

Le système québécois de santé et de services sociaux

(points de repère)

Introduction

Depuis 5 ans, le réseau a subi des compressions qui ont contribué, de façon très importante, à l'assainissement des finances publiques, et ce, malgré les pressions à la hausse exercées sur la demande de services par :

- les changements démographiques ;
- les développements technologiques ;
- l'émergence de nouveaux besoins.

Des changements majeurs ont été apportés à l'organisation des services sociaux et de santé dans un temps très court. Le Québec n'avait pas le choix : il accusait déjà des retards par rapport aux autres pays et à certaines provinces.

Des gains importants ont été réalisés à la faveur du virage ambulatoire et d'une plus grande efficacité du réseau.

Mais il reste des fragilités : des secteurs à consolider ; des listes d'attente en chirurgie ; des urgences à soulager ; des ressources humaines à épauler ; des équipements à renouveler.

Ce qui entraîne des défis à relever pour :

Rétablir la situation financière du réseau

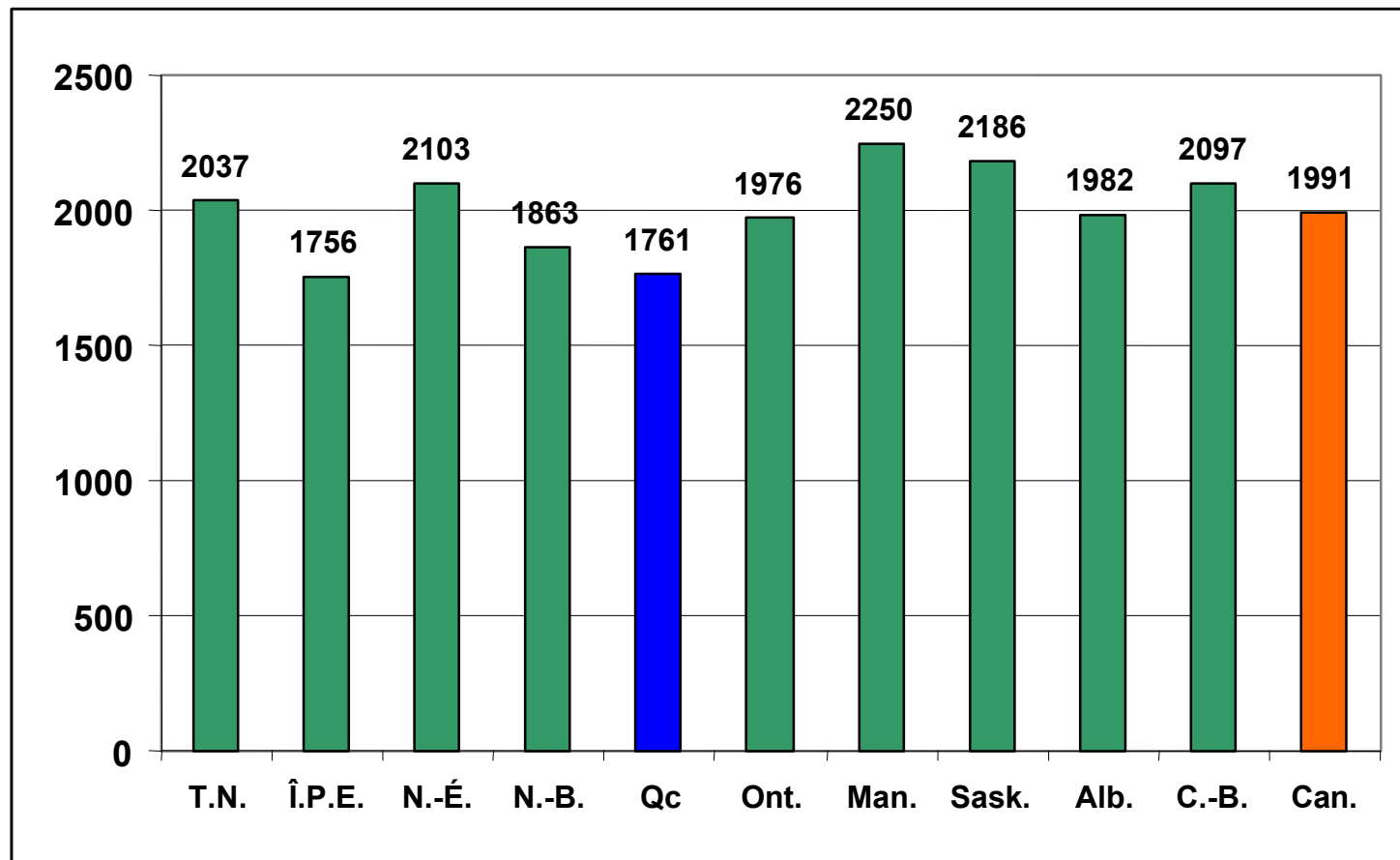
Améliorer son fonctionnement

LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SOINS : UNE CORRECTION DE TRAJECTOIRE MAJEURE

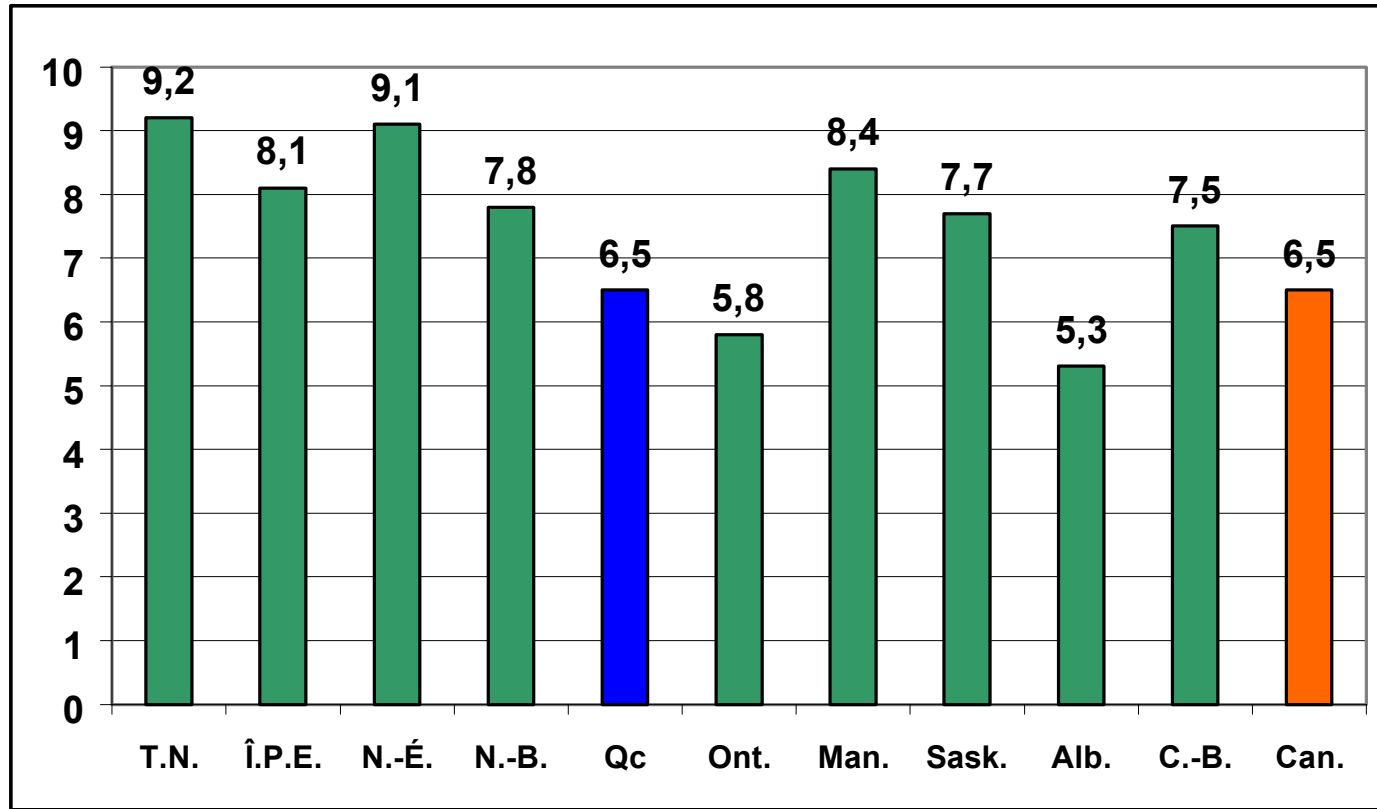
- De 1975 à 1994, les dépenses publiques de santé ont souvent augmenté plus rapidement que la richesse collective.
- Depuis 1994, l'État québécois a pris des mesures majeures pour atteindre l'équilibre budgétaire.

- Entre 1994 et 1999, cette correction a stoppé la croissance des dépenses publiques de santé (0,08% par année).
- Au même moment, la richesse collective (PIB) augmentait en moyenne de 2,4 % annuellement.
- Cette correction s'est faite au moment où des pressions importantes s'exerçaient sur le système de soins (vieillesse démographique, développements technologiques, nouveaux besoins).
- En 1999, le Québec est devenu l'endroit où l'on retrouve les dépenses publiques de santé par habitant les plus faibles au Canada (Québec : 1 761\$; Canada : 1 991\$).

Dépenses publiques de santé par habitant, par province, 1999



Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, par province, 1999



En 1999, à l'exception de l'Alberta et de l'Ontario, les provinces canadiennes affichent des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB plus élevées que celles du Québec.

Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec et pays de l'OCDE, 1993, 1995 et 1997

	1993		1995		1997
Royaume-Uni	5,8	Royaume-Uni	5,8	Royaume-Uni	5,8
Etats-Unis	6,1	Etats-Unis	6,5	<i>Canada</i>	<i>6,4</i>
Danemark	7,2	<i>Canada</i>	<i>6,7</i>	Québec	6,5
<i>Canada</i>	<i>7,3</i>	Danemark	6,8	Etats-Unis	6,5
France	7,3	Québec	7,1	Danemark	6,7
Québec	7,6	Suède	7,1	France	7,1
Allemagne	7,7	France	7,3	Suède	7,2
Suède	7,7	Allemagne	8,2	Allemagne	8,3

Depuis 1993, le Québec a réduit son pourcentage de dépenses publiques de santé par rapport au PIB. Il est passé de 7,6 % en 1993 à 6,5 % en 1997.

Dépenses totales de santé par habitant, Québec, Canada, et pays de l'OCDE, 1970, 1985 et 1997, en parité du pouvoir d'achat (\$ PPA)

	1970	1985	1997
Royaume-Uni	144	669	1391
Italie	154	830	1613
Suède	270	1172	1762
Japon	131	820	1760
Danemark	216	1173	2042
Québec	247	1153	2003
Canada	262	1201	2175
France	206	1082	2047
Allemagne	224	1242	2364
Suisse	252	1250	2611
États-Unis	357	1798	4095

En 1997, les dépenses totales de santé par habitant au Québec sont inférieures à celles de la France, de l'Allemagne, de la Suisse et des États-Unis.

L'impact de la transformation



Des gains

La performance accrue du secteur hospitalier

Des gains

D'un point de vue clinique

Le virage ambulatoire, c'est le déplacement du lieu des pratiques médicales de l'hôpital vers la communauté, grâce notamment aux nouvelles technologies, mais aussi à l'évolution de ces pratiques.
De 1994-1995 à 1997-1998, le virage ambulatoire a permis :

- d'augmenter la proportion de chirurgies d'un jour **réalisées**, sur l'ensemble des chirurgies d'un jour **potentielles**, de 72 % à 88 % ;
 - de diminuer le taux d'hospitalisation en chirurgie de 32,8 à 23,9 hospitalisations pour 1 000 personnes ;
 - de baisser de 11,5 % le nombre d'hospitalisations ;
 - de diminuer la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier :
 - en médecine, de 8,8 jours à 7,5 jours ;
 - en chirurgie, de 8,7 jours à 8,2 jours ;
- ⇒ et il reste encore des gains potentiels.

La performance accrue du secteur hospitalier

Des gains

D'un point de vue financier

Efficiencia des services hospitaliers*

Entre 1994-1995 et 1998-1999 :

- Diminution des dépenses administratives et de soutien de 6,8 % pour la période.
- Contrôle de la hausse des dépenses de services de santé à 3,6 % pour la période, malgré une augmentation annuelle de :
 - 4,3 % pour l'alourdissement de la clientèle ;
 - 8,6 % pour les coûts des fournitures médicales et chirurgicales ;
 - 2,8 % pour les coûts de la pharmacie.(Ces 3 facteurs comptent pour 20 % des dépenses.)

** Étude portant sur 14 hôpitaux (universitaires et régionaux) totalisant plus de 50 % des déficits du réseau*

Même dans les établissements en difficulté sur le plan budgétaire, l'effort de rationalisation a été important. Cependant, il n'a pas été suffisant pour contrer les pressions à la hausse sur les coûts.

Le système de soins : des pressions structurelles

Le virage ambulatoire a permis un réalignement du réseau, mais d'autres phénomènes exercent des pressions à la hausse sur les dépenses.

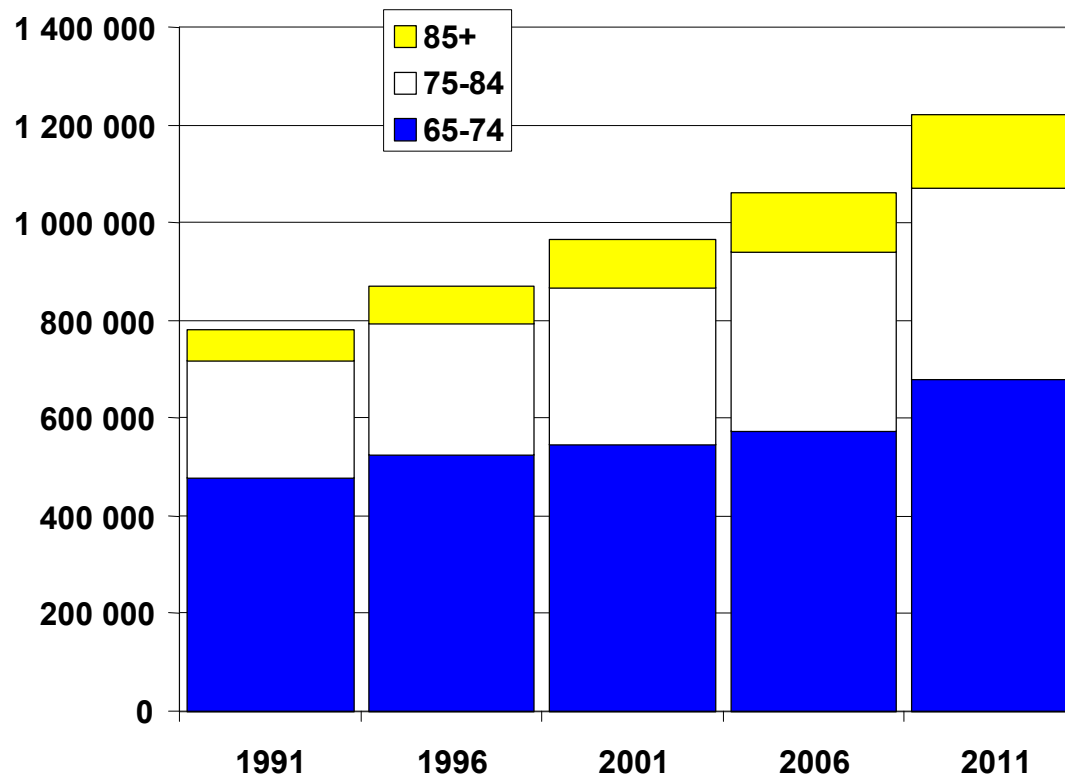
Les changements
démographiques

Les développement
technologiques

Les nouveaux besoins

Le système de soins : des pressions structurelles

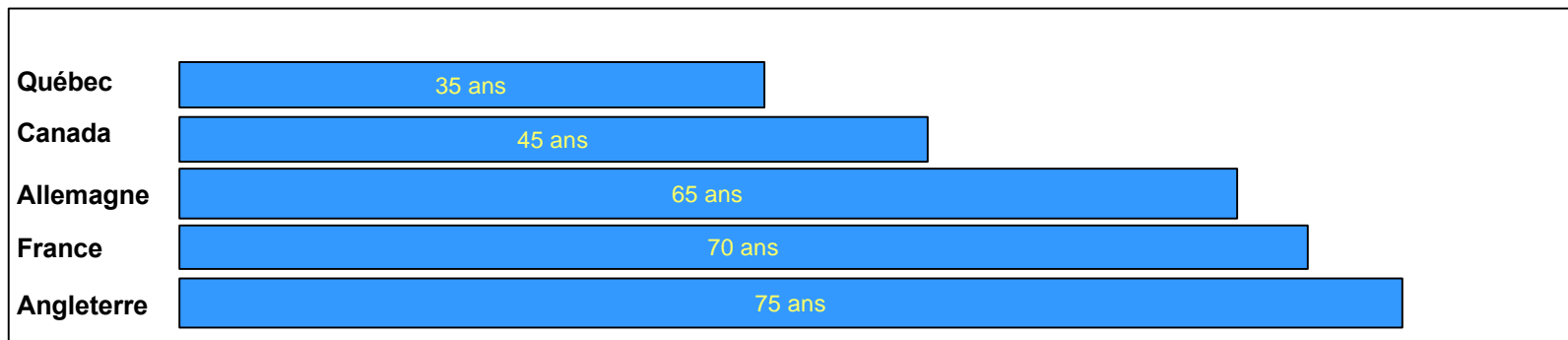
Nombre de personnes âgées, 1991 à 2011



Par rapport à 1991, en 2011, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans augmentera de 56 %. L'accroissement est encore plus important pour les 75 ans et plus : 80 %. En 2030, 25% de la population québécoise sera âgée de plus de 65 ans.

Le système de soins : des pressions structurelles

Nombre d'années requises pour que la population âgée de 65 ans
et plus passe de 12 % à 24 % du total



Ce qui distingue le Québec, c'est la vitesse à laquelle sa population vieillit. Le vieillissement de la population se fera deux fois plus rapidement ici que dans les pays européens.

Le système de soins : des pressions structurelles

(suite)

Des pressions :

- Dans les **urgences**. En 1998-1999, 50 000 **personnes alitées** de plus par rapport à 1994-1995. De ce nombre, 56 % étaient âgées de plus de 75 ans.
- En **radio-oncologie**. Les besoins augmentent rapidement, surtout à partir de 50 ans. Or, les premiers «baby-boomers» sont déjà arrivés à cet âge.
 - Augmentation des nouveaux cas de cancers de 3 % par année
- En **cardiologie**. Les besoins augmentent surtout à partir de 50 ans. Il se fait plus de pontages coronariens chez les personnes âgées.
 - Augmentation des chirurgies cardiaques de 3,6 % par année :
 - Augmentation des dilatations coronariennes de 260 % en 10 ans
- Dans d'**autres spécialités**, l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes très âgées amplifient les besoins, notamment :
 - Augmentation de 8 % depuis 3 ans, des chirurgies orthopédiques (prothèses de la hanche et du genou) :
 - Augmentation de 30 % depuis 2 ans, des chirurgies pour la cataracte.

Les changements démographiques exercent déjà une pression à la hausse sur le besoin de services, pression qui s'accroîtra dans les prochaines années.

Le système de soins : des pressions structurelles

- Explosion au milieu des années 1980, particulièrement au plan des **technologies médicales**, des **technologies du médicament** et des **technologies de l'information**.
- Par exemple, les **technologies d'imagerie médicale** permettent d'intervenir plus rapidement et efficacement, mais entraînent des coûts supplémentaires.
- Coûteuses mais efficaces, les **nouvelles techniques d'intervention** (endoscopie, robotique) permettent de :
 - traiter plus de personnes dans une même période de temps ;
 - réduire la durée des interventions, le temps de convalescence et les risques pour les patients.

Le système de soins : des pressions structurelles

Le système de santé québécois met de plus en plus l'accent sur les soins ambulatoires ; c'est pourquoi l'accès aux médicaments s'avère un élément majeur pour favoriser une transition harmonieuse vers les soins ambulatoires.

➤ **Hausse des dépenses des médicaments** de 15 % par année depuis 1997.

Les causes : coûts très élevés de nouvelles générations de médicaments, accroissement et vieillissement de la population, virage ambulatoire.

Exemples :

- nouveaux médicaments **antirejet** (5 000 \$ à 10 000\$ par année par personne greffée) ;
- nouveaux médicaments **antipsychotiques** plus efficaces et mieux tolérés (5 000 \$ par année par patient), qui permettent une meilleure intégration dans la communauté ;
- médicaments pour le **sida** (la trithérapie, 20 000 \$ à 30 000 \$ par année par patient) qui amènent une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations.

Le système de soins : des pressions structurelles

⇒ De **nouveaux problèmes** sont apparus (ex.:sida) et d'autres ont gagné en importance. Par exemple, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées :

↳ 77 183 cas en 1999, 103 784 prévus en 2009

⇒ Certaines clientèles exigent maintenant davantage des **services dans leur milieu de vie** : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes qui ont un problème de santé mentale, personnes handicapées, malades chroniques...

⇒ Le réseau s'est adapté partiellement à ces nouveaux besoins, mais des ressources supplémentaires sont nécessaires. Il faut encore plus :

- d'interventions précoces ;
- de soutien à domicile ;
- de continuité et d'intégration des services.

Il ne s'agit pas seulement de faire plus avec moins, mais de faire différemment tout en répondant à de nouveaux besoins.

Des fragilités

Des fragilités

Le réseau

- De 1995-1996 à 1998-1999, on a demandé des efforts budgétaires de l'ordre de 2,4 MM\$ au secteur de la santé et des services sociaux, soit :
 - 1,7 MM\$ dans le réseau ;
 - 0,7 MM\$ dans les programmes de la RAMQ.

- Les pressions sur les services ont conduit plusieurs établissements à un déficit :
 - 45 établissements (surtout des hôpitaux) sont responsables de 75 % du déficit total des établissements publics que compte le réseau.

Les services de base

- Un investissement important, mais qui doit être encore augmenté dans les services à domicile :
 - le budget des services à domicile est passé de 398 M\$ en 1994 - 1995 à 575 M\$ en 2000 - 2001.

Des fragilités

Les urgences

➤ Par rapport à 1994-1995, 50 000 personnes de plus ont été reçues sur des civières dans les urgences en 1998-1999.

- Le nombre de visites à l'urgence :

- ⇒ personnes de 65 ans plus : 80 % de l'augmentation totale du volume ;

- ⇒ personnes de 75 ans et plus : 56 % de l'augmentation totale du volume ;

- ⇒ personnes de 85 ans et plus : 15 % de l'augmentation totale du volume.

Les listes d'attente

➤ De juin 1996 à décembre 1999, le nombre de personnes en attente de chirurgie a augmenté de 63 %. Malgré l'augmentation de la production chirurgicale, le système arrive difficilement à satisfaire la demande.

Par exemple, en chirurgie cardiaque le nombre d'interventions pour les adultes a augmenté de 50 % par rapport à 1990. Pourtant le problème de l'attente demeure.

Selon la plus récente étude de l'Institut Fraser sur les temps d'attente en 1998, le Québec se retrouve encore parmi les provinces (avec l'Ontario et la Nouvelle-Écosse) où l'on attend le moins : 11,9 semaines entre le moment où le patient est référé par le médecin et le traitement, comparativement à 13,3 semaines pour l'ensemble du Canada.

Des fragilités

Des équipements à renouveler

- La valeur du parc d'équipements médicaux du Québec est de 1,35 MM\$.
- Investissements nécessaires pour une mise à niveau constante (remplacement sur 10 ans) : **135 M\$** par année.

- Retarder certains investissements risque de mettre en péril la qualité des services.
- Il faut un investissement régulier pour, à la fois, augmenter l'efficacité et conserver des équipements de pointe permettant d'assurer une meilleure qualité de services à la population.

⇒ **200 M\$** sont prévus pour l'acquisition de nouveaux équipements en 2000-2001

- **Le nombre total de médecins est en baisse au Québec depuis 1996.**
- **Le nombre de médecins par habitant est plus élevé au Québec qu'en Ontario (soit respectivement 21,1 médecins pour 10 000 habitants par rapport à 17,9).**
- **Toutefois,**
les médecins ontariens ont un niveau d'activités cliniques plus élevé :
 - ↪ **compte tenu de ce niveau différent d'activités, le Québec et l'Ontario sont pratiquement sur un pied d'égalité, une fois les données ajustées (Québec : 17,7 pour 10 000 hab. ; Ontario : 17,6) ;**
 - ↪ **le Québec accuse même un retard de 2,9 % pour les médecins omnipraticiens par rapport au ratio ontarien (Québec: 8,3 pour 10 000 hab. ; Ontario : 8,6).**

De plus, des phénomènes à prendre en compte :

➤ Féminisation de la profession :

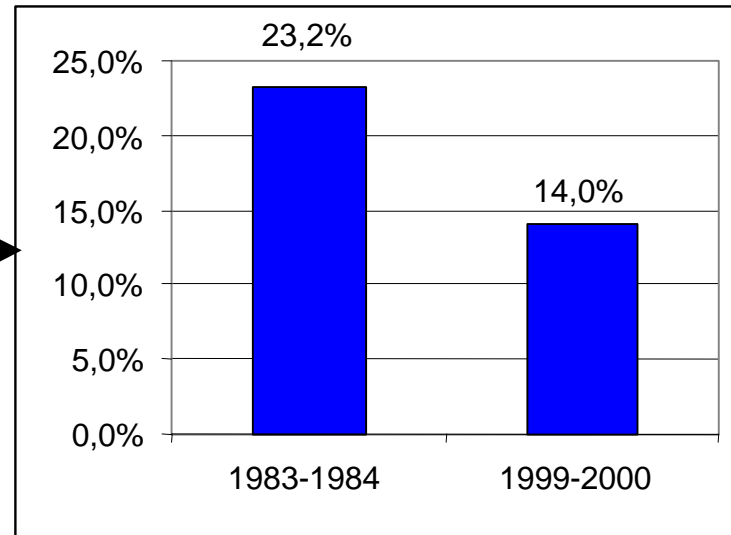
- ↳ au Québec, 39 % des omnipraticiens sont des femmes comparativement à 28 % en Ontario. Chez les médecins spécialistes la proportion de femmes est de 24 % au Québec et de 20 % en Ontario ;
- ↳ les omnipraticiennes dispensent 24 % moins de services que leurs confrères masculins, cette proportion est de 18 % pour les femmes spécialistes;
- ↳ 60 % des admissions en faculté de médecine sont des femmes.

➤ Vieillesse de l'effectif :

- ↳ dans moins de 20 ans, 27 % des médecins seront âgés de plus de 60 ans, alors qu'en 1997, ce pourcentage était de moins de 10 %.
- La **conjugaison** de la **féminisation** et du **vieillesse** de l'effectif qui conduira à :
 - ↳ une diminution progressive du nombre moyen d'heures travaillées par semaine ;
- **Et l'accroissement du nombre de services médicaux de 1 % par année pour tenir compte de l'augmentation et du vieillissement de la population.**

Les coupes fédérales en matière de santé et de programmes sociaux

Pourcentage des transferts fédéraux en espèces par rapport aux dépenses totales du Québec en matière de santé, d'éducation post-secondaire et de sécurité du revenu



- ⇒ Le gouvernement fédéral a considérablement réduit sa contribution au financement de la santé, de l'éducation post-secondaire et de l'aide sociale. Depuis cinq ans, il a coupé au Québec une somme cumulative de 6,1 milliards de dollars, en paiements en transfert*.
- ⇒ Et pourtant, il prévoit réaliser des surplus budgétaires de près de 95 milliards de dollars d'ici les 5 prochaines années..
- ⇒ Si le gouvernement fédéral acceptait de relever ses paiements au niveau de 1994-1995 le Québec devrait recevoir, compte tenu de son poids démographique, au moins un milliard de dollars de plus que maintenant, dont un peu plus de la moitié pour la santé.

* (Finances Canada, février 2000)

Illustration de l'impact des coupures fédérales au Québec

Ce que l'on finance au Québec avec 500 millions de dollars :

- ⇒ Plus du quart du budget des hôpitaux de Montréal ;
- ⇒ Près de la moitié du budget de l'ensemble du réseau des CLSC au Québec ;
- ⇒ Presque tout le budget accordé au soutien à domicile ;
- ⇒ Quatre fois le budget annuel de l'hôpital pour enfants Ste-Justine ;
- ⇒ Plus de trois fois le budget de l'hôpital Royal Victoria ;
- ⇒ Plus du quart du coût du régime d'assurance médicaments .

EN RÉSUMÉ : LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS ÉTAIT NÉCESSAIRE

Il fallait à la fois :

Rattraper un retard

- ⇒ Déjà avant 1994, plusieurs pays et certaines provinces canadiennes dont l'Alberta et l'Ontario, avaient entrepris des changements majeurs dans la façon de fournir les services de santé.
- ⇒ Il était devenu impératif de procéder au « virage ambulatoire ».
- ⇒ Les durées moyennes de séjour pour les hospitalisations en soins de courte durée étaient trop élevées.
- ⇒ Les chirurgies d'un jour et les services à domicile n'étaient pas assez développés.

Faire face à de nouveaux besoins

- ⇒ Le vieillissement, le sida, le suicide, la violence, etc.

- **Tirer partie de l'évolution des connaissances et du développement technologique**
- ⇒ De nouvelles technologies introduites dans les processus thérapeutiques.
- ⇒ Des médicaments qui permettent de soigner plus efficacement et ailleurs qu'à l'hôpital.
- ⇒ Des techniques chirurgicales avec moins d'effets secondaires.
- **Réduire la progression des dépenses et respecter les objectifs budgétaires du gouvernement dans des délais très courts**

Et maintenant...

- Cependant, le système de soins :
 - est toujours confronté à une **augmentation importante des besoins** ;
 - doit corriger en priorité des **fragilités** qui rendent plus difficile l'**accessibilité des services** à la population (urgences, délais d'attente) ;
 - doit améliorer son efficacité ;
 - doit régler les **problèmes de déficit chronique** de certains établissements.
- La **pression à la hausse des dépenses sur le budget de la santé est de plus de 5 %** par année, dont 1,5 % pour faire face à la croissance démographique, 1,5% pour les changements technologiques et environ 2 % pour l'inflation.
- Par contre, **la richesse collective au Québec s'accroît, en moyenne, de 2,5 %** par année en termes réels.
- Le gouvernement fédéral, pour sa part, refuse toujours de rétablir ses paiements de transfert au moins au niveau où ils se situaient en 1994-1995.
- Dans tout ce contexte, il y a lieu de faire un exercice collectif de réflexion sur le financement de notre système de santé et de services sociaux et l'organisation de nos services.