

RECUEIL DES SOURCES ET DÉFINITIONS DES INDICATEURS DE MONITORAGE : PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Préparé par :
Geneviève Tremblay

Commissaire à la santé et au bien-être

Automne 2011

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE	7
> INDICATEURS INTERNATIONAUX	9
> PRÉNATAL	9
> ACCOUCHEMENT	12
> 0-5 ANS.....	18
> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ	21
> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX.....	23
> ACCOUCHEMENT	23
> 0-5 ANS.....	30
> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ	32
> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX.....	34
> PRÉNATAL	34
> ACCOUCHEMENT	36
> 0-5 ANS.....	50
> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ	64
RÉALISATION	67
REMERCIEMENTS.....	67

INTRODUCTION

Ce recueil est avant tout destiné à l'utilisateur averti désirant avoir davantage de détails sur chacun des indicateurs utilisés dans le cadre de l'analyse relative à la périnatalité et petite enfance. Cette analyse a été réalisée par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son document intitulé L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring, qui fait partie du Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux. Pour chaque indicateur, on y trouve une brève description de son contenu ainsi que la source d'où il provient. Si possible, ce recueil présente aussi l'information utile à la compréhension de la méthodologie utilisée par les organismes producteurs des indicateurs et parfois même quelques repères permettant d'en approfondir l'interprétation. Nous y avons également inclus la mention de la période ayant été retenue pour le calcul de l'analyse de l'évolution temporelle des résultats. Celle-ci varie en fonction de critères liés à la disponibilité des données et à leur cycle de publication.

Comme l'analyse relative à la périnatalité et petite enfance fait appel à de nombreux indicateurs déjà présents dans le cadre de l'analyse globale de la performance du Commissaire, le présent recueil ne contient que les indicateurs spécifiques à ce thème afin d'éviter les répétitions. Les indicateurs y sont présentés selon leur niveau d'analyse et leur appartenance à l'une ou l'autre des sous-dimensions répertoriées : prénatal, accouchement, 0-5 ans et caractéristiques de la collectivité et du système de santé.

Enfin, soulignons qu'un recueil des sources et définitions des indicateurs de monitoring utilisés dans le cadre de l'analyse globale et intégrée de la performance, c'est-à-dire des indicateurs qui sont suivis de manière continue dans le temps, est aussi disponible dans le site internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca). 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, le lecteur est prié de se référer au document d'appréciation mentionné précédemment.

INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE



> INDICATEURS INTERNATIONAUX



> PRÉNATAL

TAUX D'OBSTÉTRICIENS-GYNÉCOLOGUES, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de médecins obstétriciens-gynécologues pour 1 000 naissances vivantes.

Un obstétricien est un médecin spécialiste des soins qui doivent être prodigués à la femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et un gynécologue est un médecin spécialiste qui étudie l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'appareil génital de la femme. Cela inclut la gynécologie pédiatrique, la médecine reproductive, la génétique, l'oncologie gynécologique et les médecins résidants spécialisés en obstétrique et en gynécologie.

Au Canada, l'obstétrique et la gynécologie comprennent les médecins qui ont un diplôme de médecine et qui ont complété un programme de résidence de 5 ans en obstétrique et en gynécologie ou en génétique médicale agréée par Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Une naissance vivante correspond à l'expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou 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.

Source :

OCDE, *Eco-Santé*.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).
Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER).

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

TAUX DE SAGES-FEMMES PROFESSIONNELLEMENT ACTIVES, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de sages-femmes professionnellement actives pour 1 000 naissances vivantes.

Les sages-femmes autorisées à pratiquer ont acquis la formation et ont les qualifications requises pour être enregistrées et/ou légalement autorisées à exercer leur profession. Cela comprend à la fois celles qui pratiquent et celles qui ne pratiquent pas la profession.

Sont incluses dans le calcul les sages-femmes professionnelles (ISCO-08 code: 2222), les associations des sages-femmes professionnelles (ISCO-08 code: 3222), les sages-femmes fournissant des services directs aux patients et les sages-femmes travaillant dans l'administration, la gestion, la recherche et dans d'autres postes excluant tout contact direct avec les patients. Sont exclues les sages-femmes qui occupent un poste ou un emploi en vertu duquel la formation de sage-femme n'est pas nécessaire, les sages-femmes au chômage et à la retraite et les sages-femmes travaillant à l'étranger.

Source :

OCDE, *Eco-Santé*.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur le personnel de la santé (BDPS).

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES HOSPITALISATIONS POUR DES COMPLICATIONS LIÉES À LA GROSSESSE, EN JOURS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'une femme passe en moyenne à l'hôpital pour des complications liées à la grossesse (CIM-9 : 640-648). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

À titre d'exemple, les complications liées à la grossesse font références à l'hémorragie en début de grossesse, l'antepartum et placenta praevia, l'hypertension compliquant la grossesse, le travail prématuré et le faux travail, la grossesse prolongée, les vomissements incoercibles au cours de la grossesse, etc. La liste des diagnostics a été établie selon la 9e et 10e révision de la Classification internationale des maladies (ICD).

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. De

plus, les ruptures de séries de données de certains pays peuvent être causées par le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

> ACCOUCHEMENT

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'accouchements par césarienne pour 100 naissances vivantes (CIM-9-CM).

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.

Bien que l'OMS, selon les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux (OMS, 2006), ait recommandé que les taux ne dépassent pas 10% à 15% depuis 1985, les preuves empiriques à l'appui d'un pourcentage optimum ou d'un champ de pourcentages n'existent toujours pas, malgré un corps de recherche croissant qui démontre les effets négatifs de taux de césarienne élevé. Le débat sur le nombre 'correct' de césariennes découle d'une crainte que l'utilisation de cibles pourrait avoir le résultat indésirable de justifier les procédures inutiles. La limite la plus élevée n'est pas une cible à atteindre, mais plutôt un point de repère à ne pas dépasser. Il faut noter que 15% est maintenant plus faible que le niveau rencontré dans la plupart des pays développés et aussi dans beaucoup de zones urbaines dans les pays moins développés.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car il peut y avoir des différences de classifications selon les pays, liées à la cartographie du système national de codage pour les codes ICD-9-CM ce qui entraîne des problèmes de comparabilité. De plus, certains pays signalent toutes les procédures (comme demandé dans cette définition) tandis que d'autres ne rapportent que la procédure principale lors d'un séjour hospitalier ; ce qui limite également la comparabilité des données.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES HOSPITALISATIONS POUR DES COMPLICATIONS LIÉES AU TRAVAIL ET À L'ACCOUCHEMENT, EN JOURS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'une femme passe en moyenne à l'hôpital pour des complications liées au travail et à l'accouchement (CIM-9 : 660-669). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

À titre d'exemple, les complications liées au travail et à l'accouchement font références à la dystocie d'obstacle, les anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col, le travail prolongé, les complications concernant le cordon ombilical, le traumatisme du périnée et de la vulve au cours de l'accouchement, l'hémorragie du post-partum, les complications dues à l'administration d'un anesthésique ou d'un sédatif au cours du travail et de l'accouchement, etc. La liste des diagnostics a été établie selon la 9^e et 10^e révision de la Classification internationale des maladies (ICD).

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. De plus, les ruptures de séries de données de certains pays peuvent être causées par le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des naissances vivantes de moins de 2 500 grammes par rapport à l'ensemble des naissances vivantes dont le poids à la naissance 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.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

[TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE, POUR 100 000 NAISSANCES](#)

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès maternels (toutes les causes sont incluses) pendant une année donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant cette même année (ICD-10 : O00-O99).

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.

Les données sur la mortalité maternelle sont très peu élevées de sorte qu'il peut y avoir de grandes variations annuelles, en particulier dans les pays à faible niveau de population.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès périnataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances totales (c'est-à-dire naissances vivantes et morts fœtales tardives) pendant cette même année.

La mortalité périnatale est le décès d'un enfant âgé de moins d'une semaine (de 0 à 6 jours) ou le décès d'un fœtus de 28 semaines ou plus de gestation ou ayant au minimum un poids fœtal de 1000 kg.

Ces taux doivent être interprétés avec prudence, car il existe dans certains pays des variations dans les définitions concernant les morts fœtales. La comparabilité des données internationales est également 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.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

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).

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.

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, ils n'existent pas d'âge gestationnel ou de poids limite pour l'enregistrement de la mortalité. De plus, dans certains 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.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

[TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

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 (0 à 364 jours).

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.

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, ils n'existent pas d'âge gestationnel ou de poids limite pour l'enregistrement de la mortalité. De plus, dans certains 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.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le

nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES HOSPITALISATIONS POUR CERTAINES AFFECTIIONS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, EN JOURS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un enfant âgé de 0 à 6 jours passe en moyenne à l'hôpital pour certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (CIM-9 : 760-779). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

À titre d'exemple, les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale font références au traumatisme obstétrical, à l'hypoxie intra-utérine, l'asphyxie à la naissance, le syndrome de détresse respiratoire, des troubles endocriniens et métaboliques spécifiques du fœtus et du nouveau-né, croissance lente et malnutrition du fœtus ainsi que d'autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. La liste des diagnostics a été établie selon la 9e et 10e révision de la Classification internationale des maladies (ICD).

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. De plus, les ruptures de séries de données de certains pays peuvent être causées par le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

> 0-5 ANS

COUVERTURE VACCINALE POUR LA ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS D'UN AN, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des enfants âgés d'un an ayant reçu le vaccin contre la rougeole au cours d'une année donnée.

Source :

Organisation mondiale de la santé (OMS), Statistiques sanitaires mondiales 2010.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES HOSPITALISATIONS POUR DES ANOMALIES CONGÉNITALES, EN JOURS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un enfant passe en moyenne à l'hôpital pour des anomalies congénitales (CIM-9 : 740-759). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

À titre d'exemple, les anomalies congénitales font référence à l'anencéphalie et les anomalies similaires, le spina bifida, les anomalies congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face, du cou, du cœur, la fissure du palais et le bec-de-lièvre, les aberrations chromosomiques ou encore les malformations du système ostéo-musculaire. La liste des diagnostics a été établie selon la 9^e et 10^e révision de la Classification internationale des maladies (ICD).

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. De plus, les ruptures de séries de données de certains pays peuvent être causées par le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES HOSPITALISATIONS POUR DES COMPLICATIONS PRINCIPALEMENT LIÉES À LA PUERPÉRALITÉ, EN JOURS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'une femme passe en moyenne à l'hôpital pour des complications principalement liées à la puerpéralité (CIM-10 : O85 – O92). La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

La puerpéralité est la période qui suit l'accouchement et qui se termine au moment de la réapparition des règles. Cette période dure environ 6 semaines après la naissance dépendamment si la femme allaite ou non.

À titre d'exemple, les complications font référence aux septicémies puerpérales et autres infections puerpérales, les complications veineuses au cours de la puerpéralité, l'embolie obstétricale, les complications de l'anesthésie au cours de la puerpéralité, les infections mammaires associées à l'accouchement et les autres mastopathies et anomalies de la lactation associées à l'accouchement. La liste des diagnostics a été établie selon la 9^e et 10^e révision de la Classification internationale des maladies (ICD).

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. De plus, les ruptures de séries de données de certains pays peuvent être causées par le passage de la CIM-9 à la CIM-10.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

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

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

TAUX DE MORTALITÉ DES MOINS DE 5 ANS, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès des enfants de moins de 5 ans pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

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.

Source :

Organisation mondiale de la santé (OMS), Statistiques sanitaires mondiales 2010.

> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ

TAUX DE NATALITÉ, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

L'indice synthétique de fécondité est une estimation du nombre moyen de naissances vivantes qu'une femme âgées de 15 à 49 ans peut s'attendre à avoir au cours de sa vie, selon les taux de fécondité par âge (TFA) d'une année donnée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est égal à la somme des taux de fécondité par année d'âge.

Source :

Organisation mondiale de la santé (OMS), Statistiques sanitaires mondiales 2010.

PROPORTION DE LA POPULATION DE 0 À 14 ANS, EN % DE LA POPULATION TOTALE

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans par rapport à la population totale.

Source :

OCDE, Eco-Santé.

* Afin de faciliter la lecture des graphiques d'évolution temporelle des indicateurs de monitoring internationaux, il a été choisi de présenter un ensemble plus restreint de comparatifs que ce qu'inclut le calcul de balisage. Les pays sélectionnés pour les graphiques sont ceux de l'OCDE faisant aussi partie du G8 auxquels ont été ajoutées l'Australie, la Finlande et la Suède. Le nombre de pays présents sur chaque graphique varie également en raison du manque de disponibilité des données pour certains indicateurs ou certaines années.

> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



> ACCOUCHEMENT

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR À L'HÔPITAL POUR NOUVEAUX-NÉS, EN JOURS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un nouveau-né passe en moyenne à l'hôpital de l'accouchement jusqu'à sa sortie. La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année. Les durées de séjours sont présentées selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS (PAR FORCEPS ET/OU PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE) PARMIS LES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des accouchements vaginaux assistés par forceps ou par ventouse obstétricale ou une combinaison des deux techniques survenus dans un hôpital de soins de courte durée parmi le total des accouchements vaginaux. Les taux sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les accouchements survenus dans un établissement autres que de soins de courte durée, les mortinaissances et les interventions d'avortement.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'accouchements par césarienne dans un établissement de soins de courte durée pour 100 naissances vivantes. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

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.

Bien que l'OMS, selon les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux (OMS, 2006), ait recommandé que les taux ne dépassent pas 10% à 15% depuis 1985, les preuves empiriques à l'appui d'un pourcentage optimum ou d'un champ de pourcentages n'existent toujours pas, malgré un corps de recherche croissant qui démontre les effets négatifs de taux de césarienne élevé. Le débat sur le nombre 'correct' de césariennes découle d'une crainte que l'utilisation de cibles pourrait avoir le résultat indésirable de justifier les procédures inutiles. La limite la plus élevée n'est pas une cible à atteindre, mais plutôt un point de repère à ne pas dépasser. Il faut noter que 15% est maintenant plus faible que le niveau rencontré dans la plupart des pays développés et aussi dans beaucoup de zones urbaines dans les pays moins développés.

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)

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

TAUX DE CÉSARIENNES RÉPÉTÉES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de césariennes répétées survenues dans un établissement de soins de courte durée, exprimé en pourcentage de tous les accouchements avec antécédent de césarienne dans un établissement de soins de courte durée. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les accouchements survenus dans un établissement autres que de soins de courte durée, les mortinaissances et les interventions d'avortement.

Les changements apportés à la version 2009 des systèmes de classification CIM-10-CA et CCI ont entraîné la modification de la méthodologie utilisée pour déterminer les taux de césariennes primaires et répétées. Ainsi, les données des années précédentes ne sont peut-être pas comparables à celles de 2009-2010.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

[TAUX D'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE DANS LES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un établissement de soins de courte durée pour lesquels on a utilisé l'anesthésie péridurale, exprimé en pourcentage de tous les accouchements vaginaux dans un établissement de soins de courte durée. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les accouchements survenus dans un établissement autres que de soins de courte durée, les mortinaissances et les interventions d'avortement.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP); Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

[TAUX DE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance se situe entre 500 et 2 499 grammes inclusivement dans un établissement de soins de courte durée, exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes dont le poids à la naissance est égal ou supérieur à 500 grammes dans un établissement de soins de courte durée. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les naissances de poids inférieurs à 500 grammes, les naissances survenues dans un établissement autres que de soins de courte durée ainsi que les codes d'avortement.

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. 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.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP); Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

[PROPORTION DES NAISSANCES DE POIDS ÉLEVÉ, EN %](#)

Année : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des naissances vivantes dont le poids à la naissance est connu pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est de 4 500 grammes ou plus. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Ce taux exclu 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, 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.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 3 ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

PROPORTION DE MORTINAISSANCES EN MILIEU HOSPITALIER, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de morts fœtales en milieu hospitalier pour 100 naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances). Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

La mort fœtale (mortinaissance) est le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction mère, indépendamment de la durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté. Seules les morts fœtales où le produit de conception à un poids à la naissance de 500 grammes ou plus ou la durée de la grossesse est de 20 semaines ou plus sont enregistrées au Canada.

Source :

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

PROPORTION DE NAISSANCES PRÉMATURÉES (MOINS DE 37 SEMAINES DE GESTATION), EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues, par rapport au total des naissances vivantes durant la même période. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Le nombre de semaines de gestation correspond à l'intervalle, en semaines révolues, entre le premier jour de la dernière période menstruelle de la mère et le jour de l'accouchement (c'est-à-dire, durée de la grossesse) ou toute estimation de cet intervalle fondée sur un examen par ultrasons, un examen médical ou toute autre méthode. La méthode de calcul des semaines de gestation n'est pas précisée dans les documents canadiens sur l'enregistrement des naissances.

Source :

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

TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès périnataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances totales (c'est-à-dire naissances vivantes et morts fœtales tardives) pendant cette même année. Les résultats

sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

La mortalité périnatale est le décès d'un enfant âgé de moins d'une semaine (de 0 à 6 jours), ou du décès d'un fœtus de 28 semaines ou plus de gestation.

Source :

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

[TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès néonataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

La mortalité néonatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines (de 0 à 27 jours).

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.

Le calcul des taux de mortalité dans ce tableau utilise les naissances vivantes de l'année civile au lieu de l'estimation de population des moins d'un an de la Division de la démographie.

Source :

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

[TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

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.

Le calcul des taux de mortalité dans ce tableau utilise les naissances vivantes de l'année civile au lieu de l'estimation de population des moins d'un an de la Division de la démographie.

Sources :

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

> 0-5 ANS

TAUX D'HOSPITALISATION DES ENFANTS DE 0 À 4 ANS, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage d'hospitalisation chez les enfants de 0 à 4 ans dans un établissement de soins de courte durée. Le taux d'hospitalisation est calculé en divisant le nombre d'hospitalisation chez les enfants de 0 à 4 ans de la province par le nombre d'enfants total du même groupe d'âge de la même province. Les résultats sont présentés selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR HOSPITALISATION CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS, EN JOURS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un enfant de 0 à 4 ans passe en moyenne dans un centre hospitalier de soins de courte durée de son admission jusqu'à sa sortie. La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année. Les résultats sont présentés selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

TAUX D'INCIDENCE DE CANCER, POUR 100 000 ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 pour 100 000 enfants de moins de 5 ans

L'incidence du cancer se rapporte aux nouveaux sièges primaires des tumeurs malignes. Il peut varier d'une diffusion à l'autre en raison du caractère dynamique de la base de données du Registre canadien du cancer (RCC) qui peut être mise à jour par l'ajout d'enregistrements ou par la modification d'enregistrements existants.

Les données sont basées sur l'Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des maladies, Troisième édition (CIM-O-3) et des règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les sièges primaires multiples.

Sources :

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

> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ

PROPORTION DE NAISSANCE EN MILIEU HOSPITALIER, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances) en milieu hospitalier, par rapport aux naissances totales ayant lieu en milieu hospitalier et ailleurs qu'en milieu hospitalier. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Source :

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

TAUX DE GROSSESSES, POUR 1 000 FEMMES

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre total de grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Le nombre total de grossesses est égal à la somme des naissances vivantes, des pertes fœtales et des avortements provoqués. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Le numérateur utilisé dans le calcul des taux est le nombre total d'événements (nombre de grossesses, de naissances vivantes, d'avortements provoqués ou de pertes fœtales) survenus sur la population de femmes de 15 à 49 ans.

Les pertes fœtales regroupent les cas de mortinaissance tirés de la Base de données sur les mortinaissances et les cas d'avortements spontanés, illégaux et les cas d'avortements non précisés tirés de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Source :

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

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les avortements thérapeutiques.

INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

L'indice synthétique de fécondité est une estimation du nombre moyen de naissances vivantes qu'une femme peut s'attendre à avoir au cours de sa vie, selon les taux de fécondité par âge (TFA) d'une année donnée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est égal à la somme des taux de fécondité par année d'âge. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Une naissance vivante correspond à l'expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou 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.

Source :

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

[ÂGE MOYEN DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT, PAR NAISSANCE](#)

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Âge moyen de la mère à l'accouchement par naissance vivante.

Pour calculer l'âge moyen de la mère, pour le Canada, une province ou un territoire, on additionne les âges des mères au moment de leur dernier anniversaire précédant l'accouchement et on divise la somme par le nombre total de naissances vivantes dans la province ou le territoire concerné. Pour estimer l'âge moyen au point milieu de l'année, une statistique souvent utilisée dans les analyses, on ajoute 0,5 à l'âge moyen dans ce tableau. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Une naissance vivante correspond à l'expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou 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.

Source :

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

[PROPORTION DE LA POPULATION DE 0 À 4 ANS, PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de la population âgée de 0 à 4 ans par rapport à la population totale de la province.

Source :

Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques.

> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> PRÉNATAL

PROPORTION DE FEMMES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN 6 FOIS OU PLUS DURANT LA GROSSESSE, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de femmes ayant consulté au minimum 6 fois un médecin pour un suivi durant leur grossesse. Cet indicateur mesure le nombre de visites de suivi durant la grossesse.

Les recommandations de l'Institut national de la santé publique aussi bien que celles de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Canada indiquent qu'il devrait y avoir 11 à 12 visites de suivi durant la grossesse. La majorité des femmes de la cohorte ont eu de 10 à 15 visites au médecin durant leur grossesse. Les données sont disponibles dans le tableau suivant. Les données sont exprimées en pourcentage. Pour les données groupées de la province, ce sont 79 % des femmes qui ont 10 visites ou plus.

Source :

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

TAUX DE SAGES-FEMMES, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de sages-femmes pratiquant en maison des naissances dans la région pour 1 000 naissances vivantes.

Sont exclues les sages-femmes retraitées et les enseignantes.

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.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ).

TAUX D'HOSPITALISATIONS ANTÉNATALES, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'hospitalisations anténatales des femmes de la région pour 1 000 naissances vivantes. Cet indicateur mesure le nombre de femmes enceintes qui ont nécessité des soins hospitaliers au cours de leur grossesse. Les résultats sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

> ACCOUCHEMENT

COÛT MOYEN PAR NAISSANCE DES SERVICES HOSPITALIERS ASSOCIÉS À L'ACCOUCHEMENT, EN \$

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Coût ajusté moyen des services hospitaliers associés à l'accouchement dans les centres hospitaliers de soins de courte durée de la région par naissance. Les résultats sont présentés selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence. Ce coût est ajusté à partir de l'indice d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour chaque hospitalisation.

Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) comme son nom l'indique, se veut une mesure de volume des ressources utilisées pour un patient ou un groupe de patients. Il est important de souligner qu'il ne mesure pas la sévérité d'un cas.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

COÛT MOYEN PAR NAISSANCE DES SERVICES HOSPITALIERS ASSOCIÉS AUX NOUVEAUX-NÉS, EN \$

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Coût ajusté moyen des services hospitaliers associés aux nouveaux-nés ayant un poids à la naissance d'au moins 2 500g et qui ne présentent pas de complications dans les centres hospitaliers de soins de courte durée de la région par naissance. Les résultats sont présentés selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence. Ce coût est ajusté à partir de l'indice d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour chaque hospitalisation.

Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) comme son nom l'indique, se veut une mesure de volume des ressources utilisées pour un patient ou un groupe de patients. Il est important de souligner qu'il ne mesure pas la sévérité d'un cas.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

COÛT MOYEN PAR NAISSANCE DES SERVICES HOSPITALIERS ASSOCIÉS AUX NOUVEAUX-NÉS AVEC COMPLICATIONS, EN MILLIERS DE \$

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Coût ajusté moyen des services hospitaliers associés aux nouveaux-nés avec des complications dans les centres hospitaliers de soins de courte durée de la région par naissance. Les résultats sont présentés selon la région de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu plutôt que selon la région de résidence. Ce coût est ajusté à partir de l'indice d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour chaque hospitalisation.

Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) comme son nom l'indique, se veut une mesure de volume des ressources utilisées pour un patient ou un groupe de patients. Il est important de souligner qu'il ne mesure pas la sévérité d'un cas.

À titre d'exemple, les complications associées aux nouveaux-nés sont les nouveaux-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 2499 g, ceux présentant un syndrome de détresse respiratoire, des anomalies congénitales majeures ou des infections congénitales ou périnatales, les nouveaux-nés ayant subi des opérations majeures ou opérations cardiovasculaires majeures, ceux ayant été transféré durant moins de 5 jours, après avoir été hospitalisé à la naissance ou tout autre affection significative.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

TAUX DE LITS EN SOINS SPÉCIALISÉS POUR LES NOUVEAUX-NÉS, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de lits autorisés au permis en soins spécialisés pour les nouveaux-nés dans les hôpitaux de la région pour 1 000 naissances vivantes. Les lits au permis sont ceux qui ont été autorisés et qui apparaissent au permis d'exploitation de l'établissement. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

Les soins spécialisés pour les nouveaux-nés regroupe les activités de soins de niveau tertiaire offerts aux nouveau-nés dans des unités spécialisées de néonatalogie.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

TAUX D'HEURES TRAVAILLÉES (ETC) POUR LE BLOC OBSTÉTRICAL, LA MATERNITÉ ET LES SOINS GÉNÉRAUX AUX NOUVEAUX-NÉS, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombres d'heures travaillées en équivalent temps complet (ETC) pour le bloc obstétrical, la maternité et les soins généraux aux nouveaux-nés dans la région pour 1 000 naissances vivantes. Cet indicateur apprécie la disponibilité de la main d'œuvre globale du centre de soins - natalité dans les centres hospitaliers de la région. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

Le nombre d'heures calculé en équivalent temps complet (ETC) est basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Il est calculé par titre d'emploi et il est égal au quotient des heures travaillées ou payées par le nombre d'heures régulières de travail d'un employé à temps complet régulier dans ce titre d'emploi.

Cela comprend les soins offerts aux usagers hospitalisés avant, pendant et après l'accouchement ou l'avortement thérapeutique, les soins offerts aux usagers lors de grossesse à risque, les soins primaires et intermédiaires offerts aux nouveau-nés (à l'exclusion de la néonatalogie), de même que les soins offerts aux usagers externes pour d'autres interventions de nature obstétricale. Cela inclus la réception des usagers, la surveillance et contrôle de l'évolution des cas, l'application de la médication, l'assistance aux médecins, les prélèvements, les traitements autorisés et prescrits, les soins aux nouveau-nés, l'assistance morale et physique à l'usager, tout autre soin de chevet, les activités relatives à la distribution des repas, l'alimentation des nouveau-nés incluant la préparation des aliments, l'hygiène et confort des usagers, le support à l'allaitement maternel, l'enseignement et information à la mère et à la famille, la référence aux ressources communautaires, la références légales et civiles (RAMQ, SAAQ, Registre civil), la planification du départ, l'accompagnement paramédical lors de transport entre établissements, la constitution et la tenue à jour des dossiers, le déplacement interne des usagers et le secrétariat.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapports financiers annuels des établissements publics (AS-471).

TAUX D'ACCOUchements RÉALISÉS PAR DES SAGES-FEMMES EN MAISON DE NAISSANCES, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'accouchements réalisés par des sages-femmes en maisons de naissances dans la région pour 1 000 naissances vivantes.

Cet indicateur regroupe les activités de soins et de services requis par les familles ayant recours à une sage-femme pendant une grossesse, lors d'un accouchement et durant la période postnatale.

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.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapports financiers annuels des établissements publics (AS-471).

TAUX DE RÉTENTION DES ACCOUCHEMENTS POUR LES FEMMES DE LA RÉGION, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion du nombre de services médicaux pour l'accouchement qui sont réalisées dans la région auprès des résidentes de la région par rapport au nombre de services médicaux pour l'accouchement reçus par les femmes de la région peu importe le lieu de l'accouchement (dans et hors région) au cours de l'année à l'étude.

Le taux de rétention 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 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 valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

POTENTIEL D'AUTO-SUFFISANCE DES ACCOUCHEMENTS POUR LES FEMMES DE LA RÉGION, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion du nombre de services médicaux pour l'accouchement produits dans la région par rapport au nombre de services médicaux pour l'accouchement utilisés par les femmes de la région au cours de l'année à l'étude.

Le potentiel d'auto-suffisance décrit la capacité d'une région à offrir l'ensemble des services à sa population de son territoire. Il mesure la capacité d'une région à être autosuffisante dans sa production de service. Un territoire est autosuffisant lorsque la production de services dans le territoire telle que mesurée par le nombre de médecins ETP est égale ou supérieure à la consommation des services en ETP par la population qui habite dans ce territoire. Un indice inférieur à 100 traduit une situation de dépendance. Un indice supérieur à 100 traduit l'étendue supraterritoriale du bassin de desserte des médecins d'un territoire.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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 MOYENNE DE SÉJOUR POUR UN ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'une femme passe en moyenne dans un centre hospitalier de soins de courte durée pour un accouchement par césarienne. La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

[TAUX DE CONGÉ MATERNEL PRÉCOCE DE L'HÔPITAL APRÈS UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de femmes qui ont obtenu un congé précoce de l'hôpital (dans la journée suivant un accouchement par voie vaginale), par rapport au nombre total de femmes qui obtiennent leur congé de l'hôpital après un accouchement par voie vaginale au cours de l'année à l'étude. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

La durée appropriée du séjour à l'hôpital pour un accouchement suscite la controverse depuis des décennies. De nombreux facteurs autres que l'état de santé de la mère ont une incidence sur la durée du séjour, y compris les politiques sur les soins de santé et les ressources qui y sont affectées, les caractéristiques du système de prestation des soins de santé, la disponibilité des services de suivi dans la collectivité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère

La recherche a porté avant tout sur l'effet que le congé obstétrique précoce a sur les répercussions maternelles et néonatales comme la durée de l'allaitement maternel, la réadmission de la mère et du nourrisson, ainsi que la morbidité et la mortalité chez le nourrisson. Il se peut qu'un bref séjour après l'accouchement ne laisse pas suffisamment de temps aux mères pour qu'on les aide avec l'allaitement maternel. Les femmes qui quittent l'hôpital avant la fin du séjour normal recommandé risquent un peu plus de mettre fin plus tôt à l'allaitement maternel. Toutefois, comme les données qui s'accumulent indiquent que le congé précoce cause peu de préjudice pour la santé de la mère en bonne santé, on observe une tendance à la réduction de la durée du séjour à l'hôpital dans le monde entier.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

[TAUX DE CONGÉ MATERNEL PRÉCOCE DE L'HÔPITAL APRÈS UN ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de femmes qui ont obtenu un congé précoce de l'hôpital (dans les deux jours suivant un accouchement par césarienne), par rapport au nombre total de femmes qui obtiennent leur congé de l'hôpital après un accouchement par césarienne au cours de l'année à l'étude. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

La durée appropriée du séjour à l'hôpital pour un accouchement suscite la controverse depuis des décennies. De nombreux facteurs autres que l'état de santé de la mère ont une incidence sur la durée du séjour, y compris les politiques sur les soins de santé et les ressources qui y sont affectées, les caractéristiques du système de prestation des soins de santé, la disponibilité des services de suivi dans la collectivité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère.

La recherche a porté avant tout sur l'effet que le congé obstétrique précoce a sur les répercussions maternelles et néonatales comme la durée de l'allaitement maternel, la réadmission de la mère et du nourrisson, ainsi que la morbidité et la mortalité chez le nourrisson. Il se peut qu'un bref séjour après l'accouchement ne laisse pas suffisamment de temps aux mères pour qu'on les aide avec l'allaitement maternel. Les femmes qui quittent l'hôpital avant la fin du séjour normal recommandé risquent un peu plus de mettre fin plus tôt à l'allaitement maternel. Toutefois, comme les données qui s'accumulent indiquent que le congé précoce cause peu de préjudice pour la santé de la mère en bonne santé, on observe une tendance à la réduction de la durée du séjour à l'hôpital dans le monde entier.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS (PAR FORCEPS ET/OU PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE)
PARMI LES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des accouchements vaginaux assistés par forceps ou par ventouse obstétricale ou une combinaison des deux techniques survenus dans un hôpital de soins de courte durée parmi le total des accouchements vaginaux. Les taux sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les accouchements survenus dans un établissement autres que de soins de courte durée, les mortinaissances et les interventions d'avortement.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de femmes accouchant par césarienne dans un centre hospitalier de soins de courte durée par rapport au nombre total d'accouchements (naissances vivantes et mortinaissances). Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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).

Bien que l'OMS, selon les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux (OMS, 2006), ait recommandé que les taux ne dépassent pas 10% à 15% depuis 1985, les preuves empiriques à l'appui d'un pourcentage optimum ou d'un champ de pourcentages n'existent toujours pas, malgré un corps de recherche croissant qui démontre les effets négatifs de taux de césarienne élevé. Le débat sur le nombre 'correct' de césariennes découle d'une crainte que l'utilisation de cibles pourrait avoir le résultat indésirable de justifier les procédures inutiles. La limite la plus élevée n'est pas une cible à atteindre, mais plutôt un point de repère à ne pas dépasser. Il faut noter que 15% est maintenant plus faible que le niveau rencontré dans la plupart des pays développés et aussi dans beaucoup de zones urbaines dans les pays moins développés.

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)

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

[TAUX D'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE DANS LES ACCOUCHEMENTS VAGINAUX, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'accouchements vaginaux survenus dans un établissement de soins de courte durée pour lesquels on a utilisé l'anesthésie péridurale, exprimé en pourcentage de tous les accouchements vaginaux dans un établissement de soins de courte durée. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les accouchements survenus dans un établissement autres que de soins de courte durée, les mortinaissances et les interventions d'avortement.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP); Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

[TAUX DE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance se situe entre 500 et 2 499 grammes inclusivement dans un établissement de soins de courte durée, exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes dont le poids à la naissance est égal ou supérieur à 500 grammes dans un établissement de soins de courte durée. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence des patientes et non de l'établissement où l'hospitalisation a eu lieu.

Sont exclus du calcul les naissances de poids inférieurs à 500 grammes, les naissances survenues dans un établissement autres que de soins de courte durée ainsi que les codes d'avortement.

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. 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.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients (BDGP); Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

PROPORTION DES NAISSANCES DE POIDS ÉLEVÉ, EN %

Année : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de naissances vivantes, dont le poids à la naissance est connu, pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est de 4 500 grammes ou plus.

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.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 3 ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

TAUX AGRÉGÉ DE MORBIDITÉS NÉONATALES SECONDAIRES À UN SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE OU UNE SEPTICÉMIE NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2001-2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de nouveau-nés atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois de leur vie (syndrome de détresse respiratoire, septicémie néonatale) pour 1 000 naissances au cours de l'année à l'étude.

Les affections néonatales graves sont définies à partir de l'ensemble des diagnostics. Pour un séjour hospitalier donné, il existe un diagnostic principal et 15 diagnostics secondaires codés selon la CIM-9 (MSSS, 2000). Les affections néonatales graves retenues sont (Santé Canada, 2003) : syndrome de détresse respiratoire : CIM-9 = 769; septicémie néonatale : CIM-9 = 771.4 ou 771.8. Les taux de syndrome de détresse respiratoire (SDR) et de septicémie ont été calculés à partir de données sur l'hospitalisation. Les cas retenus ne comprennent que les nourrissons dont l'affection a été diagnostiquée lors du séjour hospitalier suivant la naissance (Santé Canada,

2003). Les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes sont exclus du calcul (Santé Canada, 2003) ainsi que les hospitalisations ayant eu lieu à l'extérieur du Québec.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans ayant comme référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

PROPORTION DE NAISSANCES AYANT UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE, EN %

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de naissances vivantes simples de poids insuffisant pour l'âge gestationnel, par rapport au total des naissances vivantes simples dont le poids et l'âge gestationnel sont connus, au cours de l'année à l'étude.

La proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine, appelée également taux d'hypotrophie néonatale, désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total des naissances vivantes (Santé Canada, 2003). En santé publique, le seuil du 10e centile est généralement retenu pour le retard de croissance intra-utérine. Cette notion s'appuie sur des courbes de croissance in-utéro. À partir de ces courbes, on établit une frontière qui délimite une croissance normale d'une croissance retardée. Exprimée en centile du poids de naissance selon l'âge gestationnel, le sexe et le type de naissance (simple), la croissance fœtale peut être classée en trois catégories selon les normes canadiennes de poids de naissance les plus récentes : poids insuffisant pour l'âge gestationnel (inférieur au 10e centile), poids approprié pour l'âge gestationnel (du 10e au 90e centile) et poids élevé pour l'âge gestationnel (supérieur au 90e centile).

Le calcul de l'indicateur ne s'applique qu'aux naissances vivantes simples dont l'âge gestationnel se situe entre 22 et 43 semaines. On ne tient pas compte des accouchements multiples parce que le profil de croissance intra-utérine des naissances vivantes multiples est différent (Santé Canada, 2003).

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou 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 (OMS, 1993).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se basant sur les années financières se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

PROPORTION DES NAISSANCES PRÉMATURÉES (MOINS DE 37 SEMAINES DE GESTATION), EN %

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues, par rapport au total des naissances vivantes dont l'âge gestationnel est connu, durant la même période.

Les naissances avant terme, c'est-à-dire de moins de 37 semaines entières de gestation sont considérées prématurées (OMS, 1990).

L'augmentation de la proportion de naissances prématurées pourrait s'expliquer en partie par le recours aux interventions chirurgicales, les changements dans la fréquence et l'âge gestationnel des naissances multiples, l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) parmi les naissances vivantes et l'utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel.

Une durée de gestation trop courte résulte souvent en une naissance de faible poids. 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 (Wilkins et al., 1991).

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme étant une expulsion ou 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 (OMS, 1993).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE, POUR 1 000 NAISSANCES

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès périnataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes durant la même période.

La mortalité périnatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 7 jours (de 0 à 6 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.

La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est 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 (OMS, 1993). Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999, et selon la CIM-10 depuis 2000. Les causes de mortalité infantile retenues sont : anomalies congénitales : CIM-9 = 740-759; CIM-10 = Q00-Q99; courte gestation et faible poids : CIM-9 = 765; CIM-10 = P07; détresse respiratoire : CIM-9 = 769; CIM-10 = P22; autres affections périnatales : CIM-9 = 760-764, 766, 770-779; CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96; mort soudaine du nourrisson : CIM-9 = 798.0; CIM-10 = R95.

L'OMS recommande d'exclure du calcul les naissances vivantes et les décès infantiles de moins de 500 grammes (OMS, 1990). Au Québec, 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 (Duchesne, 2005). Avec le temps, il y a une augmentation du nombre d'enregistrements de naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, Statistique Canada calcule donc cet indicateur des deux manières, soit avec et sans les naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, pour permettre la comparabilité sur une longue période (Statistique Canada et ICIS, 2005).

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.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

[TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES](#)

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès néonataux pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes durant la même période.

La mortalité néonatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines (de 0 à 27 jours). La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est 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 (OMS, 1993). Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999, et selon la CIM-10 depuis 2000. Les causes de mortalité infantile retenues sont : anomalies congénitales : CIM-9 = 740-759; CIM-10 = Q00-Q99; courte gestation et faible poids : CIM-9 = 765; CIM-10 = P07; détresse respiratoire : CIM-9 = 769; CIM-10 = P22; autres affections périnatales : CIM-9 = 760-764, 766, 770-779; CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96; mort soudaine du nourrisson : CIM-9 = 798.0; CIM-10 = R95.

L'OMS recommande d'exclure du calcul les naissances vivantes et les décès infantiles de moins de 500 grammes (OMS, 1990). Au Québec, 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 (Duchesne, 2005). Avec le temps, il y a une augmentation du nombre d'enregistrements de naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, Statistique Canada calcule donc cet indicateur des deux manières, soit avec et sans les naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, pour permettre la comparabilité sur une longue période (Statistique Canada et ICIS, 2005).

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.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichiers des décès et des naissances vivantes

[TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES](#)

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes durant la même période.

La mortalité infantile est le décès d'un enfant âgé de moins d'un an (de 0 à 364 jours).

La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est 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 (OMS, 1993). Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999, et selon la CIM-10 depuis 2000. Les causes de mortalité infantile retenues sont : anomalies congénitales : CIM-9 = 740-759; CIM-10 = Q00-Q99; courte gestation et faible poids : CIM-9 = 765; CIM-10 = P07; détresse respiratoire : CIM-9 = 769; CIM-10 = P22; autres affections périnatales : CIM-9 = 760-764, 766, 770-779; CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96; mort soudaine du nourrisson : CIM-9 = 798.0; CIM-10 = R95.

L'OMS recommande d'exclure du calcul les naissances vivantes et les décès infantiles de moins de 500 grammes (OMS, 1990). Au Québec, 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 (Duchesne, 2005). Avec le temps, il y a une augmentation du nombre d'enregistrements de naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, Statistique Canada calcule donc cet indicateur des deux manières, soit avec et sans les naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance, pour permettre la comparabilité sur une longue période (Statistique Canada et ICIS, 2005).

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.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se terminant par l’année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

> 0-5 ANS

COÛT MOYEN DES SERVICES DENTAIRES POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 4 ANS, EN MILLIERS DE \$

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Coût des services dentaires assurés par la RAMQ produits par les dentistes aux enfants de 0 à 4 ans de la région pour 1 000 enfants du même groupe d'âge durant la même période.

Les services dentaires assurés que rendent les dentistes sont les examens et les consultations, la restauration, l'endodontie, la chirurgie et les forfaits, suppléments et autres (par exemple un supplément pour enfant de moins de 6 ans, un supplément pour un déplacement d'urgence en vue de rendre un service dentaire immédiatement requis à domicile ou dans un établissement ou encore des frais compensatoires liés à l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale) Sont exclus les services de prévention.

Source :

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

TAUX D'UTILISATION DES SERVICES DENTAIRES, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 4 ANS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de services dentaires assurés par la RAMQ utilisés par les enfants de 0 à 4 ans de la région pour 1 000 enfants du même groupe d'âge durant la même période.

Les services dentaires assurés que rendent les dentistes sont les examens et les consultations, la restauration, l'endodontie, la chirurgie et les forfaits, suppléments et autres (par exemple un supplément pour enfant de moins de 6 ans, un supplément pour un déplacement d'urgence en vue de rendre un service dentaire immédiatement requis à domicile ou dans un établissement ou encore des frais compensatoires liés à l'utilisation d'une clinique privée d'anesthésie générale) Sont exclus les services de prévention.

Source :

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

PROPORTION DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS RECEVANT EN CSSS LEUR 1ÈRE DOSE DE VACCIN CONTRE LE DCAT-POLIO-HIB À L'INTÉRIEUR DE DEUX SEMAINES DU MOMENT PRÉVU AU CALENDRIER RÉGULIER DU PROTOCOLE D'IMMUNISATION DU QUÉBEC (PIQ), EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans pour lequel le calendrier de vaccination est respecté; soit les enfants ayant reçu leur premier vaccin contre le DCaT-Polio-Hib à l'âge de 2 mois. Pour être considéré dans les délais, l'enfant doit recevoir la 1^{re} dose de vaccin à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en CLSC (CSSS avec missions CLSC).

Le calcul se fait en divisant le nombre d'enfants ayant reçu leur premier vaccin contre le DCaT-Polio-Hib au CLSC dont l'âge à l'administration du vaccin est de 75 jours ou moins par le nombre d'enfants ayant reçu la première dose prévue au calendrier du vaccin DCaT-Polio-Hib de la série (Pentacel/Pentacel) au CLSC.

Sont exclus du calcul les cas où il y a au moins une vaccination précédente (au premier vaccin Pentacel ou Pediacel) administrée par le CLSC ou un autre organisme vaccinateur qui rencontre les critères suivants : Numéro du produit immunisant :124 Pentacel; 174 Pediacel; 63 Penta; 159 Infanrix; 160 Infanrix-Penta; 163 Infanrix-Hexa; 164 Pediarix; 167 Pentavac; 200 Hexavalent; 203 DCT –Polio –Hib NS.

Au cours des dix dernières années, conformément aux objectifs du Programme national de santé publique (PNSP), de nouveaux vaccins ont été intégrés dans le calendrier régulier d'immunisation au Québec. Le MSSS finance les coûts d'acquisition de ces nouveaux produits et soutient en partie les frais reliés à l'administration et la gestion de ceux-ci. La mise en place des présents indicateurs en vaccination a permis de mesurer les retards vaccinaux à l'échelle des CLSC de façon périodique. Les données recueillies indiquent que, dans certains cas, l'enfant reçoit le vaccin avec un délai plus grand que celui prévu au PIQ. Ces retards représentent un manque de protection pour une portion non négligeable d'une population vulnérable à des maladies sérieuses évitables. Les CSSS mission CLSC ont été avisés par les directions de santé publique de l'importance de réduire ces délais.

Les données fournies s'appliquent uniquement à la vaccination réalisée en CSSS mission CLSC. Au Québec, environ 60 % de la vaccination se fait dans ces établissements, la proportion restante étant faite par des vaccinateurs privés. Ces données ne permettent pas de documenter les raisons des retards à l'administration des vaccins alors que plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces situations.

À noter que pour les années antérieures, pour être considéré dans les délais, l'enfant devait recevoir la 1^{re} dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et l'âge à l'administration du vaccin était de 68 jours ou moins pour le calcul de l'indicateur.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

[PROPORTION DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS RECEVANT EN CSSS LEUR 1ÈRE DOSE DE VACCIN CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C À L'INTÉRIEUR DE DEUX SEMAINES DU MOMENT PRÉVU AU CALENDRIER RÉGULIER DU PROTOCOLE D'IMMUNISATION DU QUÉBEC \(PIQ\), EN %](#)

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage d'enfants de 0 à 5 ans pour lequel le calendrier de vaccination est respecté; soit les enfants ayant reçu la dose du vaccin contre le méningocoque de séro groupe C à 1 an. Pour être considéré dans les délais, l'enfant doit recevoir la 1^{re} dose de vaccin à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en CLSC (CSSS missions CLSC).

Le calcul sur fait en divisant le nombre d'enfants ayant reçu leur premier vaccin conjugué contre le méningocoque au CLSC dont l'âge à l'administration du vaccin est de 379 jours ou moins par le nombre d'enfants ayant reçu leur premier vaccin conjugué contre le méningocoque au CLSC.

Sont exclus du calcul les cas où il y a au moins une vaccination précédente, administrée par le CLSC ou un autre organisme vaccinateur, qui rencontre les critères suivants : Numéro du produit immunisant : 149 Menjugate; 152 Neis-Vac-C; 161 Méningitec; 185 Menveo.

Au cours des dix dernières années, conformément aux objectifs du Programme national de santé publique (PNSP), de nouveaux vaccins ont été intégrés dans le calendrier régulier d'Immunisation au Québec. Le MSSS finance les coûts d'acquisition de ces nouveaux produits et soutient en partie les frais reliés à l'administration et la gestion de ceux-ci. La mise en place des présents indicateurs en vaccination a permis de mesurer les retards vaccinaux à l'échelle des CLSC de façon périodique. Les données recueillies indiquent que, dans certains cas, l'enfant reçoit le vaccin avec un délai plus grand que celui prévu au PIQ. Ces retards représentent un manque de protection pour une portion non négligeable d'une population vulnérable à des maladies sérieuses évitables. Les CSSS mission CLSC ont été avisés par les directions de santé publique de l'importance de réduire ces délais.

Les données fournies s'appliquent uniquement à la vaccination réalisée en CSSS mission CLSC. Au Québec, environ 60 % de la vaccination se fait dans ces établissements, la proportion restante étant faite par des vaccinateurs privés. Ces données ne permettent pas de documenter les raisons des retards à l'administration des vaccins alors que plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces situations.

À noter que pour les années antérieures, pour être considéré dans les délais, l'enfant devait recevoir la 1^{re} dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et l'âge à l'administration du vaccin était de 372 jours ou moins pour le calcul de l'indicateur.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

[TAUX DE PÉDIATRES \(ETC\), POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de pédiatres actifs en équivalent temps complet (ETC) pratiquant dans la région pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de la région.

Le nombre de pédiatres actifs calculé en équivalent temps complet (ETC) est basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Il est calculé par titre d'emploi et il est égal au quotient des heures travaillées ou payées par le nombre d'heures régulières de travail d'un employé à temps complet régulier dans ce titre d'emploi.

Un pédiatre est un médecin spécialiste qui se consacre à la santé des enfants, à leur croissance, à leur développement et aux multiples pathologies qui les touchent.

Source :

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

[TAUX DE LITS DE COURTE DURÉE EN PÉDIATRIE \(SANTÉ PHYSIQUE\), POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de lits dressés (occupés ou non) en pédiatrie (soins de santé physique) qui sont utilisables immédiatement pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de la région. Les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

La pédiatrie est la spécialité médicale qui se consacre à la santé des enfants, à leur croissance, à leur développement et aux multiples pathologies qui les touchent.

Note : La mesure n'est pas standardisée d'un établissement à l'autre à cause de la variable des lits dressés.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

[TAUX DE LITS DE COURTE DURÉE EN PÉDOPSYCHIATRIE, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de lits dressés (occupés ou non) en pédopsychiatrie qui sont utilisables immédiatement pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de la région. Les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

La pédopsychiatrie est une branche de la psychiatrie consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement des maladies mentales chez l'enfant et l'adolescent.

Note : La mesure n'est pas standardisée d'un établissement à l'autre à cause de la variable des lits dressés.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

[TAUX DES HOSPITALISATIONS EN SOINS DE COURTE DURÉE \(SANTÉ PHYSIQUE\), POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 1 AN](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'hospitalisations pour des soins physiques de courte durée de la région pour 1 000 enfants de 0 à 1 ans. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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).

[TAUX DES HOSPITALISATIONS EN SOINS DE COURTE DURÉE \(SANTÉ PHYSIQUE\), POUR 1 000 ENFANTS DE 1 À 5 ANS](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'hospitalisations pour des soins physiques de courte durée de la région pour 1 000 enfants de 1 à 5 ans. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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).

[TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de chirurgies d'un jour effectuées dans la région pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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).

TAUX DE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de chirurgies avec hospitalisation effectuées dans la région chez les enfants de 0 à 5 ans pour 1 000 enfants du même groupe d'âge. Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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).

TAUX D'USAGERS BÉNÉFICIAIRE DES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE EN PHASE POSTOPÉRATOIRE EN CSSS, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'usagers de 0 à 5 ans bénéficiant des services de santé physique en phase postopératoire (programme Services généraux) en CSSS (mission CLSC) de la région pour 1 000 enfants du même groupe d'âge durant la même période.

Les services de santé physique en phase postopératoire (programme Services généraux) sont des services rendus après une intervention chirurgicale pendant une période de convalescence ne dépassant généralement pas 90 jours.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

TAUX DE RÉTENTION DES SERVICES HOSPITALIERS POUR LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion du nombre d'hospitalisation de courte durée chez les enfants de 0 à 5 ans de la région ayant été traités dans leur région de résidence par rapport au nombre d'hospitalisations de courte durée chez les enfants du même groupe d'âge de la région peu importe le lieu de l'hospitalisation (dans et hors région) au cours de l'année à l'étude.

Le taux de rétention 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 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 valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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).

[POTENTIEL D'AUTO-SUFFISANCE DES SERVICES HOSPITALIERS POUR LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion du nombre d'hospitalisations de courte durée dans la région chez les enfants de 0 à 5 ans indépendamment de leur provenance sur le nombre d'hospitalisations de courte durée chez les enfants du même groupe d'âge de la région au cours de l'année à l'étude.

Le potentiel d'auto-suffisance décrit la capacité d'une région à offrir l'ensemble des services hospitaliers à la population de son territoire. Il mesure la capacité d'une région à être autosuffisante dans sa production de services hospitaliers. Un territoire est autosuffisant lorsque la production de services dans le territoire telle que mesurée par le nombre d'hospitalisations est égale ou supérieure au nombre d'hospitalisations de la population qui habite dans cette région. Un indice inférieur à 100 traduit une situation de dépendance. Un indice supérieur à 100 traduit l'étendue suprateritoriale du bassin de desserte des pédiatres d'une région.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

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 MOYENNE DE SÉJOUR DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS HOSPITALISÉS POUR MALADIES ET TROUBLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un enfant de 0 à 5 ans passe en moyenne à l'hôpital pour un diagnostic principal de maladies et troubles de l'appareil respiratoire. La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année. Les séjours sont calculés selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

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 MOYENNE DE SÉJOUR DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS HOSPITALISÉS POUR MALADIES ET TROUBLES DE L'OREILLE, DU NEZ, DE LA BOUCHE, DE LA GORGE ET DES OS CRANIO-FACIAUX, EN JOURS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'un enfant de 0 à 5 ans passe en moyenne à l'hôpital pour un diagnostic principal de maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche, de la gorge et des os cranio-faciaux.

La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date d'admission dans un établissement de soins de courte durée) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année. Les séjours sont calculés selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

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).

NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE PAR SEMAINE RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME SIPPE DES CSSS, POUR 1 000 ENFANT DE 0 À 4 ANS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de visites moyennes à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE au cours de l'année de référence pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans.

Les femmes suivies dans les SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance) au cours de l'année de référence incluent celles ayant accouché dans l'année de référence et lors d'années antérieures. Les visites à domicile s'échelonnent sur une période de 5 ans et demi, dès la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint 5 ans.

Ces services s'adressent aux familles sans revenu ou vivant avec un faible revenu. Le CLSC intervient le plus tôt possible auprès des jeunes familles afin d'améliorer leurs conditions de vie et de favoriser un meilleur développement des jeunes enfants. La clientèle admissible sont : les femmes enceintes et les mères et les familles avec un ou des enfants âgés de 0 à 5 ans. De plus, la femme doit être âgée de moins de 20 ans ou être âgée de 20 ans ou plus mais ne pas avoir terminé ses études secondaires et vivre sous le seuil de faible revenu ou avoir immigré au Québec depuis moins de 5 ans.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

TAUX D'ENFANTS INSCRITS DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 4 ANS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'enfants de 0 à 4 ans ayant reçu des services dans un centre de réadaptation pour 1 000 enfants du même groupe d'âge de la région. Cet indicateur apprécie la capacité d'adaptation aux besoins des enfants de 0 à 4 ans présentant une déficience physique de la région.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique (AS-484).

TAUX D'USAGERS DES SERVICES DU PROGRAMME-SERVICE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DES CSSS, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'usagers de 0 à 5 ans du programme-service Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) des CSSS (mission CLSC) pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de la région.

Le programme « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement » regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance. Les services de ce programme permettent de réduire l'impact de la déficience, de compenser les incapacités et de soutenir l'intégration sociale.

Plus spécifiquement, les services visent à : garantir l'accès des personnes présentant une déficience intellectuelle aux services destinés à l'ensemble de la population; soutenir la famille et les proches; développer les capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle; assurer l'intégration socioprofessionnelle et résidentielle des personnes présentant une déficience intellectuelle. Ce programme comprend aussi les services offerts aux personnes qui présentent un trouble envahissant du développement (TED).

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

TAUX D'USAGERS DES SERVICES D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE (ICI) DE TYPE ABA*, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2007-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'enfants de moins de 6 ans présentant un trouble envahissant du développement (TED) et recevant des services structurés d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA (Approche Behaviorale Appliquée) ou similaire à l'ABA pour 1 000 enfants du même groupe d'âge.

Seuls les enfants dont le dossier comporte un diagnostic médical TED sont comptés. Ces enfants, et ceux présentant d'autres diagnostics associés (déficience intellectuelle ou autres), sont inclus s'ils reçoivent un service tel que décrit précédemment. Les enfants chez qui un TED est présumé mais qui n'ont pas reçu un diagnostic médical de TED sont exclus. Les enfants recevant des services selon une approche qui n'est pas de l'ICI (ABA ou similaire à l'ABA) ne sont pas comptés. Un enfant ne doit être compté qu'une seule fois.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

NOMBRE MOYEN D'HEURES HEBDOMADAIRES D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE (ICI), PAR ENFANT DE 0 À 5 ANS

Année : 2007-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre moyen d'heures hebdomadaires reçues pour les services structurés d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA (Approche Behaviorale Appliquée) par enfants de moins de 6 ans présentant un trouble envahissant du développement (TED avec ou sans diagnostic associé) de la région.

Le calcul de l'indicateur se fait en divisant la somme des heures de services (ICI) offerts par semaine aux enfants de moins de 6 ans depuis le début de l'année et ce jusqu'à la date de fin de la période de transmission par la somme du nombre de semaines durant lesquelles les enfants de moins de 6 ans reçoivent des services d'ICI du début de l'année et ce jusqu'à la date de fin de la période de transmission.

La cible prévoit un nombre minimum d'heures hebdomadaires en ICI de 20 heures/semaine d'ICI par enfant ou l'équivalent de 1 000 heures par année par enfant.

Sont retenus les heures de services ICI aux enfants de moins de 6 ans dont le dossier comporte un diagnostic médical TED. Ces enfants et ceux qui présentent d'autres diagnostics associés

(déficience intellectuelle ou autres) sont inclus s'ils reçoivent un service tel que décrit précédemment. De plus seules les heures de présence d'un intervenant auprès de l'enfant ou auprès de la famille doivent être prises en compte. Le temps consacré à la préparation du matériel, au transport, à la formation, à la consultation clinique, à la gestion ou à d'autres services indirects est exclu. Les enfants chez qui un TED est présumé, mais qui n'ont pas reçu un diagnostic médical de TED sont exclus.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

TAUX D'ENFANTS HÉBERGÉS PAR LES CENTRES JEUNESSE, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans hébergés par les centres jeunesse de la région pour 1 000 enfants du même groupe d'âge dans la région.

L'établissement indique le nombre d'usagers différents hébergés dans SES ressources durant l'année. Le même usager est compté seulement une fois. Les usagers visés ici sont ceux identifiés aux centres d'activités « 5500 – Unités de vie pour jeunes », « 5510 – Ressources intermédiaires », « 5520 – Ressources de type familial – Familles d'accueil », « 5540 – Autres ressources non institutionnelles d'hébergement » et « 6980 – Foyers de groupe » au Manuel de gestion financière, chapitre 4, section « Centres jeunesse ». Toutefois, l'établissement doit exclure les données se rapportant aux usagers qui n'ont pas occupé une place dans les ressources de l'établissement durant l'année.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres jeunesse - Général (AS-480).

TAUX D'USAGERS DES SERVICES DU PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ DES CSSS, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 5 ANS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'usagers de 0 à 5 ans bénéficiant du programme-services Jeunes en difficulté des CSSS (mission CLSC) pour 1 000 enfants du même groupe d'âge de la région.

Le programme-services Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide,

etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes qui sont concernés.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

[NOMBRE MOYEN DE JOURS-PRÉSENCE PAR ENFANT DE 0 À 5 ANS PLACÉ PAR LES CENTRES JEUNESSES](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours-présence moyen par enfants de 0 à 5 ans placés par les centres jeunesse de la région sur le nombre d'enfants placés du même groupe d'âge.

Dans le cas des unités de vie et des foyers de groupe, le jour-présence est la période de temps pendant laquelle l'utilisateur est présent dans un type de milieu. Un jour-présence s'étend de minuit à minuit. Lorsque l'utilisateur quitte la ressource de façon temporaire (exemple, pour un congé de fin de semaine), le cumul des jours-présence doit se faire selon la règle concernant l'admission et la sortie d'un usager. Par conséquent, le jour de retour dans un type de milieu compte pour un jour-présence alors que le jour de départ n'est pas compté. De plus, lorsqu'un usager est admis et sort le même jour, on compte un jour-présence. Dans le cas des ressources intermédiaires, le jour-présence correspond aux jours rétribués à la ressource selon les rétributions selon l'échelle et selon la rétribution spéciale intitulée « Placement de dépannage, de répit ou de convalescence ». Dans le cas des ressources de type familial, le jour-présence correspond à la somme des jours rétribués à la ressource à l'égard des rétributions de base et supplémentaires. Dans le cas des autres ressources non institutionnelles, le jour-présence correspond aux jours rétribués à la ressource. L'établissement ventile les jours-présence en fonction de l'âge des usagers. L'âge de l'utilisateur au 1er avril de l'année ou l'âge à l'admission pour les nouveaux usagers servent pour la distribution par groupe d'âge. L'âge n'est pas changé à la date d'anniversaire durant l'année. Les jours-présence incluent ceux à l'égard des places temporaires.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport statistique annuel des centres jeunesse - Général (AS-480).

[NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS DU PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ DES CSSS, PAR USAGER DE 0 À 5 ANS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre moyen d'interventions réalisées auprès des enfants de 0 à 5 ans bénéficiant du programmes-services Jeunes en difficulté des CSSS (mission CLSC) dans la région par rapport aux usagers du même groupe d'âge de ce programme.

Cet indicateur apprécie l'intensité, en termes de fréquence, des services reçus dans la région du programme-services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables. Le programme-services Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes qui sont concernés.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

TAUX DE MORTALITÉ, POUR 100 000 ENFANTS DE 0 À 4 ANS

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès chez les enfants de 0 à 4 ans de la région pour 100 000 enfants du même groupe d'âge.

Les taux de mortalité par âge fournissent un portrait beaucoup plus précis des différences temporelles et géographiques que le permettent des indices synthétiques comme l'espérance de vie, le taux ajusté de mortalité, le taux brut de mortalité ou le taux des années potentielles de vie perdues. Ainsi, deux régions peuvent avoir la même espérance de vie à la naissance et présenter des taux par âge très différents (Brouard, 1990).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Eco-Santé Québec.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information.

TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL STANDARDISÉ POUR UNE DURÉE DE 6 MOIS OU PLUS, EN %

Année : 2005-2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage de bébés ayant reçu du lait maternel pour une durée de 6 mois ou plus (182 jours ou plus) par rapport à l'ensemble des bébés de la région. Les taux d'allaitement sont standardisés selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant c'est-à-dire que ces taux sont ceux que l'on observerait si la répartition des enfants selon l'âge de leur mère était égale à la répartition provinciale pour chacune des régions.

Ce taux d'allaitement total comprend les 3 types d'allaitement suivant :

Allaitement exclusif : requiert que le bébé reçoive du lait maternel (inclut le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait); permet que le bébé reçoive des gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments mais ne permet pas que le bébé reçoive tout autre liquide ou solide.

Allaitement prédominant : requiert que le bébé reçoive du lait maternel (inclut le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait) qui est considéré comme la source prédominante de l'alimentation du bébé avec l'ajout de liquides autres que le lait non humain; permet que le bébé reçoive de l'eau, des boissons à base d'eau et des jus de fruits ainsi que des gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments mais ne permet pas que le bébé reçoive du lait non humain, des solides ou des liquides à base de solides.

Allaitement additionné de compléments : requiert que le bébé reçoive du lait maternel (inclut le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait), des solides ou du lait non humain; permet que le bébé reçoive tout liquide (incluant les laits non humains) ou solide.

Source :

Institut de la statistique du Québec, Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006.

> CARACTÉRISTIQUES DE LA COLLECTIVITÉ ET DU SYSTÈME DE SANTÉ

DÉPENSES POUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RÉGIONAUX (POUR CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ ET FAMILLE) PAR HABITANT, EN \$

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Montant octroyés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux aux organismes communautaires régionaux en lien avec la contraception, l'allaitement, la périnatalité et la famille, par habitant.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, INFO-ORG.COM.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale des services sociaux, Service des activités communautaires, Système SBF-R.

TAUX DE MÉDECINS GYNÉCO-OBSTÉTRICIEN, POUR 100 000 FEMMES DE 15 À 44 ANS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de médecins gynéco-obstétricien dans la région pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans au milieu de la même année.

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 (RAMQ, 2004).

Source :

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier d'inscription des professionnels.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information.

TAUX D'ENFANTS HANDICAPÉS, POUR 1 000 ENFANTS DE 0 À 17 ANS

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'une allocation pour enfant handicapé pour un mois d'une année donnée pour 1 000 enfants de 0 à 17 ans au milieu de la même année. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence de l'enfant.

Dans un grand nombre de cas, l'enfant dont l'état, pendant une période prévisible d'au moins un an, correspond ou est comparable aux cas mentionnés à l'annexe du Règlement sur l'allocation pour enfant handicapé est présumé handicapé. Dans les autres cas, l'importance du handicap de l'enfant est évaluée selon les critères suivants (Assemblée nationale du Québec, 2000; Régie des rentes du Québec, 2000) : les incapacités qui subsistent malgré les facteurs facilitant; les obstacles que l'enfant rencontre dans son milieu et les contraintes que vit son entourage. Depuis le 1er février 2000, il n'est plus nécessaire que le handicap de l'enfant soit permanent : il suffit que l'enfant soit atteint pour une période prévisible d'au moins un an (Drolet et Thibault, 2005).

Source :

Eco-Santé Québec.

Régie des rentes du Québec, Fichier de l'allocation pour enfants handicapés.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information.

TAUX DE GROSSESSE, POUR 1 000 FEMMES DE 14 À 49 ANS

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de grossesses pour 1 000 femmes âgé de 14 à 49 ans dans la région. Les résultats sont présentés en fonction de la région de résidence de la femme.

Le nombre total de grossesses est égal à la somme des naissances vivantes, des mortinaissances, des avortements provoqués et des interruptions volontaires de grossesse.

Les grossesses de femmes de moins de 14 ans sont incluses et rapportées à la population féminine de 14-17 ans (moins de 30 grossesses par année dans la période 1998-2002 et environ 20, dans la période 2003-2007). De même, les grossesses de femmes de 50 ans et plus sont incluses et rapportées à la population féminine âgée de 40-49 ans ou 35-49 ans selon le cas (10 grossesses par année pendant les deux périodes). Le nombre total de grossesses est rapporté à la population féminine de 14-49 ans.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de 5 ans ayant comme référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Institut de la statistique du Québec, Fichiers démographiques.

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

INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

L'indice synthétique de fécondité est une estimation du nombre moyen de naissances vivantes qu'une femme peut s'attendre à avoir au cours de sa vie, selon les taux de fécondité par âge (TFA) d'une année donnée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est égal à la somme des taux de fécondité par année d'âge.

Le calcul de l'ISF se fait en deux étapes. Tout d'abord en calculant les taux annuels moyens de fécondité pas âge (TFA); c'est-à-dire en divisant le nombre de naissances par âge par le nombre d'effectifs féminins du même groupe d'âge puis en divisant le résultat par l'amplitude de la période. Ensuite ces résultats permettent de calculer l'indice synthétique de fécondité (ISF) en multipliant la somme des taux de fécondité par groupe d'âge par l'amplitude des groupes d'âge.

Pour l'ensemble du Québec, il est calculé en faisant la somme des taux de fécondité par année d'âge. Pour les régions, ce sont les taux de fécondité par groupe d'âge quinquennaux qui sont sommés puis multiplié par 5, afin de tenir compte de l'amplitude de la classe d'âge.

Source :

Institut de la statistique du Québec (ISQ).

ÂGE MOYEN DE LA MÈRE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

L'âge moyen de la mère à la naissance correspond à l'âge moyen des mères à la naissance de leurs enfants dans une génération qui connaîtrait, au cours de sa vie féconde, les taux de fécondité par âge observés d'une année donnée.

On le calcule en faisant le produit des taux de fécondité par âge (ensemble du Québec) ou par groupe d'âge (régions) et du point milieu de l'âge ou du groupe d'âge correspondant. Par exemple, le taux à 19 ans sera multiplié par 19,5 alors que le taux des 20-24 ans sera multiplié par 22,5 puis multiplié par 5 afin de tenir compte de l'amplitude de la classe d'âge. Le cumul de ces produits est ensuite divisé par l'indice synthétique de fécondité. Ainsi calculé, l'âge moyen à la maternité ne dépend pas de la structure par âge de la population, ce qui permet des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

Source :

Institut de la statistique du Québec (ISQ).

PROPORTION DE LA POPULATION DE 0 À 4 ANS PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pourcentage des enfants âgées de 0 à 4 ans de la région par rapport à la population totale dans la région.

* Les données pour l'années 2010 sont provisoires.

Source :

Institut de la statistique du Québec (ISQ), Statistique Canada

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR

Geneviève Tremblay

AVEC LA COLLABORATION DE

Félix Dugas

Anne-Marie Labbé

Maxime Ouellet

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.

© 2010 Commissaire à la santé et au bien-être

Le présent document est disponible dans la section « Documents complémentaires » du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

Septembre 2011