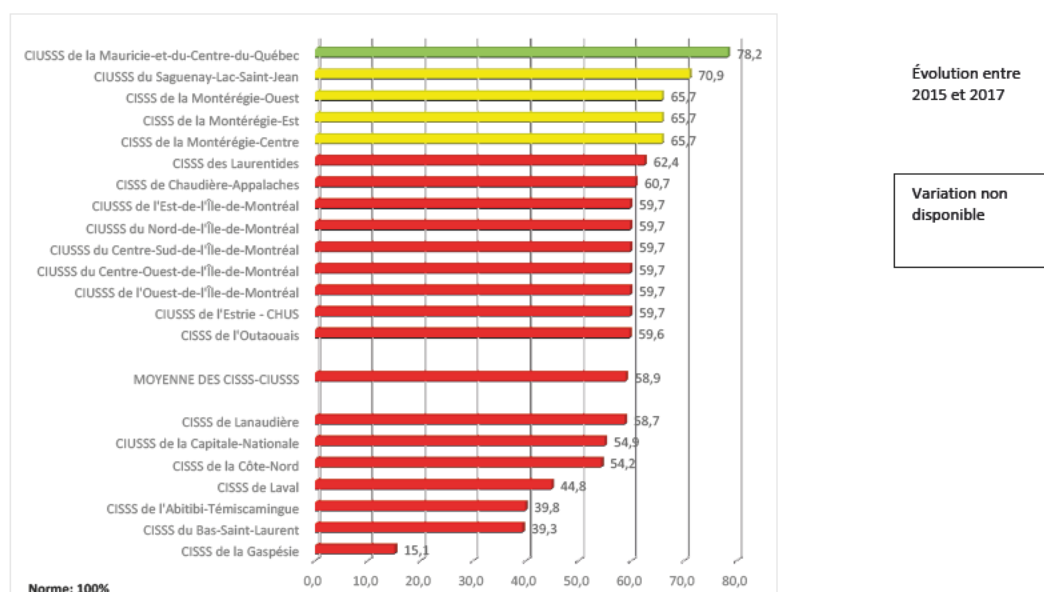


Figure 24. Proportion de personnes évaluées dans un délai de 15 jours ou moins⁴⁰

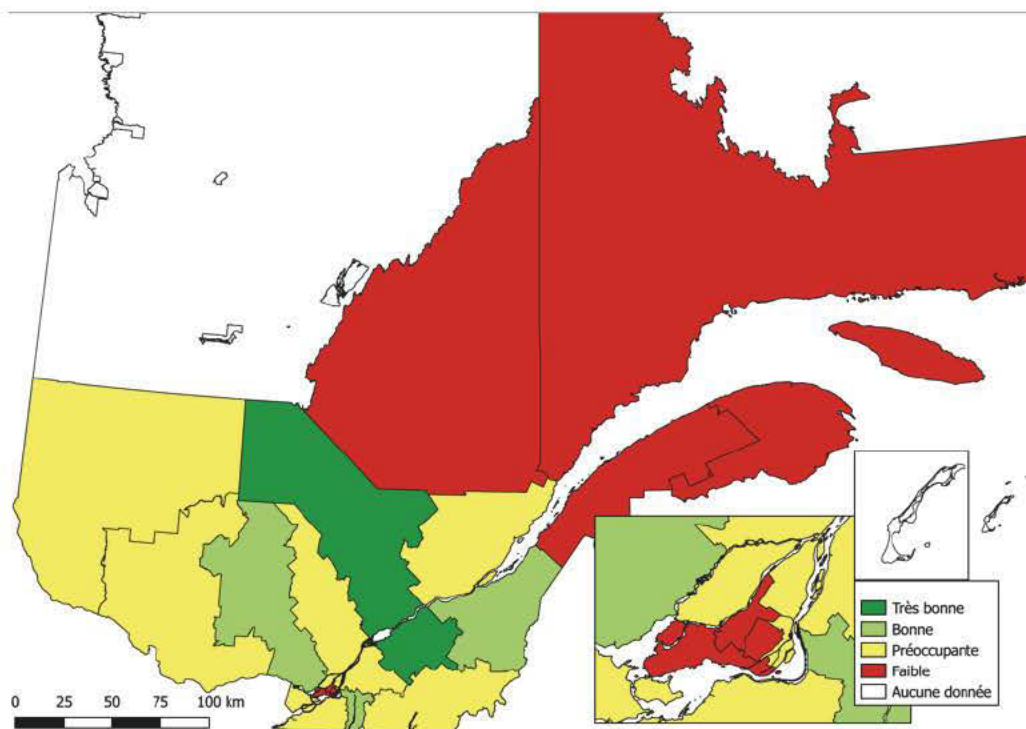
³⁹ Dans le cas des CISSS-CIUSSS des régions de Montréal et de la Montérégie, comme les services sont assurés pour l'ensemble de la région, le même résultat a été attribué à chacun (la moyenne des résultats disponibles pour Montréal et le résultat pour la Montérégie).

⁴⁰ Type de norme utilisé : raisonnée

En résumé :

Rares sont les territoires de CISSS-CIUSSS où les services de dépendance ont un bon niveau d'accessibilité. Seulement quatre CISSS-CIUSSS affichent de bons ou très bons résultats.

Globalement, la performance en accessibilité s'est améliorée entre les deux années au Québec.



Carte 15. L'accessibilité aux services de dépendance

L'accessibilité aux services de dépendance est-elle équitable?



Bien que l'accessibilité aux services de dépendances soit problématique dans plusieurs CISSS-CIUSSS, l'accessibilité est en moyenne meilleure dans les CISSS-CIUSSS qui présentent de plus grands besoins.

	Performance globale sur 100	Taux d'implantation des services de détection et d'intervention précoce (%)	Proportion des personnes évaluées dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins (%)
Plus favorisés	69	87	51
Plus défavorisés	73	83	64

