

LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

2009

L'APPRÉCIATION GLOBALE
ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE:

RECUEIL DES SOURCES ET
DÉFINITIONS DES INDICATEURS
DE MONITORAGE

> VERSION AVRIL 2009

>>> TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION_2

INDICATEURS DU CADRE D'ANALYSE GLOBALE DE LA PERFORMANCE_5

> INDICATEURS INTERNATIONAUX.....	7
Adaptation	7
Production	12
Atteinte des buts	15
> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX	21
Adaptation	21
Production	25
Atteinte des buts	31
> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX	39
Adaptation	39
Production	47
Développement et maintien de la culture organisationnelle	59
Atteinte des buts	61

INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS_75

> INDICATEURS INTERNATIONAUX.....	77
Adaptation	77
Production	79
> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX	81
Adaptation	81
Production	85
Développement et maintien de la culture organisationnelle	87
> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX	89
Adaptation	89
Production	93
Développement et maintien de la culture organisationnelle	94

RÉALISATION_97

REMERCIEMENTS_97

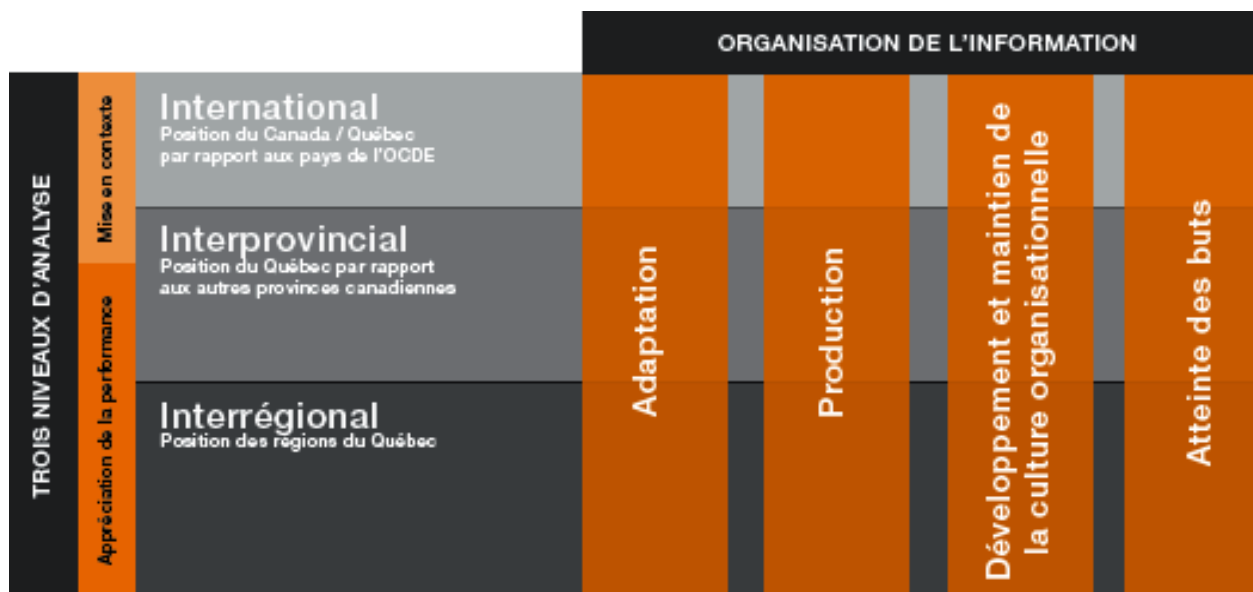


INTRODUCTION

Ce recueil est avant tout destiné à l'utilisateur averti désirant avoir davantage de détail sur chacun des indicateurs utilisés dans le cadre d'analyse globale de la performance du Commissaire à la santé et au bien-être. Pour chaque indicateur, on y trouve une brève description du contenu de l'indicateur et la source d'où il provient. Lorsque possible, ce recueil présente aussi l'information utile à la compréhension de la méthodologie utilisée par les producteurs des indicateurs utilisés et parfois même quelques repères permettant d'en approfondir l'interprétation. Il y est également inclus la mention de la période ayant été retenue pour le calcul de l'analyse de l'évolution temporelle des indicateurs. Celle-ci varie en fonction de critères liés à la disponibilité des données et à leur cycle de publication.

Le document est divisé principalement en deux parties. La première partie porte sur les indicateurs du cadre d'analyse globale de la performance du Commissaire, c'est-à-dire sur les indicateurs qui seront suivis de manière continue dans le temps. La deuxième partie porte quant à elle sur les indicateurs spécifiques au thème annuel choisi par le Commissaire dans son rapport d'appréciation de la performance. Pour 2009, il s'agit d'indicateurs liés à la première ligne de soins. L'analyse de la première ligne de soins faisant souvent appel à de nombreux indicateurs déjà présents dans le cadre d'analyse globale de la performance du Commissaire, il est donc à noter que cette partie ne contient que les indicateurs spécifiques à ce thème afin d'éviter la répétition de ceux-ci. Chacune de ces parties est quant à elle divisée en sections représentant les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance : l'adaptation, la production, le développement et le maintien de la culture organisationnelle et l'atteinte des buts. Ainsi, ce recueil se veut un reflet de l'organisation de l'information choisie par le Commissaire (voir la figure ci-dessous).

Finalement, ce document est en filiation directe avec le document « L'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitoring » faisant partie du *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009*. Pour plus de détails sur le cadre d'analyse globale de la performance du Commissaire à la santé et au bien-être et sur les méthodes de calcul pour le balisage et les évolutions temporelles, veuillez vous référer à ce document.



Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer ou de configurer le système et en celle d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit aussi la capacité de s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système et, notamment, aux transformations en cours. La capacité à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle en constitue une autre dimension. Bien évidemment, cette fonction traduit aussi l'arrimage entre le niveau de ressources acquises et les besoins de soins et services, plutôt que le seul volume de ressources investies. Dans cette perspective, le système de santé et de services sociaux est perçu comme en constante évolution ; par conséquent, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper sur les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, et à tirer profit de celles-ci.

La production

La production concerne le domaine de la gestion clinique et administrative. Elle se caractérise, d'abord, non seulement en fonction du volume de soins et de services, mais aussi en ce qui a trait à l'optimisation des volumes en fonction des ressources investies (la productivité) et à la coordination des services qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité — comprise ici comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible — en constitue une autre dimension clé. Enfin, la production inclut l'offre de services collectifs qui s'adressent aux déterminants de la santé des populations au moyen des programmes de promotion de la santé, de dépistage, d'immunisation, de modification des milieux de vie et de surveillance de l'état de santé.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux et prennent vie au sein de ces institutions. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont un impact notable sur le climat de travail et les valeurs qui y sont véhiculées. Ainsi, la culture organisationnelle permet aux organisations de se maintenir, de bien fonctionner et d'offrir des services de qualité. Cette fonction peut être prise en considération grâce, notamment, à des indicateurs documentant le climat de travail et le bien-être des employés. En général, cette fonction est moins prise en considération dans les évaluations de la performance. Elle requiert ainsi une attention particulière dans le développement d'indicateurs et de bases informationnelles.

L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction des attentes de celle-ci envers les soins et services. Cette fonction comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

PARTIE 1

INDICATEURS DU CADRE D'ANALYSE GLOBALE DE LA PERFORMANCE



>>> INDICATEURS INTERNATIONAUX



> ADAPTATION

TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT EN PARITÉ DE POUVOIR D'ACHAT (PPA), EN \$US, 2006

Définition :

Dépenses totales de santé par habitant selon la parité de pouvoir d'achat, en dollars américains.

Les dépenses totales de santé sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour des activités (médicales, paramédicales et de soins cliniques) ayant pour objectifs : la promotion de la santé et la prévention des maladies, le traitement des maladies et la réduction de la mortalité, les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique et à celles ayant des déficiences ou des handicaps requérant des soins cliniques, les soins palliatifs et l'administration de la santé publique, des programmes de santé, des assurances de santé et autres.

La parité de pouvoir d'achat (PPA) correspond aux taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat des différentes monnaies. Cela veut dire qu'un montant donné, qui, une fois la conversion monétaire faite aux taux des PPA, achètera la même quantité de produits et de services partout dans le monde. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaires conçus pour éliminer les différences des niveaux de prix entre les pays (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé*).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Source :

OCDE, Eco-Santé, version Juin 2008.

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT EN PARITÉ DE POUVOIR D'ACHAT (PPA), EN \$US, 2006

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant selon la parité de pouvoir d'achat, en dollars américains.

Les dépenses publiques générales de santé correspondent habituellement aux dépenses de santé dont le financement est assuré par les administrations publiques (provinciales, régionales ou locales), incluant les investissements publics dans les installations de santé et les capitaux transférés au secteur privé.

La parité de pouvoir d'achat (PPA) correspond aux taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat des différentes monnaies. Cela veut dire qu'un montant donné, qui, une fois la conversion monétaire faite aux taux des PPA, achètera la même quantité de produits et de services partout dans le monde. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaires conçus pour éliminer les différences des

niveaux de prix entre les pays (Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Source :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ, EN % DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB), 2006

Définition :

Dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

Les dépenses totales de santé sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour des activités (médicales, paramédicales et de soins cliniques) ayant pour objectifs : la promotion de la santé et la prévention des maladies, le traitement des maladies et la réduction de la mortalité, les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique et à celles ayant des déficiences ou des handicaps requérant des soins cliniques, les soins palliatifs et l'administration de la santé publique, des programmes de santé, des assurances de santé et autres.

Bien que cet indicateur présente la part des ressources investies par rapport à la richesse collective, il convient néanmoins de l'interpréter avec prudence quant au fait que le rapport entre les dépenses de santé et le PIB peut fluctuer pour diverses raisons. « Entre autres, en période de déclin économique, le rapport dépenses/PIB croît automatiquement sans que les dépenses de santé aient augmenté. Inversement, une croissance économique jumelée à des dépenses de santé stables entraînera une diminution de ce rapport. De plus, cet indicateur ne tient pas compte de l'évolution démographique pouvant expliquer une baisse ou une hausse de ce rapport ». (Clavet, Côté et Duperré dans LEMIEUX, BERGERON, BÉGIN et BÉLANGER, dir., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Presses de l'Université Laval, 2003, p. 377)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Source :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

DÉPENSES PUBLIQUES GÉNÉRALES DE SANTÉ, EN % DU TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ, 2006

Définition :

Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé.

Les dépenses publiques générales de santé correspondent habituellement aux dépenses de santé dont le financement est assuré par les administrations publiques (provinciales, régionales ou locales), incluant les investissements publics dans les installations de santé et les capitaux transférés au secteur privé.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Source :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Nombre de médecins généralistes en activité pour 1 000 habitants.

Un médecin omnipraticien est un médecin qui ne limite pas sa pratique à certaines catégories de maladies et qui assume les responsabilités de la prestation de soins complets et continus ou l'orientation vers un autre professionnel de la santé. Ce taux inclut les omnipraticiens travaillant dans le secteur ambulatoire ou dans les hôpitaux et autres établissements institutionnels, ainsi que les internes et les résidents en formation.

Pour le Canada, le nombre de médecins généralistes inclut les médecins non pratiquants (ceux travaillant en recherche et développement, dans les administrations publiques ou sans emploi) et les professionnels étrangers, mais exclut les retraités et ceux travaillant à l'étranger.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).

TAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Nombre de médecins spécialistes en activité pour 1 000 habitants.

Un médecin spécialiste est un médecin qui diagnostique et traite des maladies et des désordres mentaux et physiques à l'aide de tests spécialisés, de diagnostics et de techniques médicales et chirurgicales. Il peut limiter sa pratique à certaines catégories ou méthodes de traitement. Cela inclut les internes et les résidents en formation, ainsi que les psychiatres (incluant les neuropsychiatres et les pédopsychiatres). En sont par contre exclus les omnipraticiens, les dentistes, les stomatologistes et les chirurgiens dentaires, ainsi que les psychologues.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).

TAUX D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Nombre d'infirmières en activité pour 1 000 habitants.

Le nombre d'infirmières inclut celles qui ont terminé leur scolarité en soins infirmiers et qui sont autorisées à pratiquer, les salariées et les travailleuses autonomes, et celles étrangères autorisées à pratiquer et qui sont actives. En sont exclues les infirmières qui n'ont pas obtenu leur diplôme, les assistantes dont les qualifications ne sont pas reconnues, les sages-femmes, les infirmières travaillant dans l'administration, à l'étranger, sans emploi ou retraitées.

La comparabilité des taux est limitée à cause des variations, selon les pays, dans les ensembles de données pris en compte.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données des infirmières et infirmiers autorisés.

EFFECTIFS MOYENS PAR LIT EN CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS AIGUS, 2005

Définition :

Ratio d'employés par lit dans les hôpitaux de soins aigus.

La comparabilité des données internationales est limitée à cause des différences dans les méthodes de calcul des employés. Certains pays comptent le nombre d'employés par personne hospitalisée, alors que d'autres, tel le Canada, calculent les équivalents temps complets (1 ETC = 1950 heures de travail par an).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadiennes SIG (BDCS).

TAUX DE LITS DE SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS, 2005

Définition :

Nombre de lits de courte durée pour les soins aigus dans les hôpitaux, pour 1 000 habitants.

Les lits de courte durée pour les soins aigus incluent ceux où le but clinique est un ou plusieurs des éléments suivants : l'obstétrique, le traitement d'une maladie (autre que mentale) ou d'une blessure, la réalisation d'une chirurgie, le soulagement d'une maladie ou d'une blessure (excepté les soins palliatifs), la protection contre l'exacerbation ou la complication d'une maladie (autre que mentale) ou une blessure qui peut menacer la vie ou les fonctions normales du corps, la réalisation d'un diagnostic ou d'une procédure thérapeutique. Cela exclut les lits alloués pour d'autres types de soins, tels que les soins psychiatriques, la réhabilitation, les soins de longue durée et les soins palliatifs, ainsi que les lits destinés aux soins de santé mentale et aux patients ayant abusé de substance.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadiennes SIG (BDCS).

TAUX D'APPAREILS D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), POUR 1 000 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 000 d'habitants.

L'IRM est une technique d'imagerie destinée à visualiser les structures internes du corps à l'aide des champs magnétiques et électromagnétiques qui induisent un effet de résonance des atomes d'hydrogène. L'émission électromagnétique créée par ces atomes est enregistrée et traitée par un ordinateur dédié à la production des images des structures du corps.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*.

TAUX D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS AIGUS EN CENTRES HOSPITALIERS, EN %, 2005

Définition :

Taux d'occupation des lits de soins aigus en centres hospitaliers. Il s'agit d'un ratio entre le nombre total de jours-lits occupés et le nombre de jours-lits disponibles au total. Pour le Canada, ce taux fait référence au total des jours de séjour au cours d'une année financière divisé par le nombre de lits en exploitation dans les hôpitaux à la fin de l'exercice financier multiplié par le nombre de jours au cours de l'année.

Les lits de courte durée pour les soins aigus incluent ceux où le but clinique est un ou plusieurs des éléments suivants : l'obstétrique, le traitement d'une maladie (autre que mentale) ou d'une blessure, la réalisation d'une chirurgie, le soulagement d'une maladie ou d'une blessure (excepté les soins palliatifs), la protection contre l'exacerbation ou la complication d'une maladie (autre que mentale) ou une blessure qui peut menacer la vie ou les fonctions normales du corps, la réalisation d'un diagnostic ou d'une procédure thérapeutique. Cela exclut les lits alloués pour d'autres types de soins, tels que les soins psychiatriques, la réhabilitation, les soins de longue durée et les soins palliatifs, ainsi que les lits destinés aux soins de santé mentale et aux patients ayant abusé de substance.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadiennes SIG (BDCS).

> PRODUCTION

PROPORTION DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE POUR LES SOINS ET BIENS MÉDICAUX, EN %, 2006

Définition :

Proportion de la population bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie publique pour l'ensemble des soins et des biens médicaux.

Il s'agit ici de la proportion de la population admissible à un ensemble public de soins et de biens médicaux inclus dans le total des dépenses publiques de santé. En conséquence, cet indicateur ne reflète pas les variations dans le partage des coûts de soins et biens médicaux ni l'ampleur des services couverts par le secteur public.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.
Institut canadien d'information sur la santé.

PROPORTION DU TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ CONSACRÉES AUX SOINS À DOMICILE, EN %, 2006

Définition :

Pourcentage des dépenses totales de soins de santé consacrées aux soins à domicile, incluant les dépenses pour les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée.

Les soins à domicile comprennent les services médicaux et paramédicaux fournis au domicile du patient. Ils excluent la consommation de produits médicaux, tels que les médicaments, mais incluent les services d'obstétrique, de dialyse et autres services télématiques.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque pour certains pays les services à domicile incluent les visites à domicile réalisées par les professionnels de la santé, alors que les autres les classent parmi les services médicaux.

Source :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS VACCINÉES CONTRE L'INFLUENZA, EN %, 2005

Définition :

Pourcentage de la population des 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois d'après la réponse « oui » à la question : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe ? » et la réponse « moins d'un an » à la question : « À quand remonte la dernière fois ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE, EN %, 2005

Définition :

Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons au cours de la dernière année d'après la réponse « oui » à la question : « Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein ? » et la réponse « moins de 6 mois » ou « de 6 mois à moins d'un an » à la question : « À quand remonte la dernière fois ? ».

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque les ensembles de données pris en compte dans le calcul de cet indicateur sont passablement différents de la définition spécifiée ci-dessus et varient selon les pays.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX D'ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE, POUR 100 000 HABITANTS, 2005

Définition :

Nombre d'arthroplasties de la hanche pratiquées sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée ou dans un établissement de chirurgie d'un jour, pour 100 000 personnes (CIM-9-CM : 81.51-81.53).

Il s'agit des arthroplasties de la hanche réalisées en chirurgie d'un jour (lorsque le cas s'applique) et de celles réalisées sur des patients hospitalisés. Ces taux doivent être interprétés avec prudence, puisque plusieurs pays ne comptabilisent que les interventions principales, ce qui donne un résultat moindre que le nombre réel d'interventions réalisées.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

TAUX D'ARTHROPLASTIES DU GENOU, POUR 100 000 HABITANTS, 2005

Définition :

Nombre d'arthroplasties du genou pratiquées sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée ou dans un établissement de chirurgie d'un jour pour 100 000 personnes (CIM-9-CM : 81.54-81.55).

Il s'agit des arthroplasties de la hanche réalisées en chirurgie d'un jour (lorsque le cas s'applique) et de celles réalisées sur des patients hospitalisés. Ces taux doivent être interprétés avec prudence, puisque plusieurs pays ne comptabilisent que les interventions principales, ce qui donne un résultat moindre que le nombre réel d'interventions réalisées.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %, 2005

Définition :

Nombre d'accouchements par césarienne pour 100 naissances vivantes (CIM-9-CM : 74.0-74.2, 74.4, 74,99).

Selon les *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* (OMS, 1997), le niveau minimum est fixé à 5 % et celui maximum à 15 %. En dessous du niveau minimum, l'OMS considère que certaines femmes ayant besoin d'une césarienne ne puisse en bénéficier alors qu'au-delà du niveau maximum, on conclut plutôt que certaines césariennes sont faites inutilement. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/unicef/index_fr.html)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

NOMBRE DE VISITES ANNUELLES CHEZ UN MÉDECIN (SOINS AMBULATOIRES), PAR HABITANT, 2005

Définition :

Moyenne par habitant du nombre de contacts avec un médecin en soins ambulatoires au cours de la dernière année.

Le nombre de contacts inclut les visites et les consultations de patients au bureau du médecin, les visites du médecin à domicile, celles du médecin dans un établissement de soins effectuées dans le but de planifier la prestation de soins à domicile et les contacts téléphoniques lorsque ceux-ci remplacent une visite d'évaluation des soins à domicile.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données nationale sur les médecins (BDNM).

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS DE SOINS AIGUS, EN JOURS, 2005

Définition :

Nombre de jours qu'un patient passe en moyenne à l'hôpital pour des soins aigus (CIM-9 : 001-999, V; CIM-10-CA : A00-Z99). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date de l'admission d'un patient en institution) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque certains pays incluent dans le calcul les décès et les congés hospitaliers des patients admis et sortis durant la même journée, ce qui cause des variations dans les ensembles de données pris en compte selon les pays. Au Canada, le calcul n'inclut que les cas en hôpital et exclut les cas de nouveau-nés.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données nationale sur la morbidité hospitalière (BDMH).

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES, 2005

Définition :

Le nombre moyen d'années que devrait vivre en principe une personne à compter de la naissance si les taux de mortalité selon l'âge pour la période d'observation donnée demeuraient constants.

Au Canada, sont exclus les naissances pour lesquelles la mère n'est pas résidente du Canada, les naissances pour lesquelles la mère est résidente du Canada mais dont la province ou le territoire de résidence est inconnu, les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence est inconnu et des personnes dont l'âge ou le sexe est inconnu.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ BONNE OU TRÈS BONNE, EN %, 2005

Définition :

Proportion des personnes de 15 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme très bon ou bon (selon l'échelle suivante : très bon, bon, passable, mauvais ou très mauvais) d'après la réponse à la question : « En général, diriez-vous que votre santé est... ? ».

Les données doivent être interprétées avec prudence, puisqu'il s'agit, pour certains pays, de taux ajustés selon l'âge et le sexe, ce que d'autres ne prennent pas en considération. Il existe également des différences dans le libellé de la question et les réponses du sondage selon les pays.

Pour le Canada, la population de référence est celle de 12 ans et plus, et les réponses possibles étaient les suivantes : excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT DE L'OBÉSITÉ, EN %, 2005

Définition :

Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle de 30 ou plus.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres). D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice peut être : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); de 18,50 à 24,99 (poids normal); de 25,00 à 29,99 (excès de poids); de 30,00 à 34,99 (obésité, classe I); de 35,00 à 39,99 (obésité, classe II); de 40,00 et plus (obésité, classe III).

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque certains pays (Australie, République tchèque, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis) utilisent les données selon la taille et le poids mesurés, alors que les autres pays utilisent des données auto-déclarées.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE TABAGISME, EN %, 2005

Définition :

Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient quotidiennement.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car la comparabilité des données internationales est limitée par un manque d'uniformité dans la mesure du taux de tabagisme dans les pays de l'OCDE. D'un pays à l'autre, il existe des variations dans les mots utilisés dans le libellé de la question, dans les catégories de réponses et dans la méthode de gestion des données. Pour le Canada, la population de référence est celle de 12 ans et plus.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2005

Définition :

Nombre de décès infantiles (décès d'un enfant âgé de moins d'un an) pendant une année donnée, pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

Ces taux doivent être interprétés avec prudence, car la comparabilité des données internationales est limitée par les différences dans les normes de codification des enfants prématurés selon les pays. Dans plusieurs pays, tels le Canada, les États-Unis et les pays nordiques, les bébés très prématurés ayant peu de chances de survie sont comptabilisés comme des naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité par comparaison avec les autres pays qui ne les comptabilisent pas.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et les décès.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2005

Définition :

Nombre de décès néonataux (décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines, soit de 0 à 27 jours) pendant une année donnée, pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

Ces taux doivent être interprétés avec prudence, car la comparabilité des données internationales est limitée par les différences dans les normes de codification des enfants prématurés selon les pays. Dans plusieurs pays, tels le Canada, les États-Unis et les pays nordiques, les bébés très prématurés ayant peu de chances de survie sont comptabilisés comme des naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité en comparaison avec les autres pays qui ne les comptabilisent pas.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et les décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Taux de mortalité ajusté selon l'âge calculé pour toutes les tumeurs malignes (cancers), pour 100 000 habitants (CIM-10 : C00-C97).

Les taux de mortalité sont normalisés selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 1980 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âge des populations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Taux de mortalité ajusté selon l'âge calculé pour toutes les maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants (CIM-10 : I00-I99).

Les taux de mortalité sont normalisés selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 1980 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âge des populations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Taux de mortalité ajusté selon l'âge calculé pour toutes les maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants (CIM-10 : J00-J98).

Les taux de mortalité sont normalisés selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 1980 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âge des populations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS, 2004

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP), dues à toutes les tumeurs malignes (cancers), pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans (CIM-10 : C00-C97).

Les APVP sont une mesure sommaire de la mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée *a priori* comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population totale de l'OCDE en 1980 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS, 2004

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à toutes les maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans (CIM-10 : I00-I99).

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont une mesure sommaire de la mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée *a priori* comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population totale de l'OCDE en 1980 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS, 2004

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à toutes les maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans (CIM-10 : J00-J98).

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont une mesure sommaire de la mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée *a priori* comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population totale de l'OCDE en 1980 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004*

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*, version Juin 2008.

Organisation mondiale de la santé, Base de données sur la mortalité.

>>> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



> ADAPTATION

TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN, 2007

Définition :

Dépenses totales de santé par habitant, en dollars courants.

« Les dépenses de santé comprennent toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé. Cette définition permet l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des effets secondaires. On compte les activités dont l'objectif direct repose sur l'amélioration ou le maintien de la santé. Les autres activités ne sont pas comprises, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 2008*, p.65)

Il est à noter que les données pour les années 2006 et 2007 sont basées sur des estimations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007*.

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN, 2007

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars courants.

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 2008*, p.66)

Il est à noter que les données pour les années 2006 et 2007 sont basées sur des estimations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007*.

TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ, EN % DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB), 2007

Définition :

Dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

« Les dépenses de santé comprennent toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé. Cette définition permet l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des effets secondaires. On compte les activités dont l'objectif direct repose sur l'amélioration ou le maintien de la santé. Les autres activités ne sont pas comprises, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 2008*, p.65)

« Le PIB est la valeur de la production sans double compte qui provient de l'intérieur du Canada, sans égard à la propriété des facteurs de production. Le produit intérieur brut peut être évalué au prix des facteurs ou au prix du marché. [Pour cet indicateur], le PIB est évalué au prix du marché et est exprimé en termes de prix réellement payés par l'acheteur. Cela comprend les impôts indirects, dont les taxes de vente et d'accise, les droits de douanes et les impôts fonciers et tient compte également de l'impact des paiements de subventions ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 2008*, p.73)

Bien que cet indicateur présente la part des ressources investies par rapport à la richesse collective, il convient néanmoins de l'interpréter avec prudence quant au fait que le rapport entre les dépenses de santé et le PIB peut fluctuer pour diverses raisons. « Entre autres, en période de déclin économique, le rapport dépenses/PIB croît automatiquement sans que les dépenses de santé aient augmenté. Inversement, une croissance économique jumelée à des dépenses de santé stables entraînera une diminution de ce rapport. De plus, cet indicateur ne tient pas compte de l'évolution démographique pouvant expliquer une baisse ou une hausse de ce rapport ». (Clavet, Côté et Duperré dans LEMIEUX, BERGERON, BÉGIN et BÉLANGER, dir., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Presses de l'Université Laval, 2003, p. 377)

Il est à noter que les données pour les années 2006 et 2007 sont basées sur des estimations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007*.

DÉPENSES PUBLIQUES GÉNÉRALES DE SANTÉ, EN % DU TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ, 2007

Définition :

Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé.

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 2008*, p. 66)

Il est à noter que les données pour les années 2006 et 2007 sont basées sur des estimations.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2007*.

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Le nombre d'omnipraticiens ou de médecins de famille pour 1 000 habitants au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins de pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins non agréés ayant demandé que leur information reste confidentielle.

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 83)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).

TAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Le nombre de médecins spécialistes (médecins spécialistes, chirurgiens spécialisés et spécialistes de laboratoire) pour 1 000 habitants au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins de pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins non agréés ayant demandé que leur information reste confidentielle.

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 83)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).

TAUX D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Nombre de professionnels des soins infirmiers (infirmières autorisées) en activité pour 1 000 habitants.

Le nombre d'infirmières inclut les inscriptions secondaires. Les taux peuvent différer de ceux publiés par les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation en raison des méthodes de collecte, de traitement et de déclaration des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Plus de détail sur la méthodologie et des renseignements sur les problèmes de qualité des données sont disponibles dans le rapport de l'ICIS *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 85)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés.

TAUX D'APPAREILS EN IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), POUR 1 000 000 HABITANTS, 2007

Définition :

Le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 000 d'habitants.

L'IRM est une technique d'imagerie destinée à visualiser les structures internes du corps à l'aide des champs magnétiques et électromagnétiques qui induisent un effet de résonance des atomes d'hydrogène. L'émission électromagnétique créée par ces atomes est enregistrée et traitée par un ordinateur dédié à la production des images des structures du corps.

Les données de 2007 sont en date du 1^{er} janvier. D'autres appareils ont été installés après cette date. Le nombre d'appareils en Ontario et en Colombie-Britannique en 2006 et 2007 est une estimation.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*.
Institut de la statistique du Québec et Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, *Tableau statistique canadien*, Juillet 2008.

> PRODUCTION

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION DÉCLARANT AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Avez-vous un médecin régulier ? ».

Pour les années 2003 et 2005, la question était : « Avez-vous un médecin de famille régulier ? » Par « médecin de famille régulier », on désignait un médecin de famille ou un omnipraticien consulté pour la plupart des soins de routine d'un individu (par exemple, examen annuel, analyses de sang, vaccins contre la grippe et autres). Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). La définition s'est élargie en 2007 pour inclure tous les types de généraliste. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR UNE VISITE CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE, EN %, 2007

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant déclaré avoir attendu moins d'un mois pour une visite chez un spécialiste relativement à un nouveau problème de santé.

Les visites chez un spécialiste correspondent à celles chez un médecin spécialiste afin d'obtenir un diagnostic pour un nouveau problème de santé. Elles n'incluent pas les visites chez un médecin spécialiste pour le suivi d'un problème de santé existant. Le temps d'attente désigne le nombre de semaines écoulées entre la date de la décision touchant la consultation d'un médecin spécialiste et celle où la visite chez le spécialiste a effectivement eu lieu. Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS VACCINÉES CONTRE L'INFLUENZA, EN %, 2007

Définition :

Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois d'après la réponse « oui » à la question : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe ? » et d'après la réponse « moins d'un an » à la question : « À quand remonte la dernière fois ? ». Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE, EN %, 2005

Définition :

Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons au cours des deux dernières années d'après la réponse « oui » à la question : « Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein ? » et la réponse « moins de 6 mois OU de 6 mois à moins d'un an » à la question : « À quand remonte la dernière fois ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES FEMMES DE 18 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST DE PAP, EN %, 2005

Définition :

Proportion des femmes de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir eu leur dernier test de Papanicolaou au cours des trois dernières années d'après la réponse « oui » à la question : « Avez-vous déjà passé un test PAP ? » et d'après la réponse « moins de 6 mois » ou « de 6 mois à moins d'un an » ou « d'un an à moins de 3 ans » à la question « À quand remonte la dernière fois ? ». Ce test permet de détecter les lésions pré-malignes avant que le cancer du col de l'utérus ne se manifeste. Le taux est normalisé selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR DES TESTS DIAGNOSTIQUES, EN %, 2005

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant déclaré avoir attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques.

Les tests diagnostiques incluent l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie assistée par ordinateur (CT-scan) ou l'angiographie demandée par le médecin traitant en vue de poser ou de confirmer un diagnostic. Ils n'incluent pas les radiographies, les analyses de sang et autres. Le temps d'attente pour les tests diagnostiques se définit comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son médecin ont décidé de procéder au test et le jour où le test a eu lieu. Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR UNE CHIRURGIE NON URGENTE, EN %, 2005

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant déclaré avoir attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente.

Les chirurgies non urgentes incluent l'intervention chirurgicale planifiée et pratiquée en clinique externe ou nécessitant une hospitalisation. Elles ne se rapportent pas à une intervention chirurgicale pratiquée à la suite d'une admission à l'urgence d'un hôpital, par exemple à la suite d'un accident ou d'une situation mettant dans l'immédiat la vie en danger. Le temps d'attente pour les chirurgies non urgentes est défini comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son chirurgien ont décidé de procéder à l'opération et le jour où celle-ci a eu lieu. Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX AJUSTÉ D'ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE, POUR 100 000 HABITANTS DE 20 ANS OU PLUS, 2005-2006

Définition :

Nombre d'arthroplasties de la hanche (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en soins de courte durée pour 100 000 personnes de 20 ans ou plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il est fondé sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie de la hanche. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention à la hanche gauche et à la hanche droite dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations, sera compté deux fois. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 68)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1999-2000 à 2005-2006

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH); Base de données sur les congés des patients (BDGP), etc.

TAUX AJUSTÉ D'ARTHROPLASTIES DU GENOU, POUR 100 000 HABITANTS DE 20 ANS OU PLUS, 2005-2006

Définition :

Nombre d'arthroplasties du genou (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients en soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour, pour 100 000 personnes âgées de 20 ans ou plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il est fondé sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie du genou. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention au genou gauche et au genou droit dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations, sera compté deux fois. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 70)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1999-2000 à 2005-2006

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH); Base de données sur les congés des patients (BDPC); Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), etc.

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES, POUR 100 000 HABITANTS DE MOINS DE 75 ANS, 2005-2006

Définition :

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite de troubles pour lesquels des soins ambulatoires appropriés auraient permis d'éviter une hospitalisation ou d'en réduire la nécessité, pour 100 000 personnes de moins de 75 ans.

Sont inclus les codes de diagnostics correspondant à la plus grande proportion du séjour pour épilepsie et autres états de mal épileptique, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète et asthme. Sont également inclus les codes de diagnostics responsables de la plus grande proportion du séjour pour insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire, hypertension et angine, sauf les cas où l'on a enregistré une intervention particulière dans ces catégories. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont considérées comme une mesure indirecte de l'accès à des soins de santé primaires adéquats. Bien que les admissions en raison de telles affections ne soient pas toutes évitables, on pourrait prévenir l'apparition de ce type d'affection, contrôler un épisode aigu ou gérer une maladie chronique à l'aide de soins ambulatoires appropriés dans la collectivité. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 57)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005-2006

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Base de données sur les congés des patients (BDPC).

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %, 2005-2006

Définition :

Proportion de femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins de courte durée, pour 100 accouchements (naissances vivantes et mortinaissances).

Sont inclus les accouchements codifiés dans n'importe quel champ de diagnostic, sauf ceux où l'on a inscrit un avortement. Sont exclues les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention.

Selon les *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* (OMS, 1997), le niveau minimum est fixé à 5 % et celui maximum à 15 %. En dessous du niveau minimum, l'OMS considère que certaines femmes ayant besoin d'une césarienne ne puisse en bénéficier alors qu'au-delà du niveau maximum, on conclut plutôt que certaines césariennes sont faites inutilement. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/unicef/index_fr.html)

Dans le contexte canadien, le taux de césariennes sert souvent à contrôler les pratiques cliniques afin d'éviter les accouchements par césarienne non nécessaires puisque ceux-ci augmentent la morbidité et la mortalité des mères et sont associés à des coûts plus élevés. En conséquence, il est implicitement entendu que de faibles taux parmi l'ensemble canadien signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 54)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1999-2000 à 2005-2006

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Base de données sur les congés des patients (BDCP).

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT AVOIR CONSULTÉ UN MÉDECIN DANS LES 12 DERNIERS MOIS, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois d'après la réponse à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [un médecin] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux ? ».

Sont inclus les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues et les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont aussi inclus.

L'information présentée se rapporte aux consultations faites en dehors des séjours hospitaliers et ne devrait donc pas être considérée représentative de la consultation globale, en particulier pour les catégories de professionnels pratiquant principalement en milieu hospitalier, tels les médecins spécialistes.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS DE SOINS AIGUS, EN JOURS, 2005

Définition :

Nombre de jours qu'un patient passe en moyenne à l'hôpital pour des soins actifs de courte durée depuis son admission jusqu'à sa sortie.

Sont exclues du calcul les visites à l'hôpital qui n'entraînent pas d'hospitalisation, comme les chirurgies d'un jour, les tests diagnostiques, les consultations et les visites à l'urgence. Sont également exclus les nouveau-nés nés dans l'établissement déclarant. Sont inclus les bébés nés hors de l'établissement déclarant et qui y ont ensuite été admis. Les données sont fonction de l'exercice financier au cours duquel la sortie a eu lieu.

Ces statistiques reflètent le nombre d'hospitalisations (ou de sorties), qui est relativement plus élevé que le nombre de patients hospitalisés, puisque ceux-ci peuvent être hospitalisés à maintes reprises au cours d'une seule année, dans lequel cas ils sont comptés plus d'une fois. Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque les données des provinces canadiennes, sauf le Québec, proviennent d'un calcul de l'Institut canadien d'information sur la santé, alors que celles du Québec (cas de médecine et de chirurgie, excepté les chirurgies d'un jour) ont été extraites de la base de données sur la performance hospitalière (APR-DRG).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1995-1996 à 2003-2004

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH); Base de données sur les congés des patients (BDCP).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Base de données sur la performance hospitalière (APR-DRG v.12) (J57).

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES, 2005

Définition :

Nombre d'années que devrait vivre en principe une personne à compter de la naissance si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants pendant la durée de vie estimée.

Sont exclus les naissances pour lesquelles la mère n'est pas résidente du Canada, les naissances pour lesquelles la mère est résidente du Canada mais dont la province ou le territoire de résidence est inconnu, les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence est inconnu et des personnes dont l'âge ou le sexe est inconnu. À partir de 2005, l'espérance de vie est calculée en utilisant une moyenne de 3 ans de taux de mortalité selon l'âge.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme excellent ou très bon, d'après la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? »

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

INDICE FONCTIONNEL GLOBAL DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DES PROBLÈMES MODÉRÉS OU GRAVES, EN %, 2005

Définition :

Proportion de la population qui présente des problèmes de santé modérés à sérieux.

L'indice fonctionnel global de l'état de santé (aussi appelé Indice de l'état de santé (IES)) a été créé par le Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) de l'Université McMaster. Il est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS) et permet de synthétiser les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé. Huit domaines sont documentés pour créer cet indice, soit la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, la cognition, l'émotion et les douleurs et malaises. Une proportion de la population présentant des problèmes de santé modérés à sérieux variant entre 0 et 20 % est associée à une très bonne santé ou à une santé parfaite. Des résultats supérieurs à 20 % témoignent de problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves répandus.

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT DE L'OBÉSITÉ, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle de 30 ou plus d'après les réponses aux questions : « Combien mesurez-vous sans chaussures ? » et « Combien pesez-vous ? ». Le calcul de l'indicateur ne tient pas compte des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres). D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice peut être : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); de 18,50 à 24,99 (poids normal); de 25,00 à 29,99 (embonpoint); de 30,00 à 34,99 (obésité, classe I); de 35,00 à 39,99 (obésité, classe II); de 40,00 et plus (obésité, classe III). L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. On associe des risques moindres à un poids normal, des risques accrus de développer des problèmes de santé pour les personnes ayant un poids insuffisant ou de l'embonpoint et des risques élevés pour l'obésité de classe I, très élevés pour l'obésité de classe II et extrêmement élevés pour l'obésité de classe III.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE TABAGISME, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion d'après la réponse à la question : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? ». L'indicateur ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année parmi celles ayant déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois, d'après la réponse à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion ? ». Par l'expression « verre d'alcool », on entend une bouteille ou une canette de bière, un verre de bière en fût, un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin ou encore un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PRÉVALENCE DU DIABÈTE, EN %, 2007

Définition :

Proportion de la population à domicile de 12 ans et plus déclarant avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Êtes-vous atteint(e) du diabète ? ».

Les données incluent les femmes de 15 ans et plus chez lesquelles on a diagnostiqué un diabète gestationnel.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 14 À 17 ANS, POUR 1 000 ADOLESCENTES DU MÊME ÂGE, 2004

Définition :

Nombre total de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans pendant une année donnée, pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge.

Le nombre total de grossesses est égal à la somme des naissances vivantes, des pertes fœtales et des avortements provoqués.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les naissances; Base de données sur les mortinaissances.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH); Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT).

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %, 2005

Définition :

Proportion des naissances vivantes de bébés pesant moins de 2 500 grammes par rapport à l'ensemble des naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance est connu.

Ce taux exclut les naissances vivantes issues des mères non résidentes du Canada, les naissances vivantes issues des mères résidentes du Canada mais dont la province ou le territoire de résidence est inconnu et les naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance est inconnu.

Selon la définition donnée par l'OMS, les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes sont considérés comme de faible poids, et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, de très faible poids. Une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Le faible poids à la naissance est souvent le résultat d'une durée de gestation trop courte. Il se peut également que le poids d'un enfant qui naît à terme soit insuffisant ou que celui d'un enfant né prématurément soit inférieur au poids moyen correspondant à son âge gestationnel. Il s'agit alors d'un retard de croissance intra-utérine.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les naissances.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2005

Définition :

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

La mortalité infantile est le décès d'un enfant âgé de moins d'un an. Les mortinaissances ne sont pas prises en compte.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et les décès.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2005

Définition :

Nombre de décès néonataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

La mortalité néonatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines (de 0 à 27 jours). Les mortinaissances ne sont pas prises en compte.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Bases de données sur les naissances et les décès.

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ MENTALE TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé mentale comme excellent ou très bon d'après la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? ».

L'état de santé mentale auto-déclaré fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux ou émotionnels, ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans l'état de santé (physique) auto-déclaré.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Nombre de décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (CIM-10 : X60-X84, Y87.0).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

TAUX AJUSTÉ D'INCIDENCE DU CANCER, POUR 100 000 HABITANTS, 2005

Définition :

Nombre de nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 pour 100 000 habitants.

Le taux d'incidence du cancer est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) (fichier de juin 2007); Division de la démographie (estimations de la population).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Nombre de décès pour toutes les tumeurs malignes (cancers) pour 100 000 habitants (CIM-10 : C00-C97).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Le décès correspond à la disparition permanente de tout signe de vie à n'importe quel moment après une naissance vivante. La cause de décès totalisée est la cause initiale de décès. Cette dernière se définit comme étant la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou

les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. La cause initiale est choisie parmi les états indiqués sur le certificat médical de la cause de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Nombre de décès pour toutes les maladies du système circulatoire pour 100 000 habitants (CIM-10 : I00-I99).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Le décès correspond à la disparition permanente de tout signe de vie à n'importe quel moment après une naissance vivante. La cause de décès totalisée est la cause initiale de décès. Cette dernière se définit comme étant la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. La cause initiale est choisie parmi les états indiqués sur le certificat médical de la cause de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2004

Définition :

Nombre de décès pour toutes les maladies du système respiratoire pour 100 000 habitants (CIM-10 : J00-J99).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

Le décès correspond à la disparition permanente de tout signe de vie à n'importe quel moment après une naissance vivante. La cause de décès totalisée est la cause initiale de décès. Cette dernière se définit comme étant la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. La cause initiale est choisie parmi les états indiqués sur le certificat médical de la cause de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2004

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2000-2002**Définition :**

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à tous les décès attribuables aux tumeurs malignes (cancers), pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : C00-C97).

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2000-2002**Définition :**

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à tous les décès attribuables aux maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : I00-I99).

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2000-2002

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à tous les décès attribuables aux maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : J00-J99).

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada; Base de données sur les décès; Division de la démographie (estimations de la population).

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DÉCLARÉ DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SANTÉ, EN %, 2001

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir eu des besoins non satisfaits en matière de santé (pour tous les services) au cours des douze derniers mois, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2001

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SERVICES DE SANTÉ FOURNIS, EN %, 2005

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu des services de soins de santé au cours des douze derniers mois et qui s'en disent très satisfaites ou assez satisfaites, d'après la réponse à la question suivante : « Dans l'ensemble, dans quelle mesure étiez-vous satisfait de la façon dont les soins de santé vous ont été prodigués ? Étiez-vous très satisfait, assez satisfait, ni satisfait ni insatisfait, assez insatisfait ou très insatisfait ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

>>> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> ADAPTATION

DÉPENSES NETTES EN SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN, 2006-2007

Définition :

Somme des coûts directs nets des établissements de santé pour l'ensemble des programmes-services et des programmes-soutien par habitant. Les coûts directs nets excluent la rémunération médicale. Les dépenses per capita sont calculées à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quand il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002-2003 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-CONTOUR*, Mars 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN, 2006-2007

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens.

Les dépenses publiques générales de santé correspondent habituellement aux dépenses de santé dont le financement est assuré par les administrations publiques (provinciales, régionales ou locales), incluant les investissements publics dans les installations de santé et les capitaux transférés au secteur privé.

Il s'agit de dépenses brutes, c'est-à-dire, celles couvrant les activités principales et accessoires, sans tenir compte des déductions et des revenus réalisés par les établissements. Les dépenses per capita sont calculées à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quand il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-SIFO*, Mai 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

DÉPENSES NETTES EN SANTÉ PHYSIQUE PAR HABITANT, EN \$CAN, 2006-2007

Définition :

Somme des coûts directs nets des établissements de santé pour le programme-service en santé physique par habitant.

Les coûts directs nets excluent la rémunération médicale. Les dépenses per capita sont calculées à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quant il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002-2003 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-CONTOUR*, Mars 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

DÉPENSES NETTES POUR LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV) PAR HABITANT DE 65 ANS ET PLUS, EN \$CAN, 2006-2007

Définition :

Somme des coûts directs nets des établissements de santé pour le programme-service perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans et plus.

Les coûts directs nets excluent la rémunération médicale. Les dépenses per capita sont calculées à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quant il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002-2003 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-CONTOUR*, Mars 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

DÉPENSES NETTES EN SERVICES SOCIAUX ET RÉADAPTATION PAR HABITANT, EN \$CAN, 2006-2007

Définition :

Somme des coûts directs nets des établissements de santé pour les programmes de services en santé mentale, déficience intellectuelle et TED, déficience physique, pour jeunes en difficulté et dépendances, par habitant.

Les coûts directs nets excluent la rémunération médicale. Les dépenses per capita sont calculées à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quant il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002-2003 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-CONTOUR*, Mars 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS, 2007**Définition :**

Nombre de médecins omnipraticiens actifs pour 1 000 habitants.

Il s'agit des médecins omnipraticiens exerçant au Québec et qui ont présenté au moins une demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les omnipraticiens sont des médecins inscrits au tableau du Collège des médecins du Québec qui ont terminé leur formation de base et obtenu leur permis d'exercice après deux années de résidence en médecine familiale. Les médecins sont comptabilisés indépendamment de leur mode de rémunération (à l'acte, sur honoraires forfaitaires, à salaire ou sur honoraires fixes, à la vacation ou autres).

Les taux de médecins pour 1 000 habitants sont calculés à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quant il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-SERHUM*, Mai 2008.

Institut national de santé publique, Infocentre de santé publique du Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec, Statistiques annuelles.

TAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS, 2007**Définition :**

Nombre de médecins spécialistes actifs pour 1 000 habitants.

Il s'agit des médecins spécialistes exerçant au Québec et qui ont présenté au moins une demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les spécialistes sont des médecins qui ont terminé au moins quatre années de résidence et qui sont inscrits au tableau du Collège des médecins du Québec comme spécialistes certifiés. Lorsqu'un médecin compte plus d'une spécialité, seule est retenue celle qui constitue son principal champ d'activité au 31 décembre de l'année de publication des statistiques annuelles. Les médecins sont comptabilisés indépendamment de leur mode de rémunération (à l'acte, sur honoraires forfaitaires, à salaire ou sur honoraires fixes, à la vacation ou autres).

Les taux de médecins pour 1 000 habitants sont calculés à partir de la population résidente, et non à partir de la population traitée ou des bassins de desserte. Ainsi, l'interprétation de ces informations, surtout quant il s'agit de comparer la région de Montréal et sa périphérie, doit tenir compte de cette réalité.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-SERHUM*, Mai 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec, Statistiques annuelles.

TAUX DES EFFECTIFS DU RÉSEAU (CADRES ET EMPLOYÉS), POUR 1 000 HABITANTS, 2006-2007

Définition :

Nombre d'équivalents temps complet (ETC), employés et cadres, dans le réseau d'établissements, incluant les agences de la santé et des services sociaux, pour 1 000 habitants.

Les ETC incluent les heures travaillées, les avantages sociaux et les heures supplémentaires pour tous les statuts occupationnels, c'est-à-dire les postes à temps complet régulier (TCR), à temps partiel régulier (TPR) et à temps partiel occasionnel (TPO).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002-2003 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-SERHUM*, Avril 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX D'INFIRMIÈRES EN ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET (ETC), POUR 1 000 HABITANTS, 2006-2007

Définition :

Nombre d'infirmières en poste en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants dans le réseau d'établissements sociosanitaires du Québec.

Les ETC incluent les heures travaillées, les avantages sociaux et les heures supplémentaires pour tous les statuts occupationnels, c'est-à-dire les postes à temps complet régulier (TCR), à temps partiel régulier (TPR) et à temps partiel occasionnel (TPO). À partir de 2002-2003, il y a eu un changement dans la méthodologie utilisée pour calculer les ETC. Dorénavant, le dénombrement des employés à temps partiel et des employés à temps complet se fera de façon comparable. Globalement, cette modification a eu pour effet d'augmenter le nombre d'ETC de l'ordre de 7,5 %, pour l'année 2002-2003. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2002-2003 non comparables à celles des années antérieures.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-SERHUM*, Avril 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX DE LITS DE SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS, 2006-2007

Définition :

Nombre de lits dressés pour des soins physiques de courte durée (SPCD) des établissements du réseau sociosanitaire québécois au 31 mars, pour 1 000 habitants. Afin de déterminer l'ensemble des lits consacrés aux soins physiques de courte durée, seuls les établissements avec 15 départs ou plus par lit pour une année donnée dans la catégorie des soins de santé physique et de gériatrie (SSPG) ont été retenus dans le calcul. Ce critère a pour effet de ne conserver que les établissements qui dispensent en majeure partie des soins physiques de courte durée. Ceci correspond en gros aux « soins actifs » définis dans les Statistiques de MED-ÉCHO.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001-2002 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-STATS*, Mai 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX DE LITS DE LONGUE DURÉE, POUR 1 000 HABITANTS DE 65 ANS OU PLUS, 2006-2007**Définition :**

Nombre de lits dressés pour l'hébergement et les soins de longue durée (HSLD) des établissements du réseau sociosanitaire québécois au 31 mars, pour 1 000 habitants.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001-2002 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-STATS*, Mai 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

NOMBRE D'EXAMENS EN TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), POUR 1 000 HABITANTS, 2006**Définition :**

Nombre d'examens de tomodensitométrie (TDM) pour 1 000 habitants.

Les examens de tomodensitométrie incluent ceux réalisés dans le système de santé public québécois, mais excluent ceux réalisés à l'extérieur du Québec et dans le secteur privé. Le calcul est établi en fonction de la région de résidence des bénéficiaires et non pas du lieu de production.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

NOMBRE D'EXAMENS EN IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), POUR 1 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Nombre d'examens à l'aide d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 habitants.

Les examens en imagerie par résonance magnétique incluent ceux réalisés dans le système de santé public québécois, mais excluent ceux réalisés à l'extérieur du Québec et dans le secteur privé. Le calcul est établi en fonction de la région de résidence des bénéficiaires et non pas du lieu de production.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2006

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS EN SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS, 2006-2007

Définition :

Nombre d'hospitalisations, ajusté selon l'âge, pour des soins physiques de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés, pour 1 000 habitants, selon la région sociosanitaire de résidence de l'utilisateur. Le calcul est établi en fonction de la région de résidence des bénéficiaires et non pas du lieu de l'hospitalisation et est calculé sur la base des années financières (1^{er} avril au 31 mars).

Sont exclus les hospitalisations pour troubles mentaux, celles des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001-2002 à 2006-2007

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-MED-ÉCHO*, Mai-Juin 2008.

DÉPENSES POUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR HABITANT, EN \$CAN, 2007-2008

Définition :

Montants octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux organismes communautaires, par habitant.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2005-2006 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-ORG.COM*, Avril 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

PROPORTION DE LA POPULATION INSCRITE EN GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF), EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes inscrites en groupe de médecine de famille (GMF) au 31 mars par rapport à l'ensemble de la population.

Un groupe de médecine de famille (GMF) est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Le médecin de famille appartenant à un groupe est aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans les centres de santé et des services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers, les pharmacies communautaires, etc.

L'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) fait suite à l'une des principales recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair). Le ministère de la Santé et des Services sociaux met en place des groupes de médecine de famille afin de favoriser pour tous l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux, en plus de valoriser le rôle du médecin de famille. (MSSS, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/gmf.nsf/liste?OpenView>)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2005 à 2008

Sources :

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Statistiques annuelles.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

TAUX DE RÉTENTION DES HOSPITALISATIONS PONDÉRÉES, EN %, 2006-2007

Définition :

Le taux de rétention pondéré décrit la capacité d'une région à retenir sa clientèle hospitalisée résidente tout en tenant compte de la quantité de ressources utilisées par celle-ci. Un taux de rétention pondéré de 75 signifie par exemple que 75 % des ressources consacrées aux hospitalisations réalisées pour les résidents d'une région ont lieu dans leur région d'origine.

Les données d'hospitalisation proviennent de deux sources, soit le système MED-ÉCHO et le fichier des hospitalisations hors-Québec. Les centres hospitaliers retenus du système MED-ÉCHO sont essentiellement ceux considérés comme faisant partie de l'univers des soins actifs, à l'exclusion donc des centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. De plus, les hospitalisations retenues du système MED-ÉCHO sont uniquement celles de courte durée (type de soins 1 ou 4). Sont exclus du calcul les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles de non-résidents québécois, celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée, de même que les nouveau-nés, les soins post-mortem, les hospitalisations survenues en unités de soins de longue durée et les chirurgies d'un jour.

En ce qui concerne les hospitalisations hors-Québec, leur considération a été nécessaire pour obtenir un portrait complet de la consommation de services par la population québécoise, leur impact étant significatif pour les résidents de certaines régions, particulièrement celles situées près des zones frontalières comme c'est le cas pour l'Outaouais.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MED-ÉCHO, *INFO-BASSINS*, Mai 2008.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), fichier des hospitalisations hors-Québec.

TAUX DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE PONDÉRÉE, EN %, 2006-2007

Définition :

Le taux de desserte extrarégionale pondéré décrit la part des ressources consacrées aux hospitalisations réalisées dans une région qui est utilisée pour des usagers qui proviennent de l'extérieur de la région. Un taux de desserte extrarégionale pondéré de 10 signifie que 10 % des ressources consacrées aux hospitalisations réalisées dans la région sont pour des usagers provenant de l'extérieur de cette région.

Les données d'hospitalisation proviennent de deux sources, soit le système MED-ÉCHO et le fichier des hospitalisations hors-Québec. Les centres hospitaliers retenus du système MED-ÉCHO sont essentiellement ceux considérés comme faisant partie de l'univers des soins actifs, à l'exclusion donc des centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. De plus, les hospitalisations retenues du système MED-ÉCHO sont uniquement celles de courte durée (type de soins 1 ou 4). Sont exclus du calcul les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles de non-résidents québécois, celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée, de même que les nouveau-nés, les soins post-mortem, les hospitalisations survenues en unités de soins de longue durée et les chirurgies d'un jour.

En ce qui concerne les hospitalisations hors-Québec, leur considération a été nécessaire pour obtenir un portrait complet de la consommation de services par la population québécoise, leur impact étant significatif pour les résidents de certaines régions, particulièrement celles situées près des zones frontalières comme c'est le cas pour l'Outaouais.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, MED-ÉCHO, *INFO-BASSINS*, Mai 2008.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), fichier des hospitalisations hors-Québec.

> PRODUCTION

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Avez-vous un médecin régulier ? ».

Pour les années 2003 et 2005, la question était : « Avez-vous un médecin de famille régulier ? » Par « médecin de famille régulier », on désignait un médecin de famille ou un omnipraticien consulté pour la plupart des soins de routine d'un individu (par exemple, examen annuel, analyses de sang, vaccins contre la grippe et autres). Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). La définition s'est élargie en 2007 pour inclure tous les types de généraliste. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

INDICE DE CONSOMMATION DE SERVICES MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE, 2006

Définition :

Rapport entre la consommation de la population d'un territoire en équivalent temps plein (ETP) médecins et sa consommation attendue en équivalent temps plein (ETP) médecins pour les services médicaux d'omnipraticien.

Le calcul de la consommation se fait en cumulant les coûts ajustés de l'ensemble des services reçus par la population résidant sur un territoire donné. Ces coûts sont ensuite divisés par le revenu moyen des médecins actifs (après ajustement des tarifs) afin de chiffrer à combien de médecins ETP correspond cette consommation.

La consommation attendue des services médicaux d'omnipraticien par la population d'un territoire est celle qu'elle aurait si son profil de consommation était le même que celui observé à l'échelle du Québec chez les personnes qui présentent les mêmes caractéristiques démographiques et socioéconomiques (selon les indicateurs de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale). Elle est en lien direct avec le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation. La valeur de référence de l'indice est 1. Une valeur de 1 signifie que la population d'un territoire consomme une quantité de services qui est comparable à la moyenne pondérée de l'ensemble des citoyens du Québec, donc que sa consommation réelle est égale à sa consommation attendue. La consommation attendue de la population d'un territoire sera plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002 à 2006

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *CONSOM*.

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS, 2006

Définition :

Rapport entre la consommation de la population d'un territoire en équivalent temps plein (ETP) médecins et sa consommation attendue en équivalent temps plein (ETP) médecins pour les services médicaux spécialisés.

Le calcul de la consommation se fait en cumulant les coûts ajustés de l'ensemble des services reçus par la population résidant sur un territoire donné. Ces coûts sont ensuite divisés par le revenu moyen des médecins actifs (après ajustement des tarifs) afin de chiffrer à combien de médecins ETP correspond cette consommation.

La consommation attendue des services médicaux spécialisés par la population d'un territoire est celle qu'elle aurait si son profil de consommation était le même que celui observé à l'échelle du Québec chez les personnes qui présentent les mêmes caractéristiques démographiques et socioéconomiques (selon les indicateurs de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale). Elle est en lien direct avec le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation. La valeur de référence de l'indice est 1. Une valeur de 1 signifie que la population d'un territoire consomme une quantité de services qui est comparable à la moyenne pondérée de l'ensemble des citoyens du Québec, donc que sa consommation réelle est égale à sa consommation attendue. La consommation attendue de la population d'un territoire sera plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2002 à 2006

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *CONSOM*.

PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS VACCINÉES CONTRE L'INFLUENZA, EN %, 2007

Définition :

Proportion de la population de 65 ans ou plus déclarant avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois, d'après les réponses aux questions : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe ? À quand remonte la dernière fois ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE, EN %, 2005

Définition :

Proportion des femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir passé une mammographie bilatérale au cours des deux dernières années, d'après les réponses aux questions : « Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein ? À quand remonte la dernière fois ? ». Le calcul inclut une répartition des non-répondants partiels.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Sources :

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES FEMMES DE 18 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST DE PAP, EN %, 2005

Définition :

Proportion des femmes de 18 à 69 ans déclarant avoir passé un test PAP au cours des trois dernières années, d'après les réponses aux questions : « Avez-vous déjà passé un test PAP ? À quand remonte la dernière fois ? ».

Le test de Pap (Papanicolaou) permet de détecter les lésions précancéreuses avant que le cancer du col de l'utérus ne se manifeste.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DES APPELS RÉPONDUS À INFO-SANTÉ EN MOINS DE 4 MINUTES, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre total d'appels au service Info-Santé d'un CLSC ayant obtenu la communication avec l'infirmière à l'intérieur d'un délai de quatre minutes, par rapport au total des appels répondus au cours de la même année.

La proportion d'appels répondus en moins de quatre minutes permet d'établir l'accessibilité au service, l'évolution des délais d'attente ainsi que le degré d'atteinte de l'objectif national fixé dans les ententes de gestion conclues entre le MSSS et les agences régionales.

Les comparaisons entre les régions doivent être menées avec prudence, en raison, entre autres, de l'existence de particularités régionales d'organisation des services. Les écarts peuvent être attribuables à des formes d'organisation de services ou à l'emploi d'outils de mesure qui diffèrent.

Les données sont présentées sur la base des années financières (1^{er} avril au 31 mars).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005-2006

Sources :

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système de gestion des appels de la centrale du service Info-Santé CLSC.

TAUX D'ACCESSIBILITÉ GLOBALE AUX SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX, POUR 1 000 HABITANTS, 2007-2008

Définition :

Nombre d'usagers différents ayant bénéficié d'au moins une intervention de services psychosociaux en CSSS avec mission CLSC, pour 1 000 habitants.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Intégration-CLSC.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*.

INTENSITÉ DES SERVICES SOCIAUX : NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR USAGER, 2007-2008

Définition :

Nombre moyen d'interventions par usager, réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS avec mission CLSC.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Intégration-CLSC.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN ÉVALUATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS, 2007-2008

Définition :

Somme des jours entre la date de rétention du signalement et le premier contact pour l'évaluation, par rapport au nombre d'évaluations terminées durant la période.

La date du premier contact pour l'évaluation est celle de la première intervention auprès de l'enfant, du parent ou d'un interlocuteur significatif du milieu et dont l'objectif est d'obtenir des informations eu égard à la décision d'évaluation. Cette première intervention peut se faire au cours d'une entrevue téléphonique ou face à face. L'intervention d'un gestionnaire ne doit pas être considérée comme un premier contact (exemple : intervention aux fins de la gestion de la liste d'attente). Si plus d'un signalement a été traité au cours d'une même évaluation, on tient compte de la date du premier signalement retenu.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système Projet Intégration Jeunesse (PIJ).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS, 2007-2008

Définition :

Somme des jours d'attente pour l'application des mesures par rapport au nombre d'utilisateurs dont le premier contact à cette fin a été réalisé durant la période.

La date du premier contact pour l'application des mesures est celle de la première intervention auprès de l'enfant, du parent ou d'un interlocuteur significatif du milieu et dont l'objectif est d'amorcer le processus d'application des mesures. Cette première intervention peut se faire au cours d'une entrevue téléphonique ou face à face. L'intervention d'un gestionnaire ne doit pas être considérée comme un premier contact (exemple : intervention aux fins de la gestion de la liste d'attente).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système Projet Intégration Jeunesse (PIJ).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN HEURES, 2007-2008**Définition :**

Moyenne des durées de séjour pour l'ensemble des patients couchés sur des civières dans les unités d'urgence et sortis au cours d'une période. Il s'agit de la somme des dates et des heures de sortie des patients, de laquelle sont soustraites les dates et les heures d'arrivée, le résultat étant divisé par le nombre de patients sur civière ayant quitté l'urgence.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Registre de l'unité d'urgence (J56).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

PROPORTION DES SÉJOURS DE 48 HEURES OU PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN %, 2007-2008**Définition :**

Pourcentage de la clientèle couchée sur des civières, au cours d'une période, et dont le séjour à l'urgence est de 48 heures ou plus. Il s'agit de la somme du nombre de séjours de 48 heures ou plus des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence, divisée par le nombre de séjours des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence, ce résultat étant multiplié par 100.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2006-2007 à 2007-2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Registre de l'unité d'urgence (J56).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

TAUX AJUSTÉ D'ARTHROPLASTIES DE LA HANCHE, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005**Définition :**

Nombre d'arthroplasties de la hanche pratiquées sur des patients hospitalisés en soins de courte durée pour 100 000 personnes.

Sont exclus les hospitalisations pour troubles mentaux, celles des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans se basant sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 68)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1998-2002 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

PROPORTION DES PERSONNES EN ATTENTE D'UNE CHIRURGIE DE LA HANCHE DEPUIS PLUS DE 6 MOIS, EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de six mois au 24 mai 2008 par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2005-2006.

Les données ont été pondérées en multipliant le pourcentage de personnes en attente depuis plus de six mois par le ratio obtenu en divisant l'indice de dépendance de la ressource (IDR) par l'indice de dépendance de la population (IDP, 2005-2006) pour les hospitalisations. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région (ou d'un territoire) de répondre aux demandes de services de sa population. L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux d'un territoire à la suite des demandes de services provenant des autres territoires.

Un même patient peut être compté plus d'une fois s'il est en attente de plus d'une chirurgie.

Période retenue pour l'analyse temporelle : Mars 2007 à Mai 2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Accès aux services médicaux spécialisés; Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

TAUX AJUSTÉ D'ARTHROPLASTIES DU GENOU, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre d'arthroplasties du genou pratiquées sur des patients hospitalisés en soins de courte durée pour 100 000 personnes.

Sont exclus les hospitalisations pour troubles mentaux, celles des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans se basant sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 70)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1998-2002 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP).

PROPORTION DES PERSONNES EN ATTENTE D'UNE CHIRURGIE DU GENOU DEPUIS PLUS DE 6 MOIS, EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de six mois au 24 mai 2008 par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2005-2006.

Les données ont été pondérées en multipliant le pourcentage de personnes en attente depuis plus de six mois par le ratio obtenu en divisant l'indice de dépendance de la ressource (IDR) par l'indice de dépendance de la population (IDP, 2005-2006) pour les hospitalisations. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région (ou d'un territoire) de répondre aux demandes de services de sa population. L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux d'un territoire à la suite des demandes de services provenant des autres territoires.

Un même patient peut être compté plus d'une fois s'il est en attente de plus d'une chirurgie.

Période retenue pour l'analyse temporelle : Mars 2007 à Mai 2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Accès aux services médicaux spécialisés; Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

PROPORTION DES PERSONNES EN ATTENTE D'UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE DEPUIS PLUS DE 6 MOIS, EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de six mois au 24 mai 2008 par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2005-2006.

Les données ont été pondérées en multipliant le pourcentage de personnes en attente depuis plus de six mois par le ratio obtenu en divisant l'indice de dépendance de la ressource (IDR) par l'indice de dépendance de la population (IDP, 2005-2006) pour les hospitalisations. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région (ou d'un territoire) de répondre aux demandes de services de sa population. L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux d'un territoire à la suite des demandes de services provenant des autres territoires.

Un même patient peut être compté plus d'une fois s'il est en attente de plus d'une chirurgie.

Période retenue pour l'analyse temporelle : Mars 2007 à Mai 2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Accès aux services médicaux spécialisés; Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

PROPORTION DES PERSONNES EN ATTENTE D'UNE CHIRURGIE D'UN JOUR DEPUIS PLUS DE 6 MOIS, EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de six mois au 24 mai 2008 par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2005-2006.

Les données ont été pondérées en multipliant le pourcentage de personnes en attente depuis plus de six mois par le ratio obtenu en divisant l'indice de dépendance de la ressource (IDR) par l'indice de dépendance de la population (IDP, 2005-2006) pour les hospitalisations. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région (ou d'un territoire) de répondre aux demandes de services de sa population. L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux d'un territoire à la suite des demandes de services provenant des autres territoires.

Un même patient peut être compté plus d'une fois s'il est en attente de plus d'une chirurgie.

Période retenue pour l'analyse temporelle : Mars 2007 à Mai 2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Accès aux services médicaux spécialisés; Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

PROPORTION DES PERSONNES EN ATTENTE D'UNE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION DEPUIS PLUS DE 6 MOIS, EN %, 2008

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de six mois au 24 mai 2008 par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2005-2006.

Les données ont été pondérées en multipliant le pourcentage de personnes en attente depuis plus de six mois par le ratio obtenu en divisant l'indice de dépendance de la ressource (IDR) par l'indice de dépendance de la population (IDP, 2005-2006) pour les hospitalisations. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région (ou d'un territoire) de répondre aux demandes de services de sa population. L'indice de dépendance de la ressource est une mesure de la pression que subissent les hôpitaux d'un territoire à la suite des demandes de services provenant des autres territoires.

Les résultats ne comprennent pas les données de chirurgie cardiaque (pontage et valve). De plus, un même patient peut être compté plus d'une fois s'il est en attente de plus d'une chirurgie.

Période retenue pour l'analyse temporelle : Mars 2007 à Mai 2008

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Accès aux services médicaux spécialisés; Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES, POUR 100 000 HABITANTS DE MOINS DE 75 ANS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen d'hospitalisations de personnes de moins de 75 ans en soins physiques de courte durée, dans des conditions médicales propices aux soins ambulatoires, par rapport à la population totale âgée de moins de 75 ans au milieu de la même période.

Sont exclus les hospitalisations pour troubles mentaux, celles des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des

non-résidents québécois et de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans se basant sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

Les conditions propices aux soins ambulatoires sont celles où des soins appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation. Elles sont définies à partir du diagnostic principal identifié selon la CIM-9 et la CIM-10-CA. Les sept conditions considérées comme propices aux soins ambulatoires sont : l'épilepsie et autres états de mal épileptique; les maladies pulmonaires obstructives chroniques et la pneumonie; l'asthme; l'insuffisance cardiaque congestive; l'hypertension; l'angine; et le diabète.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDPC).

TAUX D'INCIDENCE DE C. DIFFICILE, POUR 10 000 JOURS-PATIENTS, 2006-2007

Définition :

Nombre annuel de cas de *Clostridium difficile* observés par rapport au nombre de jours-présence de patients (exemple : 1 000 patients séjournant en moyenne 10 jours = 10 000 jours-patients) au cours d'une année financière (1^{er} avril au 31 mars).

Les données sur le *Clostridium difficile* impliquent uniquement les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles dont les symptômes ont débuté plus de 72 heures après l'admission dans un centre hospitalier ou moins de quatre semaines après le congé du patient. La surveillance inclut tous les nouveaux cas d'infection à la bactérie *C. difficile* hospitalisés dans le centre hospitalier où l'infection a été transmise. Les données doivent être interprétées avec prudence, puisque plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur les taux présentés, dont la taille de l'établissement, la complexité des services offerts, le type de clientèle soignée, l'aménagement physique des lieux, le nombre de personnes hospitalisées pour une infection respiratoire, l'utilisation d'antibiotiques, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans dans le centre hospitalier et, évidemment, la souche circulante de *Clostridium difficile*.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2004-2005 à 2006-2007

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers du Québec*, Avril 2008.

TAUX AJUSTÉ D' HOSPITALISATION AVEC ESCARRES DE DÉCUBITUS (PLAIES DE LIT), POUR 100 000 HABITANTS, 2006-2007

Définition :

Nombre de patients en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGSC) pour qui est posé un diagnostic principal ou secondaire d'escarres de décubitus (CIM-10 : L89) pour 100 000 habitants.

Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Le taux est ajusté selon l'âge et se base sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars). L'interprétation des données doit être faite avec prudence car les données des années antérieures à 2006-2007 utilisent plutôt la codification de la CIM-9 (CIM-9 : 7070).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2006-2007

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %, 2002-2006

Définition :

Proportion de femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins de courte durée, pour 100 accouchements (naissances vivantes et mortinaissances).

Sont exclus les accouchements qui ont lieu à domicile, en maison de naissances et dans les centres hospitaliers hors Québec. (En 2003, la proportion de naissances à domicile ou en maison de naissances représente 0,2 % des accouchements) Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans se basant sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

Selon les *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux* (OMS, 1997), le niveau minimum est fixé à 5 % et celui maximum à 15 %. En dessous du niveau minimum, l'OMS considère que certaines femmes ayant besoin d'une césarienne ne puisse en bénéficier alors qu'au-delà du niveau maximum, on conclut plutôt que certaines césariennes sont faites inutilement. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/unicef/index_fr.html)

Dans le contexte canadien, le taux de césariennes sert souvent à contrôler les pratiques cliniques afin d'éviter les accouchements par césarienne non nécessaires puisque ceux-ci augmentent la morbidité et la mortalité des mères et sont associés à des coûts plus élevés. En conséquence, il est implicitement entendu que de faibles taux parmi l'ensemble canadien signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 54)

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1998-2002 à 2002-2006

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT AVOIR CONSULTÉ UN MÉDECIN DANS LES 12 DERNIERS MOIS, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois d'après la réponse à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [un médecin] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux ? ».

Sont inclus les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues et les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont aussi inclus.

L'information présentée se rapporte aux consultations faites en dehors des séjours hospitaliers et ne devrait donc pas être considérée représentative de la consultation globale, en particulier pour les catégories de professionnels pratiquant principalement en milieu hospitalier, tels les médecins spécialistes.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS DE SOINS AIGUS (AJUSTÉS), EN JOURS, 2006-2007

Définition :

Nombre de jours qu'un patient passe en moyenne à l'hôpital pour des soins physiques de courte durée depuis son admission jusqu'à sa sortie.

Sont exclus les hospitalisations pour troubles mentaux, celles des nouveau-nés en bonne santé, les chirurgies d'un jour, les soins de longue durée, les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et de longue durée dans des unités de soins de courte durée. Seuls les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée.

Les séjours sont calculés selon la région de traitement et non selon la région de résidence. Il s'agit d'un taux ajusté se basant sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001-2002 à 2006-2007

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *INFO-MED-ÉCHO*, Mai-Juin 2008.

DURÉE MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC), EN JOURS, 2005-2006

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés à l'admission de 15 à 84 ans et hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) (CIM-9 : 430, 431, 432, 434, 436).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données en deux parties comportant le même nombre d'éléments, ceux-ci étant rangés dans l'ordre croissant.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

DURÉE MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR HYSTÉRECTOMIE, EN JOURS, 2005-2006

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patientes âgées à l'admission de 15 à 84 ans et hospitalisées pour une hystérectomie (CCP 80.2 à 80.6).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données en deux parties comportant le même nombre d'éléments, ceux-ci étant rangés dans l'ordre croissant.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

DURÉE MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR FRACTURE DE LA HANCHE, EN JOURS, 2005-2006

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés à l'admission de 15 à 84 ans et hospitalisés pour une fracture de la hanche (CIM-9 : 820).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données en deux parties comportant le même nombre d'éléments, ceux-ci étant rangés dans l'ordre croissant.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

> DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

PROPORTION DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'effectifs à temps complet régulier et à temps partiel régulier par rapport au nombre total d'effectifs (qui correspond à la somme des effectifs à temps complet régulier, à temps partiel régulier et à temps partiel occasionnel).

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES À TEMPS COMPLET RÉGULIER, PAR RAPPORT AU TOTAL DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES RÉGULIERS, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'effectifs à temps complet régulier par rapport au nombre d'effectifs à temps complet régulier et à temps partiel régulier.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES CONSACRÉES À LA FORMATION, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'heures consacrées à la formation par rapport au nombre d'heures totales travaillées, incluant les heures normales et les heures supplémentaires.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES EN TEMPS SUPPLÉMENTAIRE POUR L'ENSEMBLE DU RÉSEAU, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'heures supplémentaires effectuées par rapport au nombre d'heures totales travaillées (incluant les heures normales et supplémentaires).

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES PAR LE PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS EN TEMPS SUPPLÉMENTAIRE ET PAR LE PERSONNEL DES AGENCES PRIVÉES, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier et celui des agences privées par rapport au nombre d'heures totales travaillées par le personnel des services infirmiers.

Le personnel de soins infirmiers et cardio-respiratoires comprend les infirmières et infirmiers, les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les auxiliaires familiales et sociales, les préposées et préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DE L'ABSENTÉISME PAR RAPPORT AUX HEURES TRAVAILLÉES : ASSURANCE-SALAIRE, EN %, 2005-2006

Définition :

Nombre d'heures payées en assurance-salaire par rapport au nombre d'heures totales travaillées (incluant les heures normales et supplémentaires).

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

TAUX DE DÉPART DES EFFECTIFS EN EMPLOI EN DÉBUT D'ANNÉE, EN % DU TOTAL DES EFFECTIFS, 2005-2006

Définition :

Nombre d'effectifs en poste au 1^{er} avril 2005 et ayant quitté leur poste en 2005-2006, par rapport au nombre total d'effectifs en poste au 1^{er} avril 2005.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

TAUX DE DÉPART DES EFFECTIFS EMBAUCHÉS EN COURS D'ANNÉE, EN % DU TOTAL DES EFFECTIFS EMBAUCHÉS DANS LA MÊME PÉRIODE, 2005-2006

Définition :

Nombre d'effectifs embauchés en 2005-2006 et ayant quitté leur poste avant le 31 mars 2006 par rapport au nombre total d'effectifs embauchés en 2005-2006 et en poste au 31 mars 2006.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Banque du personnel du réseau (R-25).

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES, 2001-2005

Définition :

Nombre d'années que devrait vivre en principe une personne à compter de la naissance si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants pendant la durée de vie estimée.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances.
Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé.

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES, 2001-2005

Définition :

Nombre d'années que devrait vivre en principe une personne de 65 ans si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants pendant la durée de vie estimée.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances.
Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé.

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme excellent ou très bon, d'après la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? ».

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

INDICE FONCTIONNEL GLOBAL DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION AYANT DES PROBLÈMES MODÉRÉS OU GRAVES, EN %, 2003

Définition :

Proportion de la population qui présente des problèmes de santé fonctionnelle (modérés à sérieux).

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Le calcul inclut une répartition des non-répondants partiels.

L'indice fonctionnel global de l'état de santé a été créé par le Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) de l'Université McMaster. Il est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS) et permet de synthétiser les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé. Huit domaines sont documentés pour créer cet indice, soit la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, la cognition, l'émotion et les douleurs et malaises.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2003

Sources :

Institut national de santé publique, Infocentre de santé publique du Québec.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT DE L'OBÉSITÉ, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle de 30 ou plus d'après les réponses aux questions : « Combien mesurez-vous sans chaussures ? » et « Combien pesez-vous ? ». Le calcul de l'indicateur ne tient pas compte des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres). D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice peut être : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); de 18,50 à 24,99 (poids normal); de 25,00 à 29,99 (embonpoint); de 30,00 à 34,99 (obésité, classe I); de 35,00 à 39,99 (obésité, classe II); de 40,00 et plus (obésité, classe III). L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. On associe des risques moindres à un poids normal, des risques accrus de développer des problèmes de santé pour les personnes ayant un poids insuffisant ou de l'embonpoint et des risques élevés pour l'obésité de classe I, très élevés pour l'obésité de classe II et extrêmement élevés pour l'obésité de classe III.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE TABAGISME, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion d'après la réponse à la question : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? ». L'indicateur ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année parmi celles ayant déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois, d'après la réponse à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion ? ». Par l'expression « verre d'alcool », on entend une bouteille ou une canette de bière, un verre de bière en fût, un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin ou encore un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PRÉVALENCE DU DIABÈTE, EN %, 2007

Définition :

Proportion de la population à domicile de 12 ans et plus déclarant avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Êtes-vous atteint(e) du diabète ? ».

Les données incluent les femmes de 15 ans et plus chez lesquelles on a diagnostiqué un diabète gestationnel.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX DE GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 17 ANS OU MOINS, POUR 1 000 ADOLESCENTES DE 14 À 17 ANS, 1999-2003

Définition :

Nombre annuel moyen de grossesses d'adolescentes de moins de 18 ans par rapport à la population d'adolescentes de 14 à 17 ans au milieu de la période.

Le nombre de grossesses regroupe l'ensemble des événements suivants ayant fait l'objet d'une déclaration : les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après au moins 20 semaines de gestation, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en clinique ou à l'hôpital et les avortements

spontanés. L'âge à la grossesse est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse, et non à celui de la conception. Les avortements spontanés qui ne nécessitent pas d'intervention médicale, généralement ceux survenant après une très faible durée de gestation, échappent au calcul. Sont incluses au numérateur les grossesses de mères de moins de 14 ans, qui sont au nombre d'un peu moins de 25 annuellement.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des naissances vivantes; Fichier des mortinaissances.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %, 2001-2005

Définition :

Nombre de naissances d'un poids inférieur à 2 500 grammes par rapport au total des naissances vivantes dont le poids est connu.

Selon la définition donnée par l'OMS, les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes sont considérés comme de faible poids, et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, de très faible poids. Une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Le faible poids à la naissance est souvent le résultat d'une durée de gestation trop courte. Il se peut également que le poids d'un enfant qui naît à terme soit insuffisant ou que celui d'un enfant né prématurément soit inférieur au poids moyen correspondant à son âge gestationnel. Il s'agit alors d'un retard de croissance intra-utérine.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des naissances vivantes.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2001-2005

Définition :

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

La mortalité infantile est le décès d'un enfant âgé de moins d'un an. Les mortinaissances ne sont pas prises en compte. Autrement, tous les décès infantiles et toutes les naissances vivantes sont inclus dans le calcul du taux de mortalité infantile, peu importe le poids à la naissance.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances vivantes.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES, 2001-2005

Définition :

Nombre de décès néonataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

La mortalité néonatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines (de 0 à 27 jours). Les mortinaissances ne sont pas prises en compte. Autrement, tous les décès infantiles et toutes les naissances vivantes sont inclus dans le calcul du taux de mortalité infantile, peu importe le poids à la naissance.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances vivantes.

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ MENTALE TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %, 2007

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé mentale comme excellent ou très bon d'après la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? ».

L'état de santé mentale auto-déclaré fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux ou émotionnels, ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans l'état de santé (physique) auto-déclaré.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2003 à 2007

Source :

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, EN %, 2005

Définition :

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une probabilité d'avoir vécu un épisode dépressif majeur (EDM) d'une durée minimale de deux semaines, au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés.

Un épisode dépressif majeur se caractérise par des symptômes liés à une humeur sombre ou au manque d'intérêt pour la plupart des choses. Les autres symptômes incluent des troubles de l'appétit et du sommeil, un manque d'énergie, une difficulté à se concentrer, le sentiment de n'être bon à rien ou des pensées suicidaires, éprouvés pendant une période d'au moins deux semaines.

L'indice se fonde sur le score obtenu à partir d'une échelle comprenant 27 questions, le Composite International Diagnostic Interview, short form (CIDI-SF), élaboré par Kessler et Mroczek de l'Université du Michigan, qui détermine la probabilité d'obtenir un diagnostic de dépression à la suite d'un examen plus approfondi en utilisant le CIDI dans sa forme complète. Le CIDI est un instrument diagnostique structuré, conçu pour produire des diagnostics conformément aux définitions et aux critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-III-R et des critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10*. Chaque personne obtient une cote, qui est ensuite transformée en une probabilité estimative de diagnostic d'EDM allant de 0 (probabilité nulle) à 100.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001 à 2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Statistique Canada.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS, 2003-2005

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par suicide (CIM-10 : X60-X84, Y87.0) par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1997-1999 à 2003-2005

Sources :

Institut national de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par traumatismes non intentionnels par rapport à la population totale au milieu de la période.

Les traumatismes non intentionnels incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais n'incluent pas les traumatismes causés par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. Les catégories de traumatismes non intentionnels retenues sont les accidents de transport (CIM-9 : E800-E848, E929.0, E929.1,

CIM-10 : V01-V99 et Y85), les accidents de véhicules à moteur (CIM-9 : E810-E825, CIM-10 : V02-V04, V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.0-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0, V89.2) et les chutes accidentelles (CIM-9 : E880-E888, CIM-10 : W00-W19).

Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels mesure le succès à long terme des efforts en vue de réduire la mortalité par traumatismes non intentionnels. Il donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, la prévention, les soins d'urgence et les ressources de traitement (Statistique Canada et ICIS, 2005).

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès. Ainsi, depuis 2000, il n'est ainsi plus possible de distinguer les accidents de véhicules à moteur de la circulation des autres accidents de véhicule à moteur. Pour la catégorie « chutes accidentelles », la classification par la CIM-9 incluait les fractures de causes non spécifiées, alors qu'à partir de 2000, la classification CIM-10 ne les inclut pas (Anderson et al., 2001).

Lorsque le décès survient longtemps après l'accident ayant causé la blessure, l'origine accidentelle des événements ayant mené au décès est souvent oubliée et non enregistrée sur le certificat de décès. Ainsi en est-il des décès dus à des complications de fracture de la hanche, à la suite de chutes chez les personnes âgées. De plus, la cause extérieure indiquée sur le certificat de décès n'atteint pas toujours le niveau de précision que permet la classification internationale des maladies (Choinière et al., 1993).

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1996-2000 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé.

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES ENTRAÎNANT DES LIMITATIONS ET AYANT FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL, EN %, 2005

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir subi au moins une blessure au cours des 12 derniers mois suffisamment graves pour limiter les activités normales et ayant requis un suivi médical, d'après les réponses aux questions : « Sans tenir compte des blessures attribuées aux mouvements répétitifs, au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé ? » et « Avez-vous reçu des soins médicaux prodigués par un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant la blessure ? ». Les lésions dues aux mouvements répétitifs ne sont pas incluses.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Le calcul inclut une répartition des non-répondants partiels.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2001 à 2005

Sources :

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

TAUX AJUSTÉ D'INCIDENCE DU CANCER, POUR 100 000 HABITANTS, 2005

Définition :

Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer par rapport à la population totale au milieu de la période pour l'ensemble des sièges des tumeurs (CIM-9 : 140-208).

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000 à 2005

Sources :

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des tumeurs.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes (CIM-9 : 140-208, CIM-10 : C00-C97) par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.
Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par maladies du système circulatoire (CIM-9 : 390-459, CIM-10 : I00-I99) par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.
Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par maladies du système respiratoire (CIM-9 : 460-519, CIM-10 : J00-J99) par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE, POUR 100 000 HABITANTS, 2001-2005

Définition :

Nombre annuel moyen total de décès évitables par rapport à la population totale âgée de moins de 75 ans au milieu de la période.

La sélection des maladies jugées évitables repose sur deux principes généraux : des interventions connues et efficaces existent, et des soins appropriés peuvent être dispensés. La prudence est indiquée dans l'interprétation des tendances de mortalité évitable, car plusieurs facteurs autres que les interventions médicales peuvent faire varier le taux, comme la modification de l'incidence de la maladie, qui peut notamment refléter des changements de déterminants à long terme.

Le taux est ajusté selon la structure par âges, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. Les décès évitables sont identifiés à partir de l'âge de la personne décédée et de la cause initiale du décès définie selon la CIM-10 depuis 2000. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2000-2004 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances vivantes; Fichier des mortinaissances.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2001-2005

Définition :

Somme des années de vie perdues avant 75 ans par tumeurs malignes (CIM-9 : 140-208, CIM-10 : C00-C97) par rapport à la population moyenne âgée de moins de 75 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2001-2005

Définition :

Somme des années de vie perdues avant 75 ans par maladies du système circulatoire (CIM-9 : 390-459, CIM-10 : I00-I99) par rapport à la population moyenne âgée de moins de 75 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, 2001-2005

Définition :

Somme des années de vie perdues avant 75 ans par maladies du système respiratoire (CIM-9 : 460-519, CIM-10 : J00-J99) par rapport à la population moyenne âgée de moins de 75 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielle non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus. Il s'agit d'un taux ajusté moyen calculé sur 5 ans. L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 1993-1997 à 2001-2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DÉCLARÉ DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SANTÉ, EN %, 2005

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré ne pas avoir obtenu les soins de santé dont elles avaient besoin, au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus ? ».

Les entrevues réalisées par téléphone comptent pour 30,2 % de l'échantillon du Québec en 2000-2001 et pour 71,6 % en 2003. En conséquence, les données de ces deux enquêtes ne sont pas toujours comparables.

Période retenue pour l'analyse temporelle : 2001 à 2005

Sources :

Eco-Santé Québec, version Octobre 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SERVICES DE SANTÉ FOURNIS, EN %, 2006-2007

Définition :

Personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulté un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête et qui s'en disent très satisfaites ou assez satisfaites.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, RATIO, 2000-2004

Définition :

Ratio des naissances de faible poids dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport aux naissances de faible poids dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LA MORTALITÉ INFANTILE, RATIO, 2000-2004

Définition :

Ratio de la mortalité infantile dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport à la mortalité infantile dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, RATIO, 2000-2004

Définition :

Ratio du taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport au taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE, RATIO, 2000-2004

Définition :

Ratio du taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport au taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, 2000-2004

Définition :

Espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport à l'espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Période retenue pour l'analyse temporelle : ----

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

PARTIE 2

INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS



>>> INDICATEURS INTERNATIONAUX



> ADAPTATION

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES, EN %, 2006

Définition :

Proportion des médecins généralistes utilisant des systèmes électroniques. Il s'agit d'une moyenne mathématique des pourcentages d'utilisation de quatre différents systèmes électroniques tels que déclarés par les médecins généralistes ayant participé au sondage du Commonwealth Fund. Les quatre systèmes analysés sont les commandes électroniques de tests, les prescriptions électroniques de médicaments, l'accès électronique aux résultats des tests des patients et l'accès électronique aux registres hospitaliers. Le libellé original de la question posée est : « Do you currently use any of the following technologies in your practice ? » avec les choix de réponses « Yes, used routinely / Yes, used occasionally / No » pour chacune des catégories suivantes : « Electronic ordering of tests, Electronic prescribing of medication, Electronic access to your patients' test results, Electronic access to patient hospital records (e.g., discharge summary) ».

Source :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey of Primary Care Physicians 2006*, Question no. 25.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT LE COURRIEL POUR COMMUNIQUER AVEC LEURS PATIENTS, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant déjà un médecin de famille qui ont répondu « oui » à la question : « Est-ce que votre médecin pourrait communiquer avec vous par courriel ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Sources :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 1030.

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2004*, Question no. 1400.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES DOSSIERS MÉDICAUX INFORMATISÉS, EN %, 2006

Définition :

Proportion des médecins généralistes utilisant des dossiers médicaux informatisés tels que déclarés par les médecins généralistes ayant participé au sondage du Commonwealth Fund. Le libellé original de la question posée est : « Do you currently use electronic patient medical record in your practice ? » avec les choix de réponses « Yes, used routinely / No, but plan to implement in the next year / No, and no plans to implement in the next year ».

Source :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey of Primary Care Physicians 2006*, Question no. 23.

> PRODUCTION

PROPORTION DES PERSONNES AYANT OBTENU UN RENDEZ-VOUS CHEZ LE MÉDECIN LE JOUR MÊME OU LE JOUR SUIVANT LA DEMANDE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant consulté un médecin au cours des douze mois précédant le sondage qui ont répondu « le jour même » ou « le jour suivant » à la question : « Combien de temps que vous avez attendu pour obtenir un rendez-vous avec un médecin ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Sources :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 905.
Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2004*, Question no. 502.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT ATTENDU PLUS DE 2 HEURES POUR OBTENIR DES SOINS D'URGENCE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant eu recours à des soins d'urgence au cours des deux dernières années qui ont répondu « plus de deux heures » à la question : « Combien de temps que vous avez attendu pour obtenir des soins d'urgence ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Sources :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 1265.
Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2004*, Question no. 715.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UTILISÉ LES SOINS D'URGENCE AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant eu recours à des soins d'urgence au cours des deux dernières années qui ont répondu « oui » à la question : « Avez-vous obtenu des soins d'urgence au cours des deux dernières années ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Sources :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 1270.
Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2004*, Question no. 710.

>>> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



> ADAPTATION

PROPORTION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS RÉMUNÉRÉS À PLUS DE 90 % À L'ACTE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins omnipraticiens ayant déclaré avoir reçu 90 % et plus de leur rémunération à l'acte à la question : « Au cours de la dernière année, environ quelle proportion de votre revenu professionnel avez-vous reçue de chacun des modes de rémunération suivants ? » selon les catégories suivantes : « À l'acte / À salaire / Par capitation / À la vocation, à tarif quotidien ou à taux horaire / À contrat / Primes et incitatifs / Autre ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 33a.
Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 14a.

TAUX DE MÉDECINS D'URGENCE, POUR 100 000 HABITANTS, 2006

Définition :

Le nombre de médecins d'urgence pour 100 000 habitants au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins de pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins non agréés ayant demandé que leur information reste confidentielle.

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2008*, p. 83)

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, 2006. (Révisé en novembre 2007)

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PRATIQUANT EN GROUPE, EN %, 2007

Définition :

Pourcentage des médecins généralistes ayant indiqué « pratique de groupe » à la question : « Veuillez indiquer l'organisation de votre principal milieu de soins aux patients. (À noter qu'une pratique solo ou de groupe peut également inclure une infirmière qui n'a pas son propre ensemble de cas) » selon les choix suivants : « Pratique solo / pratique de groupe / pratique interprofessionnelle (médecin(s) et autre(s) professionnel(s) de la santé qui ont leurs propres ensembles de cas) ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 19.
Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 3a.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens utilisant des systèmes électroniques. Il s'agit d'une moyenne mathématique des pourcentages d'utilisation des différents systèmes électroniques tels que déclarés par les médecins ayant participé au sondage. En 2004, 11 systèmes étaient présentés dans le questionnaire. En 2007, 3 ont été ajoutés (facturation électronique, interface électronique avec les registres externes pour les patients atteints de maladies chroniques et l'utilisation du courriel). Toujours en 2007, l'utilisation des cours et formations en ligne a été supprimée du questionnaire. Le calcul ne tient pas compte de ceux qui n'utilisent pas les technologies et des non-réponses.

Le libellé de 2007 de la question posée est : « Parmi les systèmes électroniques suivants, veuillez indiquer lesquels vous avez, si vous les utilisez dans les soins à vos patients et s'il s'agit d'un système sans fil » avec les choix de réponses « Je l'ai / Je l'utilise / Je l'utilise sur un appareil sans fil » pour chacune des catégories suivantes : « Système électronique de rendez-vous ou de calendrier pour les patients; Facturation électronique; Dossiers électroniques pour sauvegarder et retrouver des notes cliniques relatives aux patients; Systèmes de rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients; Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et (ou) interactions médicamenteuses indésirables; Systèmes électroniques d'aide à la décision (c.-à-d. pour évaluer les options de traitement); Interface électronique avec les pharmacies et pharmaciens externes; Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique; Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. : hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès ou le partage de renseignements concernant les patients; Interface électronique avec des registres externes de patients atteints de maladies chroniques; Télémédecine, diffusion web, vidéoconférence; Accès en ligne aux revues, guides de pratique clinique, bases de données médicales (p. ex. : MEDLINE); Courriel ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 40a.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 23.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT LE COURRIEL POUR COMMUNIQUER AVEC LEURS PATIENTS, EN %, 2007**Définition :**

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant déclaré avoir recours au courriel pour communiquer avec les patients à des fins cliniques selon la question : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec [les patients [à des fins cliniques]] ? ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 38.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES DOSSIERS MÉDICAUX INFORMATISÉS, EN %, 2007**Définition :**

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « J'utilise des dossiers électroniques (p. ex. : dossier médical électronique) au lieu des dossiers sur papier pour sauvegarder et retrouver des notes cliniques relatives aux patients » à la question : « Dans votre principal milieu de soins aux patients, lequel des énoncés suivants décrit votre système de tenue de dossiers ? ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 39.

PROPORTION DES ACTES ATTRIBUÉS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES RÉALISÉS DANS LEUR PRATIQUE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des actes attribués aux médecins de famille ou omnipraticiens qui sont effectivement réalisés dans leur pratique. Il s'agit d'une moyenne mathématique des pourcentages de pratique des actes attribués aux médecins de famille tels que déclarés par les médecins ayant participé au sondage. Le calcul ne tient pas compte de ceux qui ne pratiquent aucun acte et des non-réponses.

Le libellé de la question posée est : « Parmi les actes suivants, lesquels accomplissez-vous dans le cadre de votre pratique ? » avec la possibilité de cocher les réponses suivantes : « Incision et drainage d'abcès; Sutures et réparations de lacération; Installation d'un plâtre pour une fracture; Cryothérapie de lésions cutanées; Excision de lésions cutanées; Grattage cutané pour prélever un champignon; Utilisation d'une lampe de Wood; Drainage d'un hématome sous-unguéal; Drainage d'un périonyxis aigu; Exérèse d'une callosité cutanée; Anesthésie locale par infiltration; Exérèse d'un corps étranger de la cornée ou de la conjonctive; Exérèse de cérumen ou lavage du canal auditif; Cautérisation du nez suite à un épistaxis antérieur; Retirer un corps étranger (ex. : hameçon, éclats, verre); Insertion d'une sonde nasogastrique; Recherche de sang occulte dans les selles; Insertion d'un cathéter transurétral; Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes; Test de Papanicolaou; Forceps bas; Forceps moyen et rotation; Ventouse obstétricale; Pose d'une attelle sur un membre fracturé; Ventilation avec masque et ballon; Ponction veineuse; Injection sous-cutanée; Injection intramusculaire; Insertion d'un cathéter intraveineux périphérique chez un adulte et un enfant; Insertion d'un cathéter central chez un adulte; Préparation pour transport terrestre ou aérien; Acupuncture; Hypnose ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 28d.

> PRODUCTION

PROPORTION DES PERSONNES AYANT OBTENU UN RENDEZ-VOUS CHEZ LE MÉDECIN LE JOUR MÊME OU LE JOUR SUIVANT LA DEMANDE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant consulté un médecin au cours des douze mois précédant le sondage qui ont répondu « le jour même » ou « le jour suivant » à la question : « Combien de temps que vous avez attendu pour obtenir un rendez-vous avec un médecin ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Source :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 905.

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT ATTENDU PLUS DE 2 HEURES POUR OBTENIR DES SOINS D'URGENCE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus ayant eu recours à des soins d'urgence au cours des deux dernières années qui ont répondu « plus de deux heures » à la question : « Combien de temps que vous avez attendu pour obtenir des soins d'urgence ? ». Au Canada, ce sondage a été effectué par téléphone auprès de 1 410 personnes en 2004 et 3 003 personnes en 2007). Mené par l'entreprise Harris Interactive, ce sondage porte notamment sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité de la santé et les maladies chroniques et il est soutenu notamment par le Conseil canadien de la santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Source :

Commonwealth Fund, *International Health Policy Survey in Seven Countries 2007*, Question no. 1265.

PAIEMENT À L'ACTE BRUT MOYEN PAR ÉQUIVALENT À TEMPS PLEIN (ETP), 2005-2006

Définition :

Paiement à l'acte brut moyen pour chaque médecin calculé en équivalent temps plein (ETP).

Les chiffres sur les ETP sont la somme des valeurs ETP des médecins. Les totaux d'ETP peuvent être inférieurs, égaux ou supérieurs à l'effectif. Le nombre d'ETP fournit une estimation du nombre de médecins, ajusté selon les variations dans la charge de travail clinique. Cette charge de travail est déterminée en comparant le nombre total de médecins et le nombre total de médecins équivalents à temps plein. La charge de travail est une façon de mesurer l'utilisation du potentiel de la main-d'oeuvre. Les médecins qui reçoivent des paiements de plus d'une province sont inclus dans les calculs de paiements moyens pour chaque province.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens 1999-2006*.

NOMBRE D'HEURES MOYEN DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE PAR MÉDECIN GÉNÉRALISTE, 2007

Définition :

Moyenne du nombre total d'heures de travail par semaine déclaré par les médecins de famille ou omnipraticiens à la question suivante : « À l'exclusion du temps de garde, combien d'heures par semaine consacrez-vous en moyenne aux activités suivantes [...] » sous la catégorie globale « Nombre total d'heures de travail par semaine ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 31.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 3a.

> DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES TRÈS OU ASSEZ SATISFAITS DE L'ÉQUILIBRE ENTRE LEUR VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « très satisfait(e) » ou « assez satisfait(e) » à la question : « Veuillez indiquer votre degré de satisfaction à l'égard des éléments suivants : [l'équilibre entre vos engagements personnels et professionnels] ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 41.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 20.

ÂGE MOYEN DES GÉNÉRALISTES, EN ANNÉES, 2006

Définition :

L'âge moyen des généralistes est calculé en divisant la somme des âges par le nombre de médecins. Dans le cas des médecins dont la date de naissance était inconnue, l'âge est calculé au moyen de l'année d'obtention du doctorat en médecine en supposant l'âge au moment de l'obtention du doctorat en médecine comme étant 25 ans. En 2006, la date de naissance de 6 686 médecins était inconnue (2 880 résidents, 1 774 médecins de famille et 2 032 spécialistes).

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, 2006. (Révisé en novembre 2007)

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT RÉDUIT LEUR NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) » à la question : « En songeant aux 2 dernières années, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous avez déjà faits. ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 35.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 18.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VOULANT RÉDUIRE LEUR NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL AU COURS DES DEUX PROCHAINES ANNÉES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) » à la question : « En songeant aux 2 prochaines années, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous comptez faire. ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 35.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 18.

>>> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> ADAPTATION

PROPORTION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS RÉMUNÉRÉS À PLUS DE 90 % À L'ACTE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins omnipraticiens ayant déclaré avoir reçu 90 % et plus de leur rémunération à l'acte à la question : « Au cours de la dernière année, environ quelle proportion de votre revenu professionnel avez-vous reçue de chacun des modes de rémunération suivants ? » selon les catégories suivantes : « À l'acte / À salaire / Par capitation / À la vocation, à tarif quotidien ou à taux horaire / À contrat / Primes et incitatifs / Autre ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 33a.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 14a.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PRATIQUANT EN GROUPE, EN %, 2007

Définition :

Pourcentage des médecins généralistes ayant indiqué « pratique de groupe » à la question : « Veuillez indiquer l'organisation de votre principal milieu de soins aux patients (À noter qu'une pratique solo ou de groupe peut également inclure une infirmière qui n'a pas son propre ensemble de cas). » selon les choix suivants : « Pratique solo / pratique de groupe / pratique interprofessionnelle (médecin(s) et autre(s) professionnel(s) de la santé qui ont leurs propres ensembles de cas) ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 19.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 3a.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES, EN %, 2007**Définition :**

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens utilisant des systèmes électroniques. Il s'agit d'une moyenne mathématique des pourcentages d'utilisation des différents systèmes électroniques tels que déclarés par les médecins généralistes ayant participé au sondage. En 2004, 11 systèmes étaient présentés dans le questionnaire. En 2007, 3 ont été ajoutés (facturation électronique, interface électronique avec les registres externes pour les patients atteints de maladies chroniques et l'utilisation du courriel). Toujours en 2007, l'utilisation des cours et formations en ligne a été supprimée du questionnaire. Le calcul ne tient pas compte de ceux qui n'utilisent pas les technologies et des non-réponses.

Le libellé de 2007 de la question posée est : « Parmi les systèmes électroniques suivants, veuillez indiquer lesquels vous avez, si vous les utilisez dans les soins à vos patients et s'il s'agit d'un système sans fil » avec les choix de réponses « Je l'ai / Je l'utilise / Je l'utilise sur un appareil sans fil » pour chacune des catégories suivantes : « Système électronique de rendez-vous ou de calendrier pour les patients; Facturation électronique; Dossiers électroniques pour sauvegarder et retrouver des notes cliniques relatives aux patients; Systèmes de rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients; Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et (ou) interactions médicamenteuses indésirables; Systèmes électroniques d'aide à la décision (c.-à-d. pour évaluer les options de traitement); Interface électronique avec les pharmacies et pharmaciens externes; Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique; Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. : hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès ou le partage de renseignements concernant les patients; Interface électronique avec des registres externes de patients atteints de maladies chroniques; Télémédecine, diffusion web, vidéoconférence; Accès en ligne aux revues, guides de pratique clinique, bases de données médicales (p. ex. : MEDLINE); Courriel ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 40a.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 23.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT LE COURRIEL POUR COMMUNIQUER AVEC LEURS PATIENTS, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant déclaré avoir recours au courriel pour communiquer avec les patients à des fins cliniques selon la question : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec [les patients [à des fins cliniques]] ? ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 38.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES UTILISANT DES DOSSIERS MÉDICAUX INFORMATISÉS, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « J'utilise des dossiers électroniques (p. ex. dossier médical électronique) au lieu des dossiers sur papier pour sauvegarder et retrouver des notes cliniques relatives aux patients » à la question : « Dans votre principal milieu de soins aux patients, lequel des énoncés suivants décrit votre système de tenue de dossiers ? ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 39.

PROPORTION DES ACTES ATTRIBUÉS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES RÉALISÉS DANS LEUR PRATIQUE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des actes attribués aux médecins de famille ou omnipraticiens qui sont effectivement réalisés dans leur pratique. Il s'agit d'une moyenne mathématique des pourcentages de pratique des actes attribués aux médecins de famille tels que déclarés par les médecins ayant participé au sondage. Le calcul ne tient pas compte de ceux qui ne pratiquent aucun acte et des non-réponses.

Le libellé de la question posée est : « Parmi les actes suivants, lesquels accomplissez-vous dans le cadre de votre pratique ? » avec la possibilité de cocher les réponses suivantes : « Incision et drainage d'abcès; Sutures et réparations de lacération; Installation d'un plâtre pour une fracture; Cryothérapie de lésions cutanées; Excision de lésions cutanées; Grattage cutané pour prélever un champignon; Utilisation d'une lampe de Wood; Drainage d'un hématome sous-unguéal; Drainage d'un périonyxis aigu; Exérèse d'une callosité cutanée; Anesthésie locale par infiltration; Exérèse d'un corps étranger de la cornée ou de la conjonctive; Exérèse de cérumen ou lavage du canal auditif; Cautérisation du nez suite à un épistaxis antérieur; Retirer un corps étranger (ex. : hameçon, éclats, verre); Insertion d'une sonde nasogastrique; Recherche de sang occulte dans les selles; Insertion d'un cathéter transurétral; Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes; Test de Papanicolaou; Forceps bas; Forceps moyen et rotation; Ventouse obstétricale; Pose d'une attelle sur un membre fracturé; Ventilation avec masque et ballon; Ponction veineuse; Injection sous-cutanée; Injection intramusculaire; Insertion d'un cathéter intraveineux périphérique chez un adulte et un enfant; Insertion d'un cathéter central chez un adulte; Préparation pour transport terrestre ou aérien; Acupuncture; Hypnose ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 28d.

> PRODUCTION

PROPORTION DE LA POPULATION DÉCLARANT AVOIR CONSULTÉ UN MÉDECIN DE FAMILLE, UN PÉDIATRE OU UN OMNIPRATICIEN DANS LES 12 DERNIERS MOIS, EN %, 2005

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir vu ou consulté par téléphone un médecin de famille, un pédiatre ou un omnipraticien au cours des douze derniers mois d'après la réponse à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [un médecin de famille, pédiatre ou un omnipraticien] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux ? ».

Sont inclus les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues et les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont aussi inclus.

L'information présentée se rapporte aux consultations faites en dehors des séjours hospitaliers et ne devrait donc pas être considérée représentative de la consultation globale, en particulier pour les catégories de professionnels pratiquant principalement en milieu hospitalier, tels les médecins spécialistes.

Sources :

Eco-Santé Québec, version Février 2008.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

NOMBRE D'HEURES MOYEN DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE PAR MÉDECIN GÉNÉRALISTE, 2007

Définition :

Moyenne du nombre total d'heures de travail par semaine déclaré par les médecins de famille ou omnipraticiens à la question suivante : « À l'exclusion du temps de garde, combien d'heures par semaine consacrez-vous en moyenne aux activités suivantes [...] » sous la catégories « Nombre total d'heures de travail par semaine ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 31.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 3a.

> DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES TRÈS OU ASSEZ SATISFAITS DE L'ÉQUILIBRE ENTRE LEUR VIE PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « très satisfait(e) » ou « assez satisfait(e) » à la question : « Veuillez indiquer votre degré de satisfaction à l'égard des éléments suivants : [l'équilibre entre vos engagements personnels et professionnels] ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 41.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 20.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT RÉDUIT LEUR NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) » à la question : « En songeant aux 2 dernières années, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous avez déjà faits ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 35.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 18.

PROPORTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VOULANT RÉDUIRE LEUR NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL AU COURS DES DEUX PROCHAINES ANNÉES, EN %, 2007

Définition :

Proportion des médecins de famille ou omnipraticiens ayant indiqué « réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde) » à la question : « En songeant aux 2 prochaines années, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous comptez faire ».

Conformément à la politique du *Sondage national des médecins*, les données basées sur un nombre de répondants inférieur à 50 ne sont pas présentées. Les données présentées ont fait l'objet d'une demande d'analyse au Comité consultatif technique du *Sondage national des médecins* le 9 juillet 2008. Pour l'ensemble du Canada, le taux de réponse de ce sondage est de 32,07 %, représentant 10 270 médecins de famille répondants parmi 32 026 au total. Au Québec, ce taux de réponse est de 32,62 % représentant 2 574 médecins de famille répondants parmi 7 890 au total.

Sources :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2007*, Question no. 35.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Sondage national des médecins 2004*, Question no. 18.

>>> REMERCIEMENTS

Le Commissaire à la santé et au bien-être tient à remercier tous les organismes cités comme sources de données dans ce document pour leur contribution à l'appréciation globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux québécois par le biais de la production et de la publication des indicateurs utilisés dans le cadre d'analyse globale de la performance.

>>> RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR

Maxime Ouellet

AVEC LA COLLABORATION DE

Mathilde Bélanger

Junichiro Boutet-Nakamura

Daniel Labbé

© 2009 Commissaire à la santé et au bien-être

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec, 2009

Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Mars 2009

ISBN : 978-2-550-55633-6 (version électronique)

