

RECUEIL DES SOURCES ET DÉFINITIONS DES INDICATEURS DE MONITORAGE : ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE

AUTOMNE 2011

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
INDICATEURS DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE	7
• Indicateurs internationaux	9
> ADAPTATION	9
> PRODUCTION	15
> ATTEINTE DES BUTS	19
• Indicateurs interprovinciaux	27
> ADAPTATION	27
> PRODUCTION	34
> ATTEINTE DES BUTS	43
• Indicateurs interrégionaux	55
> ADAPTATION	55
> PRODUCTION	72
> MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT.....	92
> ATTEINTE DES BUTS	95
RÉALISATION	113
REMERCIEMENTS	113



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 globale de la performance du Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire sur les indicateurs qui sont suivis de manière continue dans le temps. 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.

Soulignons que le recueil est divisé en sections représentant les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance (l'adaptation, la production, le maintien et développement ainsi que l'atteinte des buts), ce qui reflète bien l'organisation de l'information choisie par le Commissaire (voir la figure ci-dessous). De plus, il est en filiation directe avec le document 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 de services sociaux. Enfin, des recueils de sources et définitions des indicateurs de monitoring relatifs aux thématiques sont aussi disponibles dans le site Internet du Commissaire (www.csbe.gouv.qc.ca).

Figure 1 : Les différents niveaux d'analyse de la performance



LES QUATRE FONCTIONS DU CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

La production

La production se caractérise non seulement en fonction des volumes de soins et services, mais aussi en ce qui a trait à leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité – comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible – en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé.

Le maintien et développement

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, sur les valeurs qui y sont véhiculées et sur la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, réfère à la qualité du fonctionnement des organisations et des systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d'indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

L'atteinte des buts

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

INDICATEURS DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE



• INDICATEURS INTERNATIONAUX



> ADAPTATION

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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.

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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.

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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.

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

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

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

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.

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :
Nombre de médecins généralistes en activité pour 1 000 habitants.

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

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

Sources :
OCDE, *Eco-Santé*.
Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's (BDMS).

* 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 MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de médecins spécialistes en activité pour 1 000 habitants.

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'infirmières en activité pour 1 000 habitants.

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

EFFECTIFS MOYENS PAR LIT EN CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS AIGUS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 LITS DE SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 D'APPAREILS EN TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), POUR 1 000 000 HABITANTS

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Le nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM) pour 1 000 000 d'habitants.

Les tomodensitomètres utilisent les rayons X et la technologie informatisée pour produire des images transversales (souvent nommées des tranches), tant horizontales que verticales, du corps. Un TDM produit des images détaillées de toutes les parties du corps, y compris les os, les muscles, les graisses et les organes. Les TDM font des images plus détaillées que les rayons X généraux (ICIS, 2004).

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

> PRODUCTION

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE, EN %

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

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

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 D'ARTHROPLASTIES DU GENOU, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 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 : 74.0-74.2, 74.4, 74.99).

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

[NOMBRE DE VISITES ANNUELLES CHEZ UN MÉDECIN \(SOINS AMBULATOIRES\), PAR HABITANT](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 POUR LES HOSPITALISATIONS DE SOINS AIGUS, EN JOURS](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données nationale 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 D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS AIGUS EN CENTRES HOSPITALIERS, EN %

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 DE LA POPULATION PRÉSENTANT DE L'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 TABAGISME, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 VIVANTES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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 VIVANTES

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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 AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

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

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Les APVP sont une mesure sommaire de la mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée *a priori* comme évitable. Le calcul des APVP

correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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 AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

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

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

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

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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.

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

Année : 2004

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

OCDE, *Eco-Santé*.

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

* 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



> ADAPTATION

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Dépenses totales de santé par habitant, en dollars courants.

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

* Pour une même année de données, les chiffres pour cet indicateur peuvent varier d'un rapport annuel à l'autre à cause des ajustements rétroactifs effectués par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Source :

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

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars courants.

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

* Pour une même année de données, les chiffres pour cet indicateur peuvent varier d'un rapport annuel à l'autre à cause des ajustements rétroactifs effectués par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

* Pour une même année de données, les chiffres pour cet indicateur peuvent varier d'un rapport annuel à l'autre à cause des ajustements rétroactifs effectués par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Source :

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

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

[TAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS](#)

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

[TAUX D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS](#)

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

NOMBRE D'EXAMENS EN TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen ». Le nombre comprend seulement les examens réalisés avec les appareils qu'on a déclaré utiliser au moins 50 % du temps à des fins cliniques. Les appareils utilisés principalement pour la recherche et ceux dont l'utilisation n'a pas été déclarée sont donc exclus. (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« La tomodensitométrie (TDM) est utilisée pour créer des images en trois dimensions des structures de l'organisme. Les clichés obtenus par radiographie (rayons X) sont d'abord traités par ordinateur pour créer des coupes virtuelles de la région examinée. Ces données sont ensuite transformées en images présentant une coupe transversale des tissus et des organes ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada, 2007*)

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée. Pour une même année de données, les chiffres pour cet indicateur peuvent varier d'un rapport annuel à l'autre à cause des ajustements rétroactifs effectués par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) pour 1 000 habitants.

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen ». Le nombre comprend seulement les examens réalisés avec les appareils qu'on a déclaré utiliser au moins 50 % du temps à des fins cliniques. Les appareils utilisés principalement pour la recherche et ceux dont l'utilisation n'a pas été déclarée sont donc exclus. (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise trois composantes pour créer des images détaillées de l'organisme : des atomes d'hydrogène qui se trouvent dans les tissus, un aimant externe puissant et des ondes radio intermittentes. En présence d'un fort champ magnétique, les atomes s'alignent comme des éclats de fer sur un aimant. Des ondes à fréquence radioélectrique (comparables à celles utilisées dans un four à micro-ondes) viennent gêner cet alignement. Lorsque les atomes retrouvent leur position antérieure, ils émettent l'énergie captée des ondes, ce qui révèle leur environnement moléculaire et leur emplacement. Par exemple, le noyau d'un atome d'hydrogène émettra un signal différent s'il se trouve dans une molécule de graisse ou dans une protéine musculaire. L'IRM peut fournir des images détaillées de tous les tissus de l'organisme à l'exception des os (où les protons sont étroitement liés entre eux et moins susceptibles d'être influencés par un champ magnétique). Les images sont créées à l'aide d'algorithmes semblables à ceux employés en tomographie par ordinateur. Les techniques d'IRM peuvent être améliorées par l'injection d'une substance, comme les chélateurs de gadolinium, de la même façon que les images radiographiques sont rendues plus claires par l'utilisation d'un agent de contraste ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada, 2007*)

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée. Pour une même année de données, les chiffres pour cet indicateur peuvent varier d'un rapport annuel à l'autre à cause des ajustements rétroactifs effectués par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

[TAUX D'APPAREILS EN TOMODENSITOMÉTRIE \(TDM\), POUR 1 000 000 HABITANTS](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'appareils de tomographie par ordinateur (TDM) pour 1 000 000 d'habitants.

« La tomographie par ordinateur (TDM) est utilisée pour créer des images en trois dimensions des structures de l'organisme. Les clichés obtenus par radiographie (rayons X) sont d'abord traités par ordinateur pour créer des coupes virtuelles de la région examinée. Ces données sont ensuite transformées en images présentant

une coupe transversale des tissus et des organes ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada*, 2007)

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

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise trois composantes pour créer des images détaillées de l'organisme : des atomes d'hydrogène qui se trouvent dans les tissus, un aimant externe puissant et des ondes radio intermittentes. En présence d'un fort champ magnétique, les atomes s'alignent comme des éclats de fer sur un aimant. Des ondes à fréquence radioélectrique (comparables à celles utilisées dans un four à micro-ondes) viennent gêner cet alignement. Lorsque les atomes retrouvent leur position antérieure, ils émettent l'énergie captée des ondes, ce qui révèle leur environnement moléculaire et leur emplacement. Par exemple, le noyau d'un atome d'hydrogène émettra un signal différent s'il se trouve dans une molécule de graisse ou dans une protéine musculaire. L'IRM peut fournir des images détaillées de tous les tissus de l'organisme à l'exception des os (où les protons sont étroitement liés entre eux et moins susceptibles d'être influencés par un champ magnétique). Les images sont créées à l'aide d'algorithmes semblables à ceux employés en tomodensitométrie. Les techniques d'IRM peuvent être améliorées par l'injection d'une substance, comme les chélateurs de gadolinium, de la même façon que les images radiographiques sont rendues plus claires par l'utilisation d'un agent de contraste ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada*, 2007)

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

Le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique possèdent des appareils mobiles d'IRM que deux hôpitaux ou plus se partagent. Dans cette statistique éclair, le nombre d'appareils mobiles d'IRM correspond au nombre d'hôpitaux qui se le partagent. Il y a donc un surdénombrement des appareils d'IRM dans ces quatre provinces. Par exemple, en 2009, le Canada comptait au total 266 appareils d'IRM et non 273, soit un surnombre de 13.

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ LOCALE PLUTÔT FORT OU TRÈS FORT, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale plutôt fort ou très fort, d'après la réponse à la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ? Diriez-vous qu'il est : très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible ? ». La recherche montre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

Depuis 2007, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont collectées annuellement plutôt qu'à chaque deux ans. Alors qu'un échantillon d'environ 130 000 répondants a été interviewé au cours des périodes de référence de 2003 et 2005, il est passé à 65 000 répondants par année à partir de 2007.

Source :

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

> PRODUCTION

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

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

Source :

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

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

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

[TAUX AJUSTÉ D'ARTHROPLASTIES DU GENOU, POUR 100 000 HABITANTS DE 20 ANS OU PLUS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

[TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES, POUR 100 000 HABITANTS DE MOINS DE 75 ANS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

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

Sources :

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

PROPORTION DE LA POPULATION JUGEANT LA QUALITÉ DES SOINS REÇUS BONNE OU EXCELLENTE, EN %

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant reçu des services de soins de santé au cours des 12 derniers mois qui considèrent la qualité des services de soins de santé reçus comme excellente ou bonne, d'après la réponse à la question suivante : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des soins de santé que vous avez reçus ? Diriez-vous que la qualité était excellente, bonne, passable ou faible ? ».

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Ces statistiques reflètent le nombre d'hospitalisations (ou de sorties), qui est relativement plus élevé que le nombre de patients hospitalisés, puisque ceux-ci peuvent être hospitalisés à maintes reprises au cours d'une

seule année, dans lequel cas ils sont comptés plus d'une fois. Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque les données des provinces canadiennes, sauf le Québec, proviennent d'un calcul de l'Institut canadien d'information sur la santé, alors que celles du Québec (cas de médecine et de chirurgie, excepté les chirurgies d'un jour) ont été extraites de la base de données sur la performance hospitalière (APR-DRG).

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

Sources :

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

[NOMBRE MOYEN D'EXAMENS RÉALISÉS PAR APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE \(TDM\), RATIO](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pour une période donnée, nombre d'examens de tomodensitométrie (TDM) réalisés dans une région donnée divisé par le nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) pour cette même région.

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« La tomodensitométrie (TDM) est utilisée pour créer des images en trois dimensions des structures de l'organisme. Les clichés obtenus par radiographie (rayons X) sont d'abord traités par ordinateur pour créer des coupes virtuelles de la région examinée. Ces données sont ensuite transformées en images présentant une coupe transversale des tissus et des organes ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada, 2007*)

* Les nombres d'examens présentés ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée et tient compte du nombre d'appareils en date du 1^{er} janvier. D'autres appareils ont pu être installés après cette date. Le nombre d'appareils en Ontario et en Colombie-Britannique en 2006 et 2007 est une estimation.

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

NOMBRE MOYEN D'EXAMENS RÉALISÉS PAR APPAREIL D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), RATIO

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Pour une période donnée, nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisés dans une région donnée divisé par le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour cette même région.

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations ». (Institut canadien d'information sur la santé, *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*)

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise trois composantes pour créer des images détaillées de l'organisme : des atomes d'hydrogène qui se trouvent dans les tissus, un aimant externe puissant et des ondes radio intermittentes. En présence d'un fort champ magnétique, les atomes s'alignent comme des éclats de fer sur un aimant. Des ondes à fréquence radioélectrique (comparables à celles utilisées dans un four à micro-ondes) viennent gêner cet alignement. Lorsque les atomes retrouvent leur position antérieure, ils émettent l'énergie captée des ondes, ce qui révèle leur environnement moléculaire et leur emplacement. Par exemple, le noyau d'un atome d'hydrogène émettra un signal différent s'il se trouve dans une molécule de graisse ou dans une protéine musculaire. L'IRM peut fournir des images détaillées de tous les tissus de l'organisme à l'exception des os (où les protons sont étroitement liés entre eux et moins susceptibles d'être influencés par un champ magnétique). Les images sont créées à l'aide d'algorithmes semblables à ceux employés en tomographie. Les techniques d'IRM peuvent être améliorées par l'injection d'une substance, comme les chélateurs de gadolinium, de la même façon que les images radiographiques sont rendues plus claires par l'utilisation d'un agent de contraste ». (Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada, 2007*)

* Les nombres d'examens présentés ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée et tient compte du nombre d'appareils en date du 1^{er} janvier. D'autres appareils ont pu être installés après cette date. Le nombre d'appareils en Ontario et en Colombie-Britannique en 2006 et 2007 est une estimation.

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes (SAIC).

Sources :

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

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Année : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE SANTÉ FONCTIONNELLE BONNE À PLEINE, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine.

L'Indice de l'état de santé (IES) — aussi appelé Health Utility Index Mark 3 (HUI3) —, élaboré à l'Université McMaster, mesure la santé fonctionnelle d'une personne selon huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'état émotif, la cognition et la douleur. Chaque attribut comporte plusieurs niveaux allant d'absence de déficience à déficience grave. Par exemple, les niveaux de mobilité vont de marcher sans difficulté à être incapable de marcher. Les niveaux intermédiaires de mobilité sont marcher avec difficulté, avoir besoin d'aide pour marcher et avoir besoin d'un fauteuil roulant. Un score global de 0,8 à 1,0 est associé

à une « bonne ou pleine » santé fonctionnelle; les scores inférieurs à 0,8 témoignent d'une santé fonctionnelle « passable ou mauvaise ».

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

TAUX DE TABAGISME, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année parmi celles ayant déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois, d'après la réponse à la question suivante : « Au cours

des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion ? ». Par l'expression « verre d'alcool », on entend une bouteille ou une canette de bière, un verre de bière en fût, un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin ou encore un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Source :

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

[PRÉVALENCE DU DIABÈTE, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

[PROPORTION DE LA POPULATION INACTIVE PHYSIQUEMENT DURANT LES LOISIRS, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus inactives physiquement d'après les réponses aux questions sur les activités physiques.

Les répondants sont groupés comme actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des 3 mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes en ce qui a trait à l'activité physique : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

Source :

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

[TAUX DE GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES DE 14 À 17 ANS, POUR 1 000 ADOLESCENTES DU MÊME ÂGE](#)

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

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

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

Sources :

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

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

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

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. 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.

Sources :

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

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

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). 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.

Sources :

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

[PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ MENTALE TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

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

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à tous les décès attribuables aux suicides, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : X60-X84, Y87).

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

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

Sources :

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

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

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de décès par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants (CIM-10 : V01-X59, Y85-Y86).

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

Sources :

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

[PROPORTION DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES CAUSANT LA LIMITATION DES ACTIVITÉS NORMALES, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois. Les lésions dues aux mouvements répétitifs ne sont pas incluses. S'entend des blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, s'entend de « la blessure la plus grave », telle qu'indiquée par le répondant.

Source :

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

[TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS À LA SUITE D'UNE BLESSURE, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants (CIM-10-CA : V01-V06, V09-V99, W00-W45, W46, W49-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W94, W99, X00-X06, X08-X19, X30-X39, X50, X52, X58, X59, X70-X84, X86, X91-X99, Y00-Y05, Y07-Y09, Y20-Y36).

Sont exclus les codes de diagnostics relatifs à l'intoxication, les événements indésirables, la suffocation, les séquelles et plusieurs autres problèmes de santé qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la définition de traumatisme établie par le Comité consultatif du Registre national des traumatismes. Les données présentées s'appuient sur la région de résidence du patient. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

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

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Registre national des traumatismes (RNT).
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

[ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR BLESSURES ACCIDENTELLES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS](#)

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à tous les décès attribuables aux blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : V01-X59, Y85-Y86).

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

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

Sources :

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

[TAUX AJUSTÉ D'INCIDENCE DU CANCER, POUR 100 000 HABITANTS](#)

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 habitants.

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

Sources :

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

[TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2000-2002

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

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

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

* 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 décès; Division de la démographie (estimations de la population).

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

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2000-2002

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

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

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

* 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 décès; Division de la démographie (estimations de la population).

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

Année : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2000-2002

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

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

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

* 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 décès; Division de la démographie (estimations de la population).

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

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SOINS HOSPITALIERS FOURNIS, EN %

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE À L'ÉGARD DES SOINS REÇUS EN CLINIQUE MÉDICALE, EN %

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

[PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE FOURNIS, EN %](#)

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

[PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SERVICES DE LIGNES D'INFORMATION TÉLÉPHONIQUE SUR LA SANTÉ FOURNIS, EN %](#)

Année : 2003

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

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

Source :

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

• INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> ADAPTATION

DÉPENSES NETTES EN SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$CAN

Année : 2007-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens.

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

DÉPENSES NETTES EN SANTÉ PHYSIQUE PAR HABITANT, EN \$CAN

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

TAUX DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

Nombre de médecins omnipraticiens actifs pour 1 000 habitants.

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

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

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

[TAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS](#)

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Août 2009

Définition :

Nombre de médecins spécialistes actifs pour 1 000 habitants.

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

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

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

[TAUX DES EFFECTIFS DU RÉSEAU \(CADRES ET EMPLOYÉS\), POUR 1 000 HABITANTS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

TAUX DE LITS DE SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

TAUX DE LITS DE LONGUE DURÉE, POUR 1 000 HABITANTS DE 65 ANS OU PLUS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de lits dressés pour l'hébergement et les soins de longue durée (HSLD) des établissements du réseau sociosanitaire québécois au 31 mars, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

NOMBRE D'EXAMENS EN TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

Eco-santé Québec.

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

Régie de l'Assurance maladie du Québec, Fichier des services rémunérés à l'acte.

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

Eco-santé.

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

Régie de l'Assurance maladie du Québec, Fichier des services rémunérés à l'acte.

[PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DÉCLARÉ DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SANTÉ, EN %](#)

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré ne pas avoir obtenu les soins de santé dont elles avaient besoin, au cours d'une période de douze mois, par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés, d'après la réponse « oui » à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus ? ».

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

[INDICE DE RÉACTIVITÉ : RESPECT DE LA DIGNITÉ](#)

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne le **respect de la dignité**, les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent à la politesse et au respect, au caractère équitable du traitement, au respect de l'intimité physique, à la ponctualité des rendez-vous et au respect des engagements.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un

ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

[INDICE DE RÉACTIVITÉ : AUTONOMIE ET CONFIDENTIALITÉ](#)

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne l'**autonomie et la confidentialité**, les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent au traitement confidentiel des renseignements personnels, aux aménagements facilitant la confidentialité des échanges, aux explications fournies quant aux choix de traitement ou d'intervention, à l'encouragement à la prévention, à l'encouragement à la participation à la prise de décision, au temps nécessaire pour expliquer le traitement ou l'intervention, au réconfort et à la relation de confiance avec l'intervenant.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

INDICE DE RÉACTIVITÉ : RAPIDITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne la **rapidité de la prise en charge**, les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent à la facilité d'accès (transport en commun/stationnement), à la souplesse des heures d'ouverture, à la langue dans laquelle les services sont offerts, aux délais pour un rendez-vous, aux temps d'attente (sans rendez-vous), aux délais pour obtenir des résultats et au délai pour obtenir des services diagnostiques.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

INDICE DE RÉACTIVITÉ : ACCÈS AUX RÉSEAUX D'AIDE SOCIALE

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la

statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne l'**accès aux réseaux d'aide sociale**, les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent à l'accès à de l'aide des ressources du milieu.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

INDICE DE RÉACTIVITÉ : QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne la **qualité de l'environnement**, les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent à l'adaptation des équipements aux

besoins, aux mesures d'hygiène et de salubrité, au caractère agréable de l'atmosphère, à la propreté des lieux, à l'aménagement sécuritaire des lieux et au confort du mobilier.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

INDICE DE RÉACTIVITÉ : CHOIX DU PRESTATAIRE DE SOINS

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

La réactivité réfère à la capacité du système de santé à combler les attentes légitimes de la population pour les aspects non-médicaux du système de santé. La mesure de la réactivité ne s'intéresse pas tant à la façon dont la personne est satisfaite ou non à propos des soins reçus qu'à l'expérience vécue et reportée par la personne avec le système de santé (OMS, 2001). Les résultats correspondent en principe à la moyenne des notations (sur une échelle de 0 à 10) accordées par la population ayant participé à l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec selon différents aspects **non-médicaux** du système de santé. Dans les faits, cette notation a plutôt été calculée en quantifiant les résultats obtenus à l'enquête selon une pondération des résultats permettant d'adapter l'échelle de type likert à 4 points (pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait et très satisfait) pour en obtenir un résultat sur une échelle de 0 à 10.

Ainsi, les aspects de la réactivité présentés par le Commissaire à la santé et au bien-être sont le **respect de la dignité**, l'**autonomie** et la **confidentialité** (respect de la personne), la **rapidité de la prise en charge**, la **qualité de l'environnement**, l'**accès aux réseaux d'aide sociale** pendant les soins et, finalement, le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client). Un indice composite peut être obtenu en compilant chacun de ces aspects en un seul résultat.

En ce qui concerne le **choix du prestataire de soins** (attention accordée au client), les questions de l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec ayant servi au calcul se rapportent au temps accordé, à l'écoute attentive, à la compréhension de la situation, au pouvoir de choisir ou de changer d'intervenant, au peu de formalités pour obtenir un service, à la facilité de comprendre le langage, à la facilité de comprendre la documentation, à la possibilité d'avoir le même intervenant à chaque fois et à la facilité d'obtenir des références pour obtenir des services spécialisés.

La sélection des questions incluses dans le calcul fut réalisée le plus fidèlement que possible en tenant compte des définitions et guides fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La population visée dans cette enquête est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital, une clinique médicale ou un CLSC, pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête.

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

Sources :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

Organisation mondiale de la santé (OMS), De Silva A. *A framework for measuring responsiveness*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32.

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

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

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

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

PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ LOCALE PLUTÔT FORT OU TRÈS FORT, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale plutôt fort ou très fort, d'après la réponse à la question suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ? Diriez-vous qu'il est : très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible ? ». La recherche montre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

Depuis 2007, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont collectées annuellement plutôt qu'à chaque deux ans. Alors qu'un échantillon d'environ 130 000 répondants a été interviewé au cours des périodes de référence de 2003 et 2005, il est passé à 65 000 répondants par année à partir de 2007.

Source :

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

TAUX DE RÉTENTION DES HOSPITALISATIONS PONDÉRÉES, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

TAUX DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE PONDÉRÉE, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

> PRODUCTION

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

INDICE DE CONSOMMATION DE SERVICES MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Source :

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

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Source :

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

[TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS EN SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

* 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-MED-ÉCHO*.

[PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS VACCINÉES CONTRE L'INFLUENZA, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

[PROPORTION DES FEMMES DE 50 À 69 ANS AYANT PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE, EN %](#)

Année : 2005-2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie bilatérale, au cours d'une période de deux ans, par rapport à la population totale des femmes de 50 à 69 ans, au milieu de la période.

Une mammographie bilatérale réfère à une mammographie passée aux deux seins¹. Les données relatives aux femmes ayant passé une mammographie peuvent provenir de trois sources : le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), les enquêtes populationnelles et le fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ. Compte tenu des limites liées aux taux de participation du PQDCS (46 % pour 2001-2003)

(Langlois et al., 2004) et des biais inhérents à la méthodologie des enquêtes particulièrement en ce qui a trait au biais de mémoire (Donovan, 2000), les données de la RAMQ, considérées plus exhaustives, sont celles retenues dans cette fiche.

Les données de la RAMQ comprennent l'ensemble des mammographies bilatérales passées chez les résidentes assurées du Québec, que ce soit dans les centres désignés dans le cadre du PQDCS ou dans les autres centres du secteur public.

Sources :

Régie de l'assurance maladie du Québec, Fichier des services rémunérés à l'acte.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information.

[PROPORTION AJUSTÉE DE FEMMES DE 18 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST DE PAP, EN %](#)

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

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

Source :

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

[PROPORTION DES APPELS RÉPONDUS PAR INFO-SANTÉ, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Info-Santé CLSC est un service d'intervention téléphonique infirmier disponible dans l'ensemble du Québec (à l'exception des trois régions nordiques) depuis 1995. Il est accessible sans frais pour toute la population des territoires couverts, 24 heures par jour, 7 jours par semaine (Béland, 2005).

Sont exclus les appels effectués par les infirmières d'Info-Santé auprès d'autres intervenants ou d'utilisateurs sur place ou à domicile, les appels reçus sur les lignes spécialisées comme le service 911 ou tout autre appel non relié à la mission d'Info-Santé CLSC (Béland, 2003).

Les comparaisons entre les régions doivent être menées avec prudence, en raison, entre autres, de l'existence de particularités régionales d'organisation des services.

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

Sources :

Eco-santé Québec.

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

DÉLAIS MOYENS D'ATTENTE POUR LES APPELS RÉPONDU PAR INFO-SANTÉ, EN MINUTES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Délais moyens d'attente pour les appels au service Info-Santé d'un CLSC ayant obtenu la communication avec l'infirmière. Le délai moyen d'attente est le temps moyen écoulé entre le moment où une personne a établi le contact avec le CLSC ou la centrale téléphonique, et le moment où elle est en communication avec l'infirmière.

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

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

Sources :

Eco-santé Québec.

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

TAUX D'ACCESSIBILITÉ GLOBALE DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

INTENSITÉ DES SERVICES SOCIAUX : NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR USAGER

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

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

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

[DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN ÉVALUATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

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

[DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

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

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN HEURES

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

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

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

PROPORTION DES SÉJOURS DE 48 HEURES OU PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

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

Année : janvier 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de six mois par rapport au nombre de chirurgies réalisées.

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

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

Sources :

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

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

Année : janvier 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de six mois par rapport au nombre de chirurgies réalisées.

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

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

Sources :

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

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

Année : janvier 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de six mois par rapport au nombre de chirurgies réalisées.

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

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

Sources :

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

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

Année : janvier 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de six mois par rapport au nombre de chirurgies réalisées.

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

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

Sources :

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

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

Année : janvier 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de six mois par rapport au nombre de chirurgies réalisées.

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

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

Sources :

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

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

* 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.

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

* 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, *Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers du Québec.*

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Sont exclus les accouchements qui ont lieu à domicile, en maison de naissances et dans les centres hospitaliers hors Québec. (En 2003, la proportion de naissances à domicile ou en maison de naissances représente 0,2 % des accouchements) Les taux sont présentés selon la région de traitement plutôt que selon la région de résidence.

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Source :

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

[DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS DE SOINS AIGUS \(AJUSTÉS\), EN JOURS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

Source :

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

[DURÉE MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL \(AVC\), EN JOURS](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés à l'admission de 15 à 84 ans et hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) (CIM-10 : I60.^, I61.^, I62.^, I63.^, I64).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données en deux parties comportant le même nombre d'éléments, ceux-ci étant rangés dans l'ordre croissant. L'interprétation des données temporelles doit être faite avec prudence car les données des années antérieures à 2006-2007 utilisent plutôt la codification de la CIM-9 (CIM-9 : 430, 431, 432, 434, 436).

HOSPITALISATIONS EXCLUES DES CALCULS :

Conditions générales :

- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2)
- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de VIH / SIDA (CIM-10 : B24,Z21,R75)
- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de traumatisme violent (CIM-10 : V01-V99, W00, W02.^, W09, W11-W17, W20-W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W77, W81-W99, X00–X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7, Y36.^)
- Usagers hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie (NAM) non valide
- Usagers de moins de 15 ans
- Usagers dont le sexe est différent de homme ou femme

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

Sources :

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

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

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR HYSTÉRECTOMIE, EN JOURS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre de jours qu'une patiente (âgée à l'admission de 15 à 84 ans) passe en moyenne dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour une hystérectomie (CCI : 1.RM.89.^, 1.RM.91.^, ou 1.RM.87.^ avec l'attribut d'étendu 'SU' (hystérectomie partielle)) depuis son admission jusqu'à sa sortie.

Hospitalisations exclues des calculs :

Conditions générales :

- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2)
- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de VIH / SIDA (CIM-10 : B24,Z21,R75)
- Usagers hospitalisés avec un diagnostic de traumatisme violent (CIM-10 : V01-V99, W00, W02.^, W09, W11-W17, W20 -W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W77, W81-W99, X00–X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7, Y36.^)
- Usagers hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie (NAM) non valide
- Usagers de moins de 15 ans et plus de 85 ans
- Usagers dont le sexe est différent de homme ou femme

Conditions spécifiques :

- Usagers hospitalisés ayant eu l'une des interventions suivantes au cours de son hospitalisation : (CCI : 1.NM.52.DA, 1.NM.52.LA, 1.NM.52.LA-TS, 1.NM.58.^, 1.NM.59.^, 1.NM.76.^, 1.NM.87.^, 1.NM.89.^, 1.NM.91.^, 1.NK.52.DA, 1.NK.52.LA, 1.NK.55.LA-TS, 1.NK.56.DA, 1.NK.56.LA, 1.NK.58.^, 1.NK.76.DN, 1.NK.76.DP, 1.NK.76.RE, 1.NK.76.RF, 1.NK.87.^, 1.NK.50.^, 1.NK.53.DA-TS, 1.NK.53.LA-TS, 1.NK.53.LA-QB, 1.NK.74.^, 1.NK.77.^, 1.NK.80.DA, 1.NK.80.DA-W2, 1.NK.80.DA-W3, 1.NK.80.LA, 1.NK.80.LA-W2, 1.NK.80.LA-W3, 1.NK.82.^, 1.NK.84.^, 1.NK.85.^, 1.NM.50.^, 1.NM.55.DA-TS, 1.NM.55.LA-TS, 1.NM.56.DA, 1.NM.56.LA, 1.NM.74.^, 1.NM.77.^, 1.NM.80.^, 1.NM.82.^, 1.NP.16.^, 1.NP.73.LA, 1.NP.85.^, 1.NP.86.^,

1.NV.89.^^, 1.NV.52.^^, 1.NQ.52.HA, 1.NQ.52.LA, 1.NQ.52.LA-TS, 1.NQ.56.DA, 1.NQ.56.LA, 1.NQ.59.^^, 1.NQ.72.^^, 1.NQ.74.^^, 1.NQ.80.^^, 1.NQ.86.MB, 1.NQ.86.MB-XX-E, 1.NQ.86.MB-XX-F, 1.NQ.86.ME, 1.NQ.86.ME-XX-E, 1.NQ.86.ME-XX-F, 1.NQ.87.^^, 1.NQ.89.^^, 1.NT.84.PB, 1.NT.84.PF, 1.NT.13.^^, 1.NT.52.^^, 1.NT.53.^^, 1.NT.55.^^, 1.NT.56.LA, 1.NT.59.^^, 1.NT.72.^^, 1.NT.73.^^, 1.NT.80.^^, 1.NT.84.LF, 1.NT.86.^^, 1.NT.87.^^, 1.NF.87.RP, 1.NF.87.DG, 1.NF.76.DQ, 1.NF.76.RJ, 1.PL.74.DA, 1.PL.35.BA-W2, 1.PL.35.BA-W8, 1.PL.35.HA-W2, 1.PL.35.HA-W8, 1.PL.74.AF-XX-A, 1.PL.74.AF-XX-L, 1.PL.74.AF-XX-N, 1.PL.74.AF-XX-Q

- Usagers hospitalisés avec un des diagnostics CIM-10 suivants : N80.3, N80.4, N80.5, N81.0, N81.1, N81.6, N81.4, N81.2, N81.3, N81.5, N81.8, N81.9, D00-D09, D37-D48
- Usager dirigé après son hospitalisation vers :
 - 30 : maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes ;
 - 31 : départ sans autorisation ;
 - 34 : maison funéraire après prélèvement d'organes.

* 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).

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

[PROPORTION D'OCCUPATION DES LITS DE COURTE DURÉE POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE, EN % DES JOURS D'OCCUPATION](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion des jours d'occupation dans des unités de soins de courte durée pour des hospitalisations de longue durée par rapport à l'ensemble des jours d'hospitalisation en courte durée.

Cet indicateur reflète l'utilisation des ressources destinées aux soins aigus pour un usage pour lequel il n'est pas destiné. L'utilisation des lits de courte durée (soins aigus) pour des soins d'hébergement illustre un manque de ressources en hébergement et entraîne des problèmes de congestion des lits dans les unités de soins de courte durée. Cette situation engendre à son tour un débordement aux urgences.

* 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).

[PROPORTION DES USAGERS HOSPITALISÉS QUI AURAIENT PU ÊTRE TRAITÉS EN CHIRURGIE D'UN JOUR, EN %](#)

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion des cas admis en santé physique pour une chirurgie qui auraient pu être plutôt traités en chirurgie d'un jour.

Cet indicateur sert à identifier les hospitalisations qui pourraient, théoriquement, être remplaçables par des chirurgies d'un jour. Pour qu'une hospitalisation soit considérée substituable en chirurgie d'un jour, les critères suivants doivent tous être rencontrés :

- Il s'agit d'un cas admis en santé physique pour une chirurgie.
- La durée du séjour (séjour total du DRG) est d'un, deux ou trois jours (sauf pour les cas des APR-DRG 950 - Opérations étendues, sans lien avec le diagnostic principal; 951 - Opérations d'étendue moyenne, sans lien avec le diagnostic principal; 952 - Opérations localisées, sans lien avec le diagnostic principal pour lesquels on ne garde que les cas dont la durée de séjour est d'un ou deux jours).
- Il s'agit d'un cas typique, d'un cas de court séjour ou encore d'un cas admis et sorti le même jour. Par le fait même, les cas de décès, de départ sans autorisation, de transferts, de longue durée en courte durée et les longs séjours sont exclus des cas substituables.
- Certains cas sont exclus parce qu'une chirurgie d'un jour n'est généralement pas appropriée pour ces cas. On exclut ainsi tous les cas dont la gravité clinique est de 3 (élevé) ou 4 (extrême), tous les cas de la CMD 25 (traumatismes multiples), tous les cas des APR-DRG 220 (Opérations majeures sur l'oesophage, l'estomac ou le duodénum), 222 (Autres opérations sur l'oesophage, l'estomac ou le duodénum), 480 (Opérations majeures sur le bassin de l'homme), 510 (Éviscération pelvienne, hystérectomie ou vulvectomie radicale), 511 (Opérations sur l'utérus ou les annexes, avec tumeur maligne ovarienne ou annexielle), 512 (Opérations sur l'utérus ou les annexes, avec tumeur maligne ni ovarienne ni annexielle), 541 (Accouchement avec stérilisation ou curetage), 542 (Accouchement avec opération complexe sauf stérilisation ou curetage), 545 (Opérations pour grossesse ectopique) et 546 (Autres opérations avec un diagnostic d'obstétrique sauf accouchement), ainsi que tous les bébés de 28 jours et moins (le code d'âge doit être inférieur à 300).
- Le traitement opératoire (DRG) fait partie d'une liste de traitements admissibles pour cet indicateur. Cette liste est constituée à partir des traitements pour lesquels plus de 40 % des cas retenus sont traités en chirurgie d'un jour.

* 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).

> MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT

PROPORTION DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES CONSACRÉES À LA FORMATION, EN %

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'effectifs en poste au 1^{er} avril et ayant quitté leur poste dans l'année suivante, par rapport au nombre total d'effectifs en poste au 1^{er} avril.

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

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

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'effectifs embauchés en cours d'année et ayant quitté leur poste avant la fin de celle-ci par rapport au nombre total d'effectifs embauchés en cours d'année et toujours en poste à la fin de celle-ci.

* 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

> ATTEINTE DES BUTS

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE SANTÉ FONCTIONNELLE BONNE À PLEINE, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine.

L'Indice de l'état de santé (IES) — aussi appelé Health Utility Index Mark 3 (HUI3) —, élaboré à l'Université McMaster, mesure la santé fonctionnelle d'une personne selon huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'état émotif, la cognition et la douleur. Chaque attribut comporte plusieurs niveaux allant d'absence de déficience à déficience grave. Par exemple, les niveaux de mobilité vont de marcher sans difficulté à être incapable de marcher. Les niveaux intermédiaires de mobilité sont marcher avec difficulté, avoir besoin d'aides pour marcher et avoir besoin d'un fauteuil roulant. Un score global de 0,8 à 1,0 est associé à une « bonne ou pleine » santé fonctionnelle; les scores inférieurs à 0,8 témoignent d'une santé fonctionnelle « passable ou mauvaise ».

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

poids normal, des risques accrus de développer des problèmes de santé pour les personnes ayant un poids insuffisant ou de l'obésité et des risques élevés pour l'obésité de classe I, très élevés pour l'obésité de classe II et extrêmement élevés pour l'obésité de classe III.

Source :

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

[TAUX DE TABAGISME, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

[TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Source :

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

[PRÉVALENCE DU DIABÈTE, EN %](#)

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION INACTIVE PHYSIQUEMENT DURANT LES LOISIRS, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus inactives physiquement d'après les réponses aux questions sur les activités physiques.

Les répondants sont groupés comme actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des 3 mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes en ce qui a trait à l'activité physique : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

Source :

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Le nombre de grossesses regroupe l'ensemble des événements suivants ayant fait l'objet d'une déclaration : les naissances vivantes, les mortinaissances survenues après au moins 20 semaines de gestation, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en clinique ou à l'hôpital et les avortements spontanés. L'âge à la grossesse est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse, et non à celui de la conception. Les avortements spontanés qui ne nécessitent pas d'intervention médicale, généralement ceux survenant après une très faible durée de gestation, échappent au calcul. Sont incluses au numérateur les grossesses de mères de moins de 14 ans, qui sont au nombre d'un peu moins de 25 annuellement.

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

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des naissances vivantes; Fichier des mortinaissances.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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 pendant cette même année.

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

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

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

Sources :

Eco-Santé Québec.

Institut national de santé publique du Québec, Infocentre de santé publique du Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Fichier des décès; Fichier des naissances vivantes.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

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 pendant cette même année.

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

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

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

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2005

Dernière mise à jour de l'indicateur : (Non disponible)

Définition :

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

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

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

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

Statistique Canada.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Le taux est ajusté selon la structure par âges de la population du Québec en 2001.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec.

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

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Année : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Somme des années de vie perdues avant 75 ans par suicide (CIM-10 : X60-X84, Y87.0) par rapport à la population moyenne âgée de moins de 75 ans.

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

Le taux est ajusté selon la structure par âges de la population du Québec en 2001.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec.

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

Les traumatismes non intentionnels incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais n'incluent pas les traumatismes causés par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. Les catégories de traumatismes non intentionnels retenues sont les accidents de transport (CIM-9 : E800-E848, E929.0, E929.1, CIM-10 : V01-V99 et Y85), les accidents de véhicules à moteur (CIM-9 : E810-E825, CIM-10 : V02-V04, V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.0-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0, V89.2) et les chutes accidentelles (CIM-9 : E880-E888, CIM-10 : W00-W19).

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

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

Institut national de santé publique du Québec.

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

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

PROPORTION DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES CAUSANT LA LIMITATION DES ACTIVITÉS NORMALES, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois. Les lésions dues aux mouvements répétitifs ne sont pas incluses. S'entend des blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, s'entend de « la blessure la plus grave », telle qu'indiquée par le répondant.

Source :

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

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS À LA SUITE D'UNE BLESSURE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2008-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants (CIM-10-CA : V01-V06, V09-V99, W00-W45, W46, W49-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W94, W99, X00-X06, X08-X19, X30-X39, X50, X52, X58, X59, X70-X84, X86, X91-X99, Y00-Y05, Y07-Y09, Y20-Y36).

Sont exclus les codes de diagnostics relatifs à l'intoxication, les événements indésirables, la suffocation, les séquelles et plusieurs autres problèmes de santé qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la définition de traumatisme établie par le Comité consultatif du Registre national des traumatismes. Les données présentées s'appuient sur la région de résidence du patient. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âges de la population du recensement du Canada de 1991.

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

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Registre national des traumatismes (RNT).

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

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR BLESSURES ACCIDENTELLES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Somme des années de vie perdues avant 75 ans par blessures accidentelles (traumatismes non intentionnels) (CIM-9 : E800-E869 et E880-E929, CIM-10 : V01-X59 et Y85-Y86) par rapport à la population moyenne âgée de moins de 75 ans.

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

Année : 2006

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer par rapport à la population totale au milieu de la période pour l'ensemble des sièges des tumeurs.

« Le terme *cancer* regroupe une soixantaine de tumeurs malignes comprises à l'intérieur des codes 140 à 208 de la CIM-9 excluant ceux de la peau sans mélanomes (CIM-9=173). Les tumeurs bénignes (CIM-9=211-226), les tumeurs à évolution imprévisible (CIM-9=235-238) et les carcinomes in situ (CIM-9=230-234) sont exclus de la présente fiche (OMS, 1977).

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'un type de cancer donné, diagnostiqués au cours d'une période spécifiée. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de tumeur primaire plutôt que l'individu (Institut national du cancer du Canada, 1999).

Le diagnostic de cancer est exclusivement basé sur le diagnostic principal tel que consigné au fichier MED-ÉCHO lors d'un épisode d'hospitalisation en soins physiques de courte durée depuis 1981 ou pour une chirurgie d'un jour, depuis 1983 (MSSS, 2003). Les cas de cancer qui sont diagnostiqués en cabinet de médecin et traités à l'hôpital sur une base externe, sans passer par l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, ne sont pas déclarés au fichier des tumeurs¹. L'information colligée par les archivistes médicaux provient

entre autres de la feuille sommaire complétée par les médecins, du protocole opératoire et du rapport d'anatomo-pathologie. » (MSSS, 2003)

* Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

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

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

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

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

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

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SOINS HOSPITALIERS FOURNIS, EN %

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

Personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un hôpital pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête et qui s'en disent très satisfaites ou assez satisfaites.

Lors de l'*Enquête sur la satisfaction des usagers*, la sélection de l'échantillon a été faite à partir d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT). Pour chacun des ménages privés joints, une personne de 15 ans et plus a été choisie aléatoirement parmi les personnes ayant consulté, dans les douze mois précédant l'enquête, un professionnel de la santé et des services sociaux dans l'un ou l'autre des lieux de consultation retenus pour l'enquête. À l'aide d'une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 18 minutes, un questionnaire a été administré à 38 389 répondants répartis dans 16 régions sociosanitaires du Québec entre novembre 2006 et juin 2007.

Source :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE À L'ÉGARD DES SOINS REÇUS EN CLINIQUE MÉDICALE, EN %

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

Personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans une clinique médicale pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête et qui s'en disent très satisfaites ou assez satisfaites.

Lors de l'*Enquête sur la satisfaction des usagers*, la sélection de l'échantillon a été faite à partir d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT). Pour chacun des ménages privés joints, une personne de 15 ans et plus a été choisie aléatoirement parmi les personnes ayant consulté, dans les douze mois précédant l'enquête, un professionnel de la santé et des services sociaux dans l'un ou l'autre des lieux de consultation retenus pour l'enquête. À l'aide d'une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 18 minutes, un questionnaire a été administré à 38 389 répondants répartis dans 16 régions sociosanitaires du Québec entre novembre 2006 et juin 2007.

Source :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

PROPORTION DE LA POPULATION TRÈS OU ASSEZ SATISFAITE DES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE FOURNIS, EN %

Année : 2006-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Avril 2010

Définition :

Personnes de 15 ans et plus, vivant au Québec dans un ménage privé, qui ont déclaré consulter un professionnel de la santé et des services sociaux dans un CLSC pour elles-mêmes ou pour une personne à charge au cours des douze mois précédant l'enquête et qui s'en disent très satisfaites ou assez satisfaites.

Lors de l'*Enquête sur la satisfaction des usagers*, la sélection de l'échantillon a été faite à partir d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT). Pour chacun des ménages privés joints, une personne de 15 ans et plus a été choisie aléatoirement parmi les personnes ayant consulté, dans les douze mois précédant l'enquête, un professionnel de la santé et des services sociaux dans l'un ou l'autre des lieux de consultation retenus pour l'enquête. À l'aide d'une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 18 minutes, un questionnaire a été administré à 38 389 répondants répartis dans 16 régions sociosanitaires du Québec entre novembre 2006 et juin 2007.

Source :

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur la satisfaction des usagers, 2006-2007*.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, RATIO

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Ratio des naissances de faible poids dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport aux naissances de faible poids dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LA MORTALITÉ INFANTILE, RATIO

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Ratio de la mortalité infantile dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport à la mortalité infantile dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, RATIO

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Ratio du taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport au taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE, RATIO

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Ratio du taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport au taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

ÉCART INTRA-RÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Année : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2011

Définition :

Espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile défavorisé (Q4) par rapport à l'espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec.

• RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR

Maxime Ouellet

AVEC LA COLLABORATION DE

Jean-François Lapierre

Geneviève Tremblay

Daniel Labbé

Anne-Marie Labbé

Brigitte Lamoureux

• 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.

© 2011 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