

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

Commissaire à la santé et au bien-être

2013

Québec 

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être

Robert Salois

Document préparé par

Julia-Vân Bégin

Geneviève Tremblay

Félix Dugas

Maxime Ouellet

Coordonnateur des travaux d'appréciation

Daniel Labbé

Économiste en santé

Révision linguistique et édition

Anne-Marie Labbé

© Gouvernement du Québec, 2013

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-550-67286-9 (PDF)

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 la production et la publication des indicateurs utilisés dans le cadre d'analyse globale de la performance.

TABLE DES MATIÈRES

>	INTRODUCTION	11
>	LES QUATRE FONCTIONS DU CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE	12
>	INDICATEURS DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE	13
>	INDICATEURS INTERNATIONAUX	14
>	Adaptation	14
	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	14
	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	14
	Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	15
	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	15
	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	16
	Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	16
	Nombre d'examen en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	17
	Nombre d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	17
>	Production	19
	Nombre moyen d'examen réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	19
	Nombre moyen d'examen réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	19
	Proportion ajustée des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	20
	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	21
	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté une bonne coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	21
	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	22
	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examen ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	23
	Proportion des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie qui ont bénéficié d'une bonne coordination des soins à leur sortie de l'hôpital, en %	24
	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé dont une personne se charge de tous les soins liés à leur maladie chronique, en %	24
>	Atteinte des buts	26
	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	26
	Proportion des naissances de faible poids, en %	26
	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	27
	Espérance de vie à 65 ans, en années	27
	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	28
	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	29
>	Panorama sociosanitaire de la population	30
	Espérance de vie à la naissance, en années	30
>	INDICATEURS INTERPROVINCIAUX	31
>	Adaptation	31
	Total des dépenses de santé par habitant, en \$ CAN	31
	Dépenses publiques de santé par habitant, en \$ CAN	31
	Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB)	32
	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	32
	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	33
	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	33
	Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	34
	Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	34
	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	35
	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	36
	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %	36
	Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	37
	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %	37

Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	38
Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	38
Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %.....	38
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	39
Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	39
Nombre d'examen en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 habitants.....	40
Nombre d'examen en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	41
Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	42
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.....	42
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	43
Valeur moyenne des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus, en \$ CAN	44
Nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus	44
Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	45
> Production	46
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %	46
Proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois, en %	46
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques, en %	46
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, en %.....	47
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	47
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %	48
Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %.....	48
Taux de césariennes, en %	49
Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	49
Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %	50
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	51
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	51
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	52
Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques, en %	53
Nombre moyen d'examen réalisés par appareil de tomographie par ordinateur (TDM), ratio.....	54
Nombre moyen d'examen réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	55
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers ...	56
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic.....	56
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	57
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	58
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	58
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	59
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	59
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	60
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	61
Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %.....	62
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	62
> Atteinte des buts	64
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %.....	64
Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	64
Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	65
Taux de tabagisme, en %	65
Taux de consommation d'alcool, en %	65
Taux d'allaitement, en %	66
Proportion des naissances de faible poids, en %	66

Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	67
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	67
Taux de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	68
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	68
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	69
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	69
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %.....	70
Espérance de vie à 65 ans, en années	70
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	71
Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	71
Écart intraprovincial entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio.....	72
Ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation.....	72
Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé.....	73
> Panorama sociosanitaire de la population	75
Espérance de vie à la naissance, en années	75
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %.....	75
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	75
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	76
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	76
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	77
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	77
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	78
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants.....	78
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	79
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	79
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	80
> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX.....	81
> Adaptation	81
Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en \$ CAN.....	81
Coût ajusté par habitant du programme-service Santé physique, en \$ CAN.....	81
Coût ajusté par habitant du programme-service Santé mentale, en \$ CAN	82
Coût ajusté par habitant du programme-service Perte d'autonomie liée au vieillissement, en \$ can	83
Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants.....	84
Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	84
Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	85
Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants.....	86
Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants	86
Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants.....	87
Nombre de lits de soins aigus, pour 1 000 habitants	87
Nombre de lits de soins de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus	88
Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, pour 100 000 habitants	88
Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des collègues à des fins cliniques, en %.....	89
Proportion des médecins utilisant le courrier électronique avec des patients à des fins cliniques, en %	89
Proportion des médecins utilisant des dossiers papier et électroniques, ou seulement électroniques, en %... ..	90
Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients, en %	90
Proportion des médecins utilisant une interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique, en %	90
Proportion des médecins utilisant des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients, en %	91
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	91
Proportion d'occupation des lits de soins de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation	92
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants.....	92

Proportion de la population inscrite dans un groupe de médecine de famille (GMF), en %, au 31 mars.....	93
Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	93
Nombre d'examens en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 habitants.....	94
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	94
Indice de consommation des services médicaux en omnipratique	95
Indice de consommation des services médicaux spécialisés	95
Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1 000 habitants.....	96
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.....	96
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	97
Taux d'utilisation des services en CLSC, en %.....	97
Proportion des dons dans le budget des établissements de santé d'une région, en %	98
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en \$ CAN.....	98
Taux pondéré de rétention des hospitalisations, en %	99
Taux pondéré de desserte extrarégionale des hospitalisations, en %	99
Solde migratoire des hospitalisations	100
Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	101
Proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %	101
Proportion d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	101
Proportion d'infirmières auxiliaires requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	102
Proportion du recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières, en %.....	103
Niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille, en %	103
Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, en %.....	104
> Production	105
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche, en %.....	105
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, en %	105
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	106
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, en %.....	106
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, en %	106
Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, en %	107
Proportion des personnes évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, en %	108
Délai moyen d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse, en jours	108
Délai moyen d'attente pour l'application des mesures de protection de la jeunesse, en jours	109
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'accessibilité des services	109
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services.....	110
Proportion de la population n'ayant pas de médecin régulier parce qu'elle n'en a pas trouvé, en %.....	110
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	111
Proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, en %.....	111
Taux d'incidence des diarrhées associées à la bactérie <i>Clostridium difficile</i> d'origine nosocomiale, pour 10 000 jours-patients	112
Taux de césariennes, en %	112
Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	113
Taux de réadmissions générales dans les 30 jours, en %.....	113
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %.....	114
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %.....	115
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %.....	115
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques, en %.....	116
Taux d'utilisation des salles d'opération, en % des heures potentielles.....	117
Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %	118
Coût par cas pondéré, en \$ CAN.....	118
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en soins aigus (ajustée pour le NIRRU et l'âge), en jours	119
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours.....	120
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour infarctus du myocarde, en jours	120
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers .	121
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic.....	122
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique.....	122
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	123
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %.....	124
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre le pneumocoque, en %	124
Proportion d'élèves ayant reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite B en 4 ^e année du primaire, en %	124
Proportion des filles ayant reçu le vaccin contre le virus du papillome humain en 4 ^e année du primaire, en %	125
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %.....	126

Proportion ajustée des femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %	126
Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans, en %	127
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarité	128
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services	128
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement.....	129
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients.....	129
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel.....	130
Proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées, en %	131
Proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 heures, en %	131
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité.....	132
Proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD, en %	132
> Maintien et développement	134
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	134
Proportion du budget consacré à la formation, en %.....	134
Proportion des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, en %	134
Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	135
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation	135
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration	135
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication	136
Degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien	136
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication.....	137
Degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership	137
Proportion des médecins assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle, en %.....	138
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec leurs patients, en %.....	138
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille, en %.....	139
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités, en %	139
Proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels, en %	139
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance-salaire, en %.....	140
> Atteinte des buts.....	141
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral, en %.....	141
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus du myocarde, en %	141
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	142
Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %.....	142
Proportion de la population atteinte d'obésité, en %.....	143
Taux de tabagisme, en %.....	143
Taux de consommation d'alcool, en %	144
Taux d'allaitement, en %	144
Proportion des naissances de faible poids, en %	145
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	145
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	146
Taux de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	147
Taux de mortalité pour les personnes âgées de 20 à 64 ans, pour 1 000 habitants.....	147
Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	148
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	149
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	149
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %.....	149
Espérance de vie à 65 ans, en années	150
Nombre de plaintes, pour 10 000 habitants.....	150
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	151
Degré de satisfaction globale des usagers.....	151
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio	152
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio.....	152
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio	153

Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années.....	153
Écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années.....	154
Écart intrarégional entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio.....	154
> Panorama sociosanitaire de la population.....	157
Espérance de vie à la naissance, en années.....	157
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	157
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	158
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	159
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	159
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	159
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	160
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	160
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	161
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	161
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	162
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	162

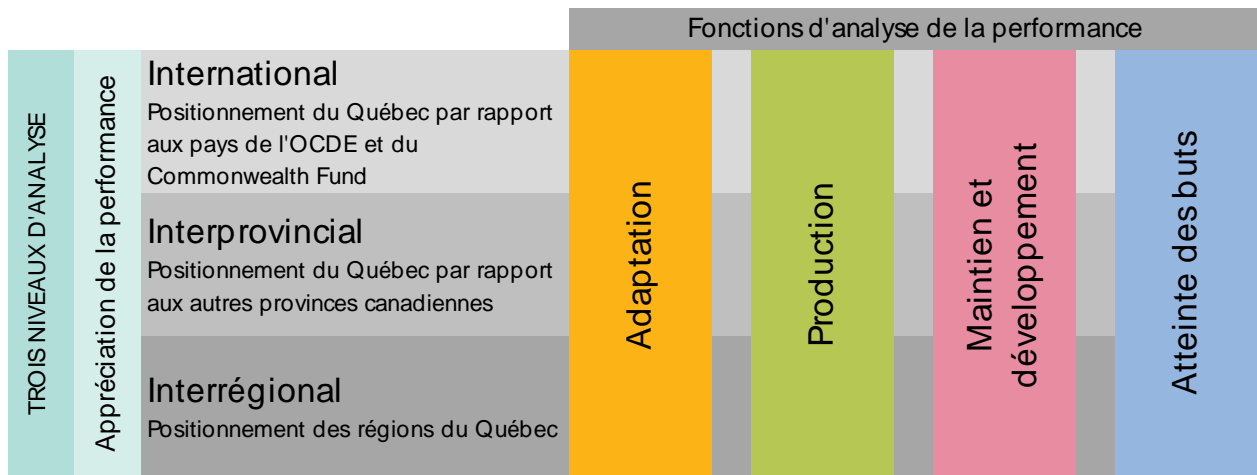
> INTRODUCTION

Ce recueil est 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. Chaque indicateur est brièvement décrit, ainsi que sa source. On présente aussi la norme de balisage et le sens de variation de l'indicateur. 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.

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; l'atteinte des buts), en plus des indicateurs du panorama sociosanitaire de la population, ce qui reflète bien l'organisation de l'information choisie par le Commissaire (voir la figure ci-après). De plus, il est en filiation directe avec *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2013 – Résultats et analyses*.

La comparaison à l'échelle internationale permet de situer le Québec par rapport aux pays de l'OCDE ou du Commonwealth Fund. Notons que, pour les indicateurs internationaux, la donnée du Québec utilisée pour comparaison avec les pays retenus est celle de l'année indiquée dans la fiche internationale de l'indicateur. Ainsi, l'année utilisée dans les comparaisons interprovinciale et internationale diffère parfois. Dans la fiche des indicateurs internationaux, lorsque deux sources sont présentées, il s'agit respectivement de la source de laquelle proviennent les données des pays et de la source de la donnée québécoise.

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 tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, le tout dans une perspective de viabilité.

La production

La production se caractérise non seulement selon les volumes de soins et services, mais aussi selon leur optimisation en fonction des ressources investies, d'où l'importance de considérer l'accessibilité des soins et services. Elle concerne également la coordination et la continuité des services, qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique 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 un autre pan. On peut à cet égard considérer autant la qualité technique des interventions que la qualité des soins de manière plus globale, ce qui inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Enfin, il ne suffit pas de produire des soins et services : encore faut-il qu'ils soient dispensés avec humanisme.

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, les valeurs qui y sont véhiculées et 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 l'environnement de travail et la satisfaction des employés, de même que leur état de santé.

L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés, d'une part, en étayant l'efficacité des services de santé utilisés et, d'autre part, en rendant compte du contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé et de services sociaux, 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. Cette fonction comprend aussi la notion 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, EN % DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (6 meilleurs résultats sur 17 pays):

États-Unis, Pays-Bas, France, Allemagne, Canada et Suisse

Définition :

Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.

Les dépenses totales de santé sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour des activités (médicales, paramédicales et de soins cliniques) visant 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, etc.

Bien que cet indicateur présente la part des ressources investies par rapport à la richesse collective, il faut l'interpréter avec prudence, puisque 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 rapport¹ ».

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé.

NOMBRE DE MÉDECINS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Norvège, Allemagne et Espagne

1. Michel Clavet, Ronald Côté et Thomas Duperré, dans LEMIEUX, Vincent, et autres (dir.) (2003). *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, p. 377.

Définition :

Nombre de médecins professionnellement actifs, pour 1 000 habitants.

Les médecins professionnellement actifs comprennent les médecins pratiquant et ceux pour qui une formation médicale est nécessaire à l'exécution de leurs tâches. Ce nombre inclut les médecins fournissant des services directs aux patients, les médecins travaillant dans des postes administratifs et de gestion qui nécessitent une formation médicale ainsi que ceux travaillant en recherche et développement ou dans les administrations publiques. Sont exclus de ce nombre les dentistes, les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les médecins détenant un poste pour lequel une formation médicale n'est pas nécessaire, les médecins retraités ou au chômage et ceux travaillant à l'étranger.

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

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER).

NOMBRE D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 9 pays):

Norvège, Italie et Nouvelle-Zélande

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, les travailleuses autonomes et celles qui viennent de l'étranger 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 nombres est limitée à cause des variations, selon les pays, dans les ensembles de données pris en compte.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

NOMBRE DE PHARMACIENS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 9 pays):

France, Portugal et Espagne

Définition :

Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants.

Sont inclus les pharmaciens professionnellement actifs, ceux qui prodiguent des services directement à la population et ceux qui occupent des postes administratifs qui requièrent une formation de pharmacien. Les pharmaciens travaillant dans le milieu de la recherche ou qui effectuent des travaux sur le contrôle de certaines molécules, ainsi que des tests en laboratoire sont inclus. Les pharmaciens œuvrant au développement de politiques et de la régulation, de même que ceux participant à des articles et à la littérature scientifique sont aussi inclus.

Les pharmaciens occupant un emploi pour lequel une formation de pharmacien n'est pas requise sont exclus, tout comme les pharmaciens sans emploi et ceux travaillant à l'étranger.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les pharmaciennes et les pharmaciens.

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 10 pays):

Australie, États-Unis et Suisse

Définition :

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

Les tomodensitomètres utilisent « les rayons X et la technologie informatisée pour produire des images transversales du corps (souvent nommées coupes), tant horizontales que verticales. Les tomodensitogrammes présentent des coupes détaillées de diverses parties du corps, y compris les os, les muscles, les graisses et les organes. Ils sont plus précis que les radiographies.² »

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 7 pays):

Finlande, Irlande et Nouvelle-Zélande

Définition :

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

2. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 1.

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 qui produit des images des structures du corps.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (moyenne des 6 pays de la distribution):

Australie, Canada, Danemark, États-Unis, France, Pays-Bas

Définition :

Nombre d'examens en 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 examen³ ». Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens⁴ »

« 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 organes⁵ »

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

3. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

4. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

5. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 7.

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (moyenne des 6 pays de la distribution):

Australie, Canada, Danemark, États-Unis, France, Pays-Bas

Définition :

Nombre d'examens passés à l'aide d'un appareil 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 examen⁶ ». Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens⁷ »

« 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 contraste⁸ »

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

6. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

7. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

8. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 19.

> PRODUCTION

NOMBRE MOYEN D'EXAMENS RÉALISÉS PAR APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), RATIO

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 5 pays):

France, Canada et Pays-Bas

Définition :

Pour une période donnée, nombre d'examens de tomodensitométrie (TDM) réalisés dans un pays donné divisé par le nombre d'appareils de TDM pour ce même pays.

« 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.⁹ » Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens¹⁰ »

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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente¹¹.

« 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 organes¹². »

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

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

Année : 2010

9. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

10 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

11. *Ibid.*, p. 4.

12. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 7.

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 5 pays):

France, Canada et Australie

Définition :

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

« 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 examen¹³ ». Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens¹⁴ »

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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente¹⁵.

« 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 contraste¹⁶ »

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

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

Année : 2010

13. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

15. *Ibid.*, p. 4.

16. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 19.

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Royaume-Uni, France et Nouvelle-Zélande

Définition :

Pourcentage de la population des 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 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, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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 : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 6 pays):

Pays-Bas, États-Unis et France

Définition :

Pourcentage des femmes âgées 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 donnée et varient selon les pays.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UNE BONNE COORDINATION ENTRE LES SPÉCIALISTES ET LES MÉDECINS DE FAMILLE, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Royaume-Uni, Suisse et Nouvelle-Zélande

Définition :

Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré avoir expérimenté une bonne coordination entre les médecins spécialistes et les médecins de famille.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours

des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à cette enquête. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

[PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI RELÈVENT QU'UN MÉDECIN DE FAMILLE COORDONNE TOUJOURS OU SOUVENT LEURS SOINS, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Royaume-Uni, Suisse et États-Unis

Définition :

Proportion de personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré que leur médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en pourcentage.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les dix

provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI ONT RELEVÉ UN PROBLÈME DE COORDINATION LIÉ AUX EXAMENS OU AUX DOSSIERS MÉDICAUX AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Suisse, Royaume-Uni et Suède

Définition :

Proportion de personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré avoir relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en pourcentage.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les dix provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin

que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

[PROPORTION DES PERSONNES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU AYANT EU UNE CHIRURGIE QUI ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE BONNE COORDINATION DES SOINS À LEUR SORTIE DE L'HÔPITAL, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

États-Unis, Royaume-Uni et Canada

Définition :

Proportion des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie qui ont déclaré avoir bénéficié d'une bonne coordination des soins à leur sortie de l'hôpital, en pourcentage.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les dix provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ECHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

[PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ DONT UNE PERSONNE SE CHARGE DE TOUS LES SOINS LIÉS À LEUR MALADIE CHRONIQUE, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 11 pays):

Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis

Définition :

Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré qu'une personne prend en charge tous les soins liés à leur maladie chronique, en %.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les dix provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

> ATTEINTE DES BUTS

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE D'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 8 pays):

Italie, Pays-Bas et Suède

Définition :

Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 30 et plus d'après les réponses aux questions suivantes : « 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 et 11 pouces (2,108 mètres).

L'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'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, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (5 meilleurs résultats sur 15 pays):

Finlande, Irlande, Suède, Norvège et Nouvelle-Zélande

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.

Selon la définition donnée par l'OMS, les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes ont un faible poids, et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, un 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-utérin.

Au Canada et au Québec, 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.

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

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 13 pays):

Espagne, Italie, Royaume-Uni et Portugal

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 :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Bases de données sur les naissances et sur les décès et l'appendice II de la publication « Mortalité : liste sommaire des causes » (numéro 84F0209XIF au catalogue). Division de la démographie (estimations de la population).

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (6 meilleurs résultats sur 18 pays):

France, Suisse, Italie, Espagne, Australie et Canada

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 au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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.

* L'espérance de vie à 65 ans est calculée en faisant une moyenne simple de l'espérance de vie à 65 ans des hommes, et de celle des femmes. Elle n'est donc pas pondérée en fonction du poids démographique des hommes et des femmes de chaque pays.

** Dans le calcul de la balise de l'OCDE, les données provinciales sont recalculées afin d'être comparables avec la balise de performance internationale.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Statistique Canada, Base de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (estimations de la population).

[ÉCART INTRAPROVINCIAL ENTRE LES GENRES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES](#)

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (6 meilleurs résultats sur 18 pays):

États-Unis, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Suède, Danemark et Australie

Définition :

Différence intra-provinciale entre l'espérance de vie des femmes à 65 ans et l'espérance de vie des hommes à 65 ans.

L'espérance de vie est le 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 au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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.

* L'espérance de vie à 65 ans est calculée en faisant une moyenne simple de l'espérance de vie à 65 ans des hommes, et de celle des femmes. Elle n'est donc pas pondérée en fonction du poids démographique des hommes et des femmes de chaque pays.

** Dans le calcul de la balise OCDE, les données provinciales sont recalculées afin d'être comparables avec la balise de performance internationale.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Statistique Canada, Base de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (estimations de la population).

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (5 meilleurs résultats sur 15 pays):

Royaume-Uni, Danemark, Nouvelle-Zélande, Norvège et Espagne

Définition :

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

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale¹⁷ »

Les dépenses publiques générales de santé comprennent aussi les investissements publics dans les infrastructures des systèmes de santé et les transferts au secteur privé pour la construction d'hôpitaux et l'acquisition d'équipements.

Sources :

OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé.

17. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2008). Tendances des dépenses nationales de santé, p. 66.

> PANORAMA SOCIO SANITAIRE DE LA POPULATION

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (6 meilleurs résultats sur 18 pays):

Suisse, Italie, Australie, Espagne, Suède et France

Définition :

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.

L'espérance de vie à la naissance est estimée dans chaque pays selon la population totale, sans pondération selon le poids démographique relatif des hommes et des femmes.

Au Canada, sont exclues 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, Base de données de l'OCDE sur la santé 2012.

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

> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



> ADAPTATION

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Dépenses totales de santé par habitant, en dollars canadiens.

« 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 santé¹⁸ » 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 (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé.

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$ CAN

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens.

« 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

18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2008). Tendances des dépenses nationales de santé, p. 65.

gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale¹⁹ » 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 (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 santé²⁰ »

« 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 subventions²¹ »

Bien que cet indicateur présente la part des ressources investies par rapport à la richesse collective, il faut l'interpréter avec prudence puisque 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 rapport²² » 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 (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé.

NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

19. *Ibid.*, p. 66.

20. *Ibid.*, p. 65.

21. *Ibid.*, p. 73.

22. Michel Clavet, Ronald Côté et Thomas Duperré, dans LEMIEUX, Vincent, et autres (dir.) (2003). *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, p. 377.

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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, les médecins militaires, les médecins semi-retraités et retraités ainsi que 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 uniquement²³ »

Source :

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

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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, les médecins militaires, les médecins semi-retraités et retraités ainsi que 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 uniquement²⁴ »

Source :

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

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

23. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2008, p. 83.

24. *Loc. cit.*

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de médecins spécialistes (médecins spécialistes, chirurgiens spécialisés et spécialistes de laboratoire) et de médecins omnipraticiens 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, les médecins militaires, les médecins semi-retraités et retraités ainsi que 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 ²⁵»

Source :

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

NOMBRE D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de professionnels des soins infirmiers (infirmières autorisées et infirmières praticiennes) en activité à temps plein, à temps partiel et à temps occasionnel, pour 1 000 habitants.

Le nombre d'infirmières exclut 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 détails sur la méthodologie, la collecte et la comparabilité des données sont disponibles dans le rapport de l'ICIS *Infirmières réglementées : Tendances canadienne, 2006 à 2011*.

Source :

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

NOMBRE DE PHARMACIENS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants.

25. *Loc. cit.*

La « main-d'œuvre chez les pharmaciens » représente le nombre total de pharmaciens inscrits et actifs au Canada qui occupent un emploi et qui ne sont pas considérés comme des inscriptions secondaires ou des doubles interprovinciaux.

Les inscriptions actives comprennent les catégories de membres ayant l'autorisation de travailler dans une province ou un territoire donné au cours de l'année à l'étude. Les inscriptions secondaires ou doubles interprovinciaux correspondent aux pharmaciens qui demeurent inscrits dans une province ou un territoire canadien alors qu'ils résident à l'étranger ou dont la province de résidence ou la province du premier emploi diffère de la province d'inscription.

Sont exclus des données les pharmaciens qui se sont inscrits auprès d'un organisme provincial de réglementation ou d'un gouvernement territorial après le 1er octobre 2010 ainsi que les pharmaciens inscrits à titre de membre inactif.

Dans la plupart des cas, les statistiques produites par les organismes provinciaux de réglementation et les gouvernements territoriaux englobent tous les membres actifs et en exercice, peu importe leur statut d'emploi. En revanche, celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) n'englobent habituellement que les membres qui déclarent explicitement leur emploi en pharmacie. Les pharmaciens qui occupent un emploi dans un domaine autre que la pharmacie, qui sont sans emploi ou ceux dont le statut d'emploi est inconnu sont exclus des données finales. Les écarts entre les données des publications de l'ICIS et celles qui sont présentées par les organismes provinciaux de réglementation ou les gouvernements territoriaux (fournisseurs de données de la BDPP) résultent souvent de ces différences. Le lecteur doit donc tenir compte de ces différences lorsqu'il compare les données de la BDPP avec celles d'autres publications et banques de données.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les pharmaciennes et les pharmaciens.

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) en fonction dans les hôpitaux canadiens et dans les établissements autonomes, pour 1 000 000 habitants.

« 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 organes²⁶ »

Les données sont en date du 1er janvier.

* 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

26. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 7.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 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'APPAREILS EN IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM), POUR 1 000 000 HABITANTS

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en fonction dans les hôpitaux canadiens et dans les établissements autonomes, pour 1 000 000 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.²⁷ »

Les données sont en date du 1er janvier.

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, un appareil mobile d'IRM est compté une seule fois, indépendamment du nombre d'hôpitaux qui se le partagent.

* 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 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 DES MÉDECINS UTILISANT LE COURRIER ÉLECTRONIQUE AVEC DES COLLÈGUES À DES FINS CLINIQUES, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

27. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 19.

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes ayant déclaré avoir recours au courrier électronique pour communiquer avec leurs collègues à des fins cliniques selon la question suivante : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec les collègues à des fins cliniques? ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT LE COURRIER ÉLECTRONIQUE AVEC DES PATIENTS À DES FINS CLINIQUES, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes ayant déclaré avoir recours au courrier électronique avec leurs patients à des fins cliniques selon la question suivante : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec les patients à des fins cliniques? ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS PAPIER ET ÉLECTRONIQUES, OU SEULEMENT ÉLECTRONIQUES, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins dont la tenue des dossiers dans le principal milieu de soins aux patients est une combinaison de dossiers papier et électroniques ou seulement électroniques. Sont incluses dans les données les médecins de famille et les médecins spécialistes.

La question posée est la suivante : « Dans votre principal milieu de soins aux patients, lequel des énoncés suivants décrit votre système de tenue de dossiers? »

- > -Des dossiers sur papier seulement
- > -Une combinaison de dossiers sur papier et électroniques
- > -Des dossiers électroniques au lieu des dossiers sur papier

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UNE INTERFACE ÉLECTRONIQUE AVEC D'AUTRES SYSTÈMES EXTERNES POUR L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS OU LE PARTAGE DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PATIENTS, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès aux renseignements ou le partage de renseignements concernant les patients ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UNE INTERFACE ÉLECTRONIQUE AVEC LES SERVICES DE LABORATOIRE ET D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes qui ont utilisé une interface électronique avec les services de laboratoires et d'imagerie diagnostique à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES SYSTÈMES D'AVERTISSEMENT ÉLECTRONIQUE POUR SIGNALER LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES INDÉSIRABLES DANS LES SOINS AUX PATIENTS, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et(ou) interactions médicamenteuses indésirables ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée ajusté selon l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes de moins de 75 ans.

Sont exclus des données les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les décès avant la sortie de l'hôpital.

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/ICD-9-CM et la CIM-10-CA. Les sept conditions considérées comme propices aux soins ambulatoires sont les suivantes : l'épilepsie et autres états de mal épileptique; les maladies pulmonaires obstructives chroniques; l'asthme; l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire; l'hypertension; l'angine; le diabète.

Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont considérées comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions en raison de ces conditions ne soient pas toutes évitables, des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le déclenchement de ce type de maladie, aider à maîtriser une maladie ou un état épisodique de soins de courte durée ou permettre de prendre en charge une maladie ou une affection chronique (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateur de santé 2012).

Source :

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

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : norme fixée à 95 %

Définition :

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

Pour les années 2003 et 2005, la question était la suivante : « 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 et vaccins contre la grippe). 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 généralistes. 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 2006.

Source :

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

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Nombre d'examens en 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.²⁸ » Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens²⁹ ».

« 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 organes³⁰. »

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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente.³¹

28. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

29. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

30. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 7.

31. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

* 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2011.

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 : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Nombre d'examens à l'aide d'un appareil 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 examen³² ». Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens³³ ».

« 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 contraste³⁴ »

32. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

33. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

34. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 19.

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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente.³⁵

* 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2011.

Institut de la statistique du Québec et Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, Tableau statistique canadien, juillet 2008.

TAUX NORMALISÉ D'HOSPITALISATIONS EN SOINS DE COURTE DURÉE, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants.

L'estimation de la population du Canada en 2001-2002 a été utilisée comme population de référence. La population est aussi ajustée en fonction de la structure par âge et par sexe.

Pour le dénombrement et la comparabilité des données entre provinces, il est à noter que deux petits établissements de soins de courte durée de l'Ontario n'ont soumis aucune période de données à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2010-2011. Depuis 2006-2007, les données sur les lits en santé mentale pour adultes hospitalisés en Ontario ne figurent plus dans la BDMH. Ainsi, en vue de faciliter les comparaisons au fil du temps à l'échelle de l'Ontario et du Canada, les données à compter de 2006-2007 du SIOSM ont été ajoutées à celles sur les hospitalisations en soins de courte durée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale.

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

35. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

Définition :

Taux 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 et plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde 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 s'appuie sur les estimations démographiques au 1er octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Taux 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 et plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde 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 s'appuie sur les estimations démographiques au 1er octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

VALEUR MOYENNE DES DONS ANNUELS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, PAR HABITANT DE 15 ANS ET PLUS, EN \$ CAN

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Montant moyen des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus (à l'exclusion des résidents à temps plein des Forces armées canadiennes et des pensionnaires d'institutions) en dollars canadiens.

Sont exclus des données, les dons de nourriture, de vêtements, de jouets et de produits ménagers, ainsi que les dons à un organisme de charité ou à un organisme sans but lucratif.

Source :

Statistique Canada (2010). Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation (ECDBP).

NOMBRE MOYEN ANNUEL D'HEURES DE BÉNÉVOLAT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, PAR HABITANT DE 15 ANS ET PLUS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures de bénévolat effectuées par les bénévoles en santé et en services sociaux par habitant de 15 ans et plus par année.

Sont exclus des données le bénévolat non encadré ou l'aide directe à autrui ainsi que les résidents à temps plein des Forces armées canadiennes et des pensionnaires d'institutions.

Le bénévolat peut se faire sous deux formes : l'aide encadrée et l'aide directe à autrui (ou bénévolat non encadré). L'aide encadrée réfère aux bénévoles qui ont fourni un service sans rémunération pour le compte d'un groupe ou d'un organisme au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette définition comprend toute aide non rémunérée fournie à une école, à un organisme religieux ou à une association communautaire ou sportive. Quant à l'aide directe à autrui (ou bénévolat non encadré), elle réfère aux bénévoles qui ont aidé les autres de leur propre chef, c'est-à-dire sans l'entremise d'un groupe ou d'un organisme au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cela inclut l'aide prodiguée aux amis, aux voisins et aux personnes apparentées, mais exclut l'aide fournie aux personnes habitant dans le même ménage que le répondant (Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes : bénévolat au Canada, n°93).

Source :

Statistique Canada (2010). Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation (ECDBP).

DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Montant des dépenses administratives par rapport au montant des dépenses totales, en pourcentage.

Les dépenses administratives sont les dépenses de l'entité juridique qui ont été consacrées à des services administratifs tels que les finances, les ressources humaines et les communications.

Un pourcentage élevé des dépenses administratives indique que les coûts administratifs constituent une grande partie des dépenses hospitalières de la région; un faible pourcentage indique que les coûts administratifs représentent une petite partie des dépenses hospitalières de la région.

* Les résultats doivent être interprétés avec prudence. La cotisation au régime de pensions pour le personnel au Québec ne reflète pas les dépenses des organismes de santé car ils sont financés directement par le gouvernement. En tant que tel, cette dépense est exclue des organismes du Québec. Dans les autres provinces et territoires, cette cotisation est financée par les organismes de santé et comme tel est inclus dans les dépenses de ces organismes de santé. L'amortissement de l'équipement n'est pas déclaré dans les centres d'activités des organismes du Québec. En tant que tel, cette dépense est exclue des organismes du Québec. Dans les autres provinces et territoires, cette dépense est déclarée au niveau du centre d'activité et est incluse dans les dépenses de ces organismes de santé. La cotisation à la pension et l'amortissement de l'équipement contribuerait pour environ 3,5 à 4,5 % au dénominateur (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens : Points à prendre en considération pour le Québec*, 2012).

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

> PRODUCTION

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 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES AYANT EU DE LA DIFFICULTÉ À ACCÉDER À DES SOINS DE ROUTINE OU DE SUIVI AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi avec un médecin au cours des 12 derniers mois.

Par « soins de routine ou de suivi » on désignait les soins de santé prodigués par un médecin de famille ou un omnipraticien, y compris un examen annuel, des analyses de sang ou des soins de routine pour traiter un problème de santé courant (renouvellement d'ordonnances). Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré », et « refus »). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 1991.

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 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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

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 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus qui a 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 la vie en danger dans l'immédiat. Le temps d'attente pour les chirurgies non urgentes est défini comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son chirurgien ont décidé de procéder à l'opération et le jour où celle-ci a eu lieu. Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 1991.

Source :

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

[PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE SIX MOIS POUR UNE CHIRURGIE DE LA HANCHE, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100%

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la hanche, en %.

Sont exclus des données tous les cas urgents, les chirurgies partielles et les surfaçages de la hanche non urgents.

Depuis 2005, les ministres de la Santé ont publié les délais de référence en matière de temps d'attente, soit un délai de 26 semaines pour une arthroplastie de la hanche. Un délai de référence est un délai jugé convenable selon les données cliniques pour subir une intervention. Dans le rapport de 2011, les délais de référence ont été pris en compte dans l'estimation à l'échelle du Canada du pourcentage des patients ayant subi une chirurgie de la hanche.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Les temps d'attente au Canada.

[PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE SIX MOIS POUR UNE CHIRURGIE DU GENOU, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100%

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie du genou, en %.

Sont exclus des données tous les cas urgents, les surfaçages du genou et les jours où le patient n'était pas libre.

Depuis 2005, les ministres de la Santé ont publié les délais de référence en matière de temps d'attente, soit un délai de 26 semaines pour une arthroplastie de la hanche. Un délai de référence est un délai jugé convenable selon les données cliniques pour subir une intervention. Dans le rapport de 2011, les délais de référence ont été pris en compte dans l'estimation à l'échelle du Canada du pourcentage des patients ayant subi une arthroplastie du genou.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Les temps d'attente au Canada.

[PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE QUATRE MOIS POUR UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100%

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte, en pourcentage.

Sont exclus des données tous les cas urgents ainsi que les jours où le patient n'était pas libre.

Depuis 2005, les ministres de la Santé ont publié les délais de référence en matière de temps d'attente, soit un délai de 16 semaines pour une chirurgie de la cataracte. Un délai de référence est un délai jugé convenable selon les données cliniques pour subir une intervention. Dans le rapport de 2011, les délais de référence ont été pris en compte dans l'estimation à l'échelle du Canada du pourcentage des patients présentant un risque élevé ayant subi une chirurgie de la cataracte.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Les temps d'attente au Canada.

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée de 15% à 20%

Définition :

Pourcentage des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins de courte durée (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 exclus les accouchements durant lesquels une intervention d'avortement ou une grossesse se termine par un avortement, les grossesses multiples, les accouchements avant terme et les accouchements dont les patientes sont âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans.

Les accouchements avant terme et les naissances multiples font partie des indications principales de la césarienne. Il se peut que les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires présentent un taux plus élevé de tels cas complexes. L'exclusion de tels cas de l'analyse permet d'offrir aux hôpitaux un suivi plus précis de leur taux de césariennes et d'accroître la comparabilité des taux entre les hôpitaux.

Il est implicitement entendu que des taux élevés signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né. 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 maternelles 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2008).

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC).

TAUX D'ACCOUchements VAGINAUX APRÈS UNE CÉSARIENNE, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des femmes accouchant par voie vaginale après avoir subi une césarienne lors d'un accouchement précédent.

Sont exclus des données, les patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission et les accouchements durant lesquels une intervention d'avortement ou de grossesse qui se termine par un avortement.

Les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) réussis sont associés à des antécédents d'accouchement vaginal spontané (antérieur à la première césarienne), à un âge de la mère inférieur à 40 ans, à un poids à la naissance de moins de 4 000 grammes et à l'absence de facteurs de risques connus de morbidité maternelle, comme l'obésité, des antécédents de dystocie et les césariennes répétées. Le risque le plus important chez les femmes qui tentent d'accoucher par voie vaginale après une césarienne est la rupture utérine.

Les taux normaux canadiens d'AVAC et de césariennes sont encore incertains; il est donc essentiel de comparer les taux au fil du temps et entre les hôpitaux pour mieux comprendre les habitudes de pratique et les résultats pour les mères.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS GÉNÉRALES DANS LES 30 JOURS, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. Le résultat de balisage de la Nouvelle-Écosse est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions générales imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après des épisodes de soins pour les groupes de patients admis en soins obstétricaux, pédiatriques, chirurgicaux et médicaux pour adultes, en %. Sont exclus les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS CHIRURGICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. Le résultat de balisage de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve et Labrador ainsi que du Nouveau-Brunswick est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins chirurgicaux pour adultes. Sont exclus des données les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Les soins chirurgicaux regroupent les interventions coronariennes percutanées (ICP), les colostomies ou entérostomies, les arthroplasties unilatérales du genou, les hystérectomies (pour des affections bénignes) et l'implant ou le retrait d'un stimulateur cardiaque (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS MÉDICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. Le résultat de balisage de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve et Labrador ainsi que du Nouveau-Brunswick est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins médicaux pour adultes, en %.

Les soins médicaux englobent les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, les troubles digestifs et l'arythmie (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS OBSTÉTRICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. Le résultat de balisage de l'Alberta et du Québec est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins obstétricaux.

Les soins obstétricaux réfèrent à un épisode de soins pour lequel il y a présence d'au moins un enregistrement dont la catégorie clinique principale (CCP) est 13, c'est-à-dire à la grossesse et à l'accouchement (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Sont exclus du numérateur les épisodes où l'on trouve la présence des codes suivants : accouchement (CIM-10-CA : O10-O16, O21-O29, O30-O37, O40-O46, O48, O60-O69, O70-O75, O85-O89, O90-O92, O95, O98, O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2; ou Z37 inscrit dans tout champ de diagnostic) ainsi que le code de diagnostic principal de chimiothérapie pour une tumeur (CIM-10-CA : Z51.1).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de

réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSION DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS PÉDIATRIQUES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. Le résultat de balisage de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Alberta est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins pédiatriques.

Les soins pédiatriques comprennent tous les épisodes de soins à des patients hospitalisés de 19 ans ou moins d'abord hospitalisés et réadmis dans les 30 jours suivant la sortie (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Sont exclus du numérateur les admissions non urgentes, les admissions pour accouchement, pour maladie mentale ou pour chimiothérapie, de même que les soins palliatifs.

Sont également exclus des soins pédiatriques les épisodes s'étant terminés par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou un non-retour d'un congé temporaire, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés), les épisodes comprenant des soins en santé mentale à des patients hospitalisés, les épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patients hospitalisés, les épisodes concernant des nouveau-nés et les épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés.

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

NOMBRE MOYEN D'EXAMENS RÉALISÉS PAR APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM), RATIO

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 examen³⁶ » Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens³⁷ ».

Le calcul doit inclure une estimation pondérée des appareils pour lesquels des examens ont été déclarés (par exemple, un appareil dont l'utilisation clinique est estimée à 60 % = 0,6 appareil). Cette méthode permet d'éviter une sous-estimation, étant donné que les appareils utilisés principalement aux fins des recherches produisent moins d'examens et devraient avoir moins de poids. Cette méthode correspond à celle utilisée pour la publication des données de 2009, mais pas à celle des publications précédentes (ICIS, l'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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente.³⁸

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 (ICIS), *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 tiennent compte du nombre d'appareils en date du 1er janvier.

** 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

36. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

37. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

38. *Ibid.*, p. 4.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 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 : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 examen³⁹ ». Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens⁴⁰ ».

Le calcul doit inclure une estimation pondérée des appareils pour lesquels des examens ont été déclarés (par exemple, un appareil dont l'utilisation clinique est estimée à 60 % = 0,6 appareil). Cette méthode permet d'éviter une sous-estimation, étant donné que les appareils utilisés principalement aux fins de recherche produisent moins d'examens et devraient avoir moins de poids. Cette méthode correspond à celle utilisée pour la publication des données de 2009, mais pas à celle des publications précédentes (ICIS, 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, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente⁴¹.

« 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

39. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 2.

40. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). *Notes techniques: Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, p. 4.

41. *Ibid.*, p. 4.

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 contraste⁴². »

* Les nombres d'examens présentés ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée et tiennent compte du nombre d'appareils en date du 1er janvier.

** 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 et par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 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'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DE PATIENT HOSPITALISÉ DANS L'UNITÉ DE SOINS INFIRMIERS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des soins infirmiers de l'hôpital, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées en soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins donnés aux malades chroniques) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés.

Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE DIAGNOSTIC

Année : 2010-2011

42. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada*, p. 19.

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services diagnostics des hôpitaux, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patients hospitalisés. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetés dans le service de diagnostic (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services diagnostiques fournis pour les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE LABORATOIRE CLINIQUE

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. La donnée du Manitoba n'a pas été retenue puisqu'elle constitue une donnée atypique et peu fiable.

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services de laboratoire clinique, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées des laboratoires (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services de laboratoires cliniques pour les soins de courte durée uniquement. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE PHARMACIE

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des centres d'activités des pharmacies, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées dans le service de pharmacie (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services pharmaceutiques pour les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois d'après la réponse « oui » à la question « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe saisonnière ? » et d'après la réponse « moins d'un an » à la question « À quand remonte votre dernier vaccin contre la grippe saisonnière ? ». Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 2011.

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 : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 six mois » OU « de six mois à moins d'un an » OU « d'un an à moins de deux ans » à la question « À quand remonte la dernière fois ? ».

Source :

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

[PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UN BON NIVEAU DE COORDINATION ENTRE LES SPÉCIALISTES ET LES MÉDECINS DE FAMILLE, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Pourcentage des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré avoir expérimenté un bon niveau de coordination entre les médecins spécialistes et les médecins de famille.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à cette enquête. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

[PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI RELÈVENT QU'UN MÉDECIN DE FAMILLE COORDONNE TOUJOURS OU SOUVENT LEURS SOINS, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Nombre de personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont déclaré qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des

personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI ONT RELEVÉ UN PROBLÈME DE COORDINATION LIÉ AUX EXAMENS OU AUX DOSSIERS MÉDICAUX AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Nombre de personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont déclaré avoir relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

PROPORTION DES PERSONNES QUI ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU QUI ONT EU UNE OPÉRATION CHIRURGICALE AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE BONNE COORDINATION DES SOINS À LA SORTIE DE L'HÔPITAL, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Nombre de personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant déclaré avoir bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins l'une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ AYANT UNE PERSONNE QUI SE CHARGE DE TOUS LES SOINS LIÉS AUX MALADIES CHRONIQUES, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Pourcentage des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui indiquent qu'une personne se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques.

Le sondage du Commonwealth Fund a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les personnes retenues pour le sondage devaient remplir au moins une des conditions suivantes au cours des deux dernières années : « être en mauvaise santé ou avoir une santé moyenne (auto-évaluation) »; « avoir une maladie importante ou chronique, une blessure ou une incapacité ayant requis beaucoup de soins médicaux »; « avoir été hospitalisé (à l'exception d'un accouchement sans complications) »; « avoir subi une chirurgie majeure ».

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

Près de 19 000 personnes, dans 11 pays, ont participé à l'enquête internationale de 2011 du Commonwealth Fund. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 18 ans et plus a été recueilli à travers les 10 provinces et les 3 territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec.

Les données ont été pondérées en trois temps. D'abord, les données du Québec ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe des personnes ayant été hospitalisées ou ayant eu une chirurgie d'un jour (données MED-ÉCHO). Ensuite, aux fins de comparaison internationale, les données de chacun des pays ont été pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

> ATTEINTE DES BUTS

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui sont 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 trois 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 de l'activité (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure). 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 et 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).

PROPORTION DE LA POPULATION CONSOMMANT 5 PORTIONS ET PLUS DE FRUITS ET LÉGUMES PAR JOUR, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir consommé au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, d'après les réponses aux questions suivantes : « à quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate ?; mangez-vous habituellement des fruits ?; mangez-vous (habituellement) de la salade verte; mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles; mangez-vous (habituellement) des carottes; sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement ? » Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Selon l'OMS, le fait de manger des fruits et légumes variés permet clairement de consommer en quantité appropriée la plupart des micronutriments, des fibres alimentaires et diverses substances non nutritives essentielles. De même, une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel.

La charge de morbidité mondiale imputable à la faible consommation de fruits et légumes se répartit entre les maladies cardiovasculaires pour près de 85 % et les cancers, pour 15 %. Le rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO publié récemment sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques

fixe les objectifs en matière de nutriments pour la population et recommande une consommation d'un minimum de 400 g de fruits et légumes par jour pour la prévention des maladies chroniques, telles que les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité (OMS, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/fr/index.html>).

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE D'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 30 et plus d'après les réponses aux questions suivantes : « 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 et 11 pouces (2,108 mètres).

L'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'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'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 ainsi que 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 : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 suivante : « 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 : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres et 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).

[TAUX D'ALLAITEMENT, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage des mères de 15 à 55 ans ayant eu un bébé au cours des 5 dernières années qui ont déclaré avoir allaité, ou essayé d'allaiter leur bébé.

Par mères qui ont « commencé à allaiter », on entend les mères qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant, même pour une brève période.

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 ont un faible poids et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, un 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-utérin.

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 : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année.

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, Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès.

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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.
Statistique Canada, Base de données sur les naissances.
Statistique Canada, Base de données sur les décès.

TAUX DE MORTALITÉ LIÉE À DES CAUSES TRAITABLES, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

La prévention secondaire est un dépistage ou une intervention précoce visant à identifier une maladie et à en retarder la progression à un stade précoce ou préclinique ainsi qu'à minimiser l'incapacité de la personne atteinte. Ce type de prévention vise à réduire la létalité de la maladie.

La prévention tertiaire est une intervention qui réduit l'incidence de l'incapacité résultant de l'évolution complète d'une maladie au moyen de l'élimination, de la réduction (ICIS, Indicateur de santé, 2012).

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès liés à des causes évitables et traitables chez les personnes de moins de 75 ans et le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. Le calcul se fait en divisant la somme des écarts entre 75 ans et l'âge au décès lié à des causes évitables et traitables par le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

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

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012.
Statistique Canada, Statistique de l'état civil.
Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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

Source :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 âge de la population du recensement du Canada de 1991.

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Bases de données sur les naissances et sur les décès et l'appendice II de la publication « Mortalité : liste sommaire des causes » (numéro 84F0209XIF au catalogue).

Statistique Canada, 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 : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : X60-X84, Y87).

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 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.
Statistique Canada, Division de la démographie (estimations de la population).

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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

Le dénominateur correspond aux personnes de 12 ans et plus qui déclarent des mesures donnant une idée globale de la santé fonctionnelle fondée sur 8 attributs fonctionnels (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur).

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 de marcher avec difficulté, d'avoir besoin d'aide pour marcher et d'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).

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Année : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des 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).

ÉCART INTRAPROVINCIAL ENTRE LES GENRES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Différence intraprovinciale entre l'espérance de vie des femmes à 65 ans et l'espérance de vie des hommes à 65 ans.

L'espérance de vie est le 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 au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Statistique Canada, Base de données sur les naissances.
Statistique Canada, Base de données sur les décès.
Statistique Canada, Division de la démographie (estimations de la population).

ÉCART INTRAPROVINCIAL ENTRE LES GENRES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, RATIO

Années : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) par les hommes de 0 à 74 ans, par rapport aux années potentielles de vie perdues par les femmes de 0 à 74 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. Sont exclus les décès des non-résidents du Canada, les décès des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et les décès de personnes d'âge inconnu.

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

Sources :

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

RATIO DES TAUX DE DISPARITÉ DE REVENU POUR UN ÉVÉNEMENT D'INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE MENANT À UNE HOSPITALISATION

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1.

Définition :

Le taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation mesure le nombre de premières hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence. Le calcul de ce taux se fait en divisant le total des nouveaux événements d'IAM chez les personnes de 20 ans et plus par le total de la population de 20 ans et plus au milieu de la période.

Le ratio des taux de disparité mesure le rapport entre le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier le plus élevé (Q5). Les quintiles de revenu correspondent aux petites régions géographiques divisées en cinq groupes démographiques équivalents. Le premier quintile correspond au revenu de quartier le plus bas et le cinquième, au revenu le plus élevé.

Le ratio des taux de disparité montre le rapport entre le groupe socioéconomique le moins élevé et le groupe le plus élevé dans une province ou un territoire. Il doit être évalué en combinaison avec d'autres mesures, comme le taux de l'indicateur pour chaque quintile de revenu du quartier ainsi que la réduction potentielle du taux. L'intervalle de confiance de 95 % est fourni afin de faciliter l'interprétation. S'il ne contient pas la valeur 1, le ratio des taux indique une disparité statistiquement significative entre les taux du Q1 et du Q5 au sein d'une province ou d'un territoire. Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

* 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), Indicateurs de santé 2012.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Base de données sur les congés des patients.
MSSS, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale⁴³. » Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

*La balise de performance correspond à la moyenne des 3 résultats les plus élevés parmi les provinces canadiennes.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé.

43. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2008). Tendances des dépenses nationales de santé, p. 66.

> PANORAMA SOCIO SANITAIRE DE LA POPULATION

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Années : 2007-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

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, ainsi que 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 :

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

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION PERCEVANT SA VIE COMME ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTE, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes, en %.

Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, selon la perception de la personne ou, dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 âge de la population du recensement du Canada de 1991.

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

Statistique Canada, Division de la démographie (estimations de la population).

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES ENTRAÎNANT DES LIMITATIONS, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois, blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Les lésions dues aux mouvements répétitifs sont exclues. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, on prend en considération la blessure la plus grave selon 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 : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Taux 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 diagnostic relatifs à l'intoxication, aux événements indésirables, à la suffocation, aux séquelles et à 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 âge 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 (ICIS), Registre national des traumatismes (RNT).
Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 : 2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par 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 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.
Statistique Canada, Base de données sur les décès.
Statistique Canada, Division de la démographie (estimations de la population).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge 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 du décès totalisée est la cause initiale du 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 du décès.

Sources :

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

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

Années : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par 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 potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul 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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge 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 du décès totalisée est la cause initiale du 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 du décès.

Sources :

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

Années : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par 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 potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul 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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

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

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge 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 du décès totalisée est la cause initiale du 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 du décès.

Sources :

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

Années : 2005-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par 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 potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul 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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> ADAPTATION

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT POUR L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES-SERVICES ET DES SERVICES MÉDICAUX, EN \$ CAN

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Dépenses publiques de santé pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, par habitant.

Afin de tenir compte des dépenses publiques de santé investies dans les soins donnés aux patients, le calcul de l'indicateur prend en considération les dépenses des programmes-services, et non celles des programmes-soutien.

Le calcul prend aussi en compte les coûts normalisés en services médicaux afin de comptabiliser les salaires des médecins. Les coûts normalisés représentent uniquement la rémunération de base versée aux médecins; ils n'incluent pas la majoration prévue pour des services rendus dans des territoires insuffisamment pourvus de médecins. Par souci de correspondance entre les coûts normalisés produits par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) annuellement (2010) et les coûts des programmes-services présentés par année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante, les coûts en services médicaux du premier trimestre de 2011 ont été estimés à partir de la moyenne du ratio régional entre coûts normalisés et coûts bruts au cours des quatre dernières années. Il est à noter que cette méthodologie particulière ayant pour but de présenter les dépenses publiques réelles estimées pour l'année financière 2010-2011 n'influe, au maximum, que pour une différence de 0,2 % sur le résultat final de l'indicateur.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Contour financier, dépenses par programme et par région, 2010-2011.

MSSS, Projections ISQ, Pondération par indice de besoin par territoire CSSS.

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

COÛT AJUSTÉ PAR HABITANT DU PROGRAMME-SERVICE SANTÉ PHYSIQUE, EN \$ CAN

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Le coût par habitant mesure la disponibilité des ressources financières pour le programme-service Santé physique en fonction de la population pondérée du territoire au 1^{er} juillet de l'année à l'étude. Le calcul se fait en divisant les dépenses du secteur d'activité Santé physique des établissements d'une région au 31 mars de l'année à l'étude par le nombre de personnes du même secteur habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude. Pour obtenir le nombre de personnes du secteur Santé physique habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude, on multiplie la population par l'indice de besoins.

L'indice de besoins correspond au ratio régional de la consommation attendue ajustée selon les caractéristiques individuelles et régionales de la population à celle obtenue au prorata de la population non ajustée. À la base, la consommation attendue est évaluée pour les hospitalisations, la chirurgie d'un jour, l'urgence, les consultations externes spécialisées et les services diagnostiques courants qui font suite à une consultation médicale. La consommation totale est la somme de la consommation pour chacun de ces services en prenant soin de les relativiser en fonction de leur coût moyen. En regard des hospitalisations, certaines régions ont un écart significatif entre la consommation observée et attendue pour les chirurgies. D'ici à ce que des analyses soient effectuées pour expliquer les causes de ces écarts, la consommation attendue est ajustée pour les limiter à 3 %.

Par la suite, la répartition de la consommation attendue par région est modifiée pour prendre en considération les pressions supplémentaires sur le système de soins de santé de certaines régions, causées par l'absence de cabinets privés et par les caractéristiques régionales. Parce que l'écart est parfois très élevé, il est limité à 10 % et des analyses additionnelles sont requises pour déterminer les causes des écarts régionaux supérieurs à 10 %. Ces calculs ont été effectués pour les années 2007-2008 à 2009-2010 et l'indice de besoins retenu est la moyenne de ces trois années (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2011-2012).

Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux, ou encore aux besoins d'un groupe de personnes ayant une problématique commune.

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme nécessitant des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il comprend donc précisément les urgences; les épisodes de soins aigus, les visites spécialisées et surspécialisées en service ambulatoire ainsi que les visites spécialisées à domicile; les soins palliatifs; les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Contour financier, dépenses par programme et par région, 2010-2011.

MSSS, Projections ISQ, Pondération par indice de besoin par territoire CSSS.

COÛT AJUSTÉ PAR HABITANT DU PROGRAMME-SERVICE SANTÉ MENTALE, EN \$ CAN

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Le coût par habitant mesure la disponibilité des ressources financières pour le secteur d'activité Santé mentale en fonction de la population pondérée du territoire au 1^{er} juillet de l'année à l'étude. Le calcul se fait

en divisant les dépenses du secteur d'activité Santé mentale des établissements d'une région au 31 mars de l'année à l'étude par le nombre de personnes ciblées par ce même secteur habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude.

Pour obtenir le nombre de personnes ciblées par le secteur Santé mentale habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude, on multiplie la population par l'indice de besoins.

L'indice de besoins est formé de trois composantes :

- > deux indicateurs pour les adultes, dont un pour les troubles graves et un pour les troubles modérés;
- > un indicateur pour les jeunes (de moins de 18 ans).

L'indice de besoins pour les troubles graves a été mis à jour, ce qui a modifié l'indicateur et retiré la variable « Taux de personnes adultes schizophrènes ». En ce qui concerne les deux autres indicateurs, les paramètres n'ont pas changé. Cependant, le profil populationnel de la défavorisation utilisé est celui de 2006 (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2011-2012).

Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux, ou encore aux besoins d'un groupe de personnes ayant une problématique commune.

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Les services sont destinés aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique menant à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative sur le plan tant des relations interpersonnelles que des compétences sociales de base; aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à un niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur (Ministère de la Santé et des Services Sociaux).

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Contour financier, dépenses par programme et par région, 2010-2011.

MSSS, Projections ISQ, Pondération par indice de besoin par territoire CSSS.

COÛT AJUSTÉ PAR HABITANT DU PROGRAMME-SERVICE PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT, EN \$ CAN

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Le coût par habitant mesure la disponibilité des ressources financières pour le secteur d'activité Perte d'autonomie liée au vieillissement, en fonction de la population de 65 ans et plus pondérée du territoire au 1^{er} juillet de l'année à l'étude. Le calcul se fait en divisant les dépenses du secteur d'activité Perte d'autonomie liée au vieillissement par le nombre de personnes de 65 ans et plus ciblées du même secteur d'activité habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude.

Pour obtenir le nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude, on multiplie la population de 65 ans et plus par l'indice de besoins.

L'indice de besoins du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) est composé de trois indicateurs : les services d'hébergement et les ressources intermédiaires; le soutien à domicile; le pourtour des services d'hébergement incluant les services résiduels.

L'indicateur de besoins PALV équivaut à la moyenne pondérée par le poids financier respectif de chacun des indicateurs de besoins pour les trois volets du programme (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2011-2012).

Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux, ou encore aux besoins d'un groupe de personnes ayant une problématique commune.

Le programme PALV regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage, que ces services soient dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs. Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement à cause de l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques (Ministère de la Santé et des Services sociaux).

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Contour financier, dépenses par programme et par région, 2010-2011.

MSSS, Projections ISQ, Population de 65 ans et plus, Pondération par indice de besoin par territoire CSSS.

NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 quand 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.

Sources :

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier d'inscription des professionnels.

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

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 quand 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.

Sources :

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

NOMBRE DE MÉDECINS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes actifs, pour 1 000 habitants.

Il s'agit des médecins omnipraticiens et 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. 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. 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 quand 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.

Sources :

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

NOMBRE D'EFFECTIFS DU RÉSEAU (CADRES ET EMPLOYÉS), POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

Sont exclus des données les professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la main-d'œuvre indépendante, le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la RAMQ, des organismes communautaires et des établissements privés non conventionnés.

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, 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.

** 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.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Banque de données sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux.
MSSS (2010). *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*.
Institut de la statistique du Québec.

NOMBRE D'INFIRMIÈRES EN ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET (ETC), POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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, à temps partiel régulier et à temps partiel occasionnel.

partiel occasionnel. 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 fait 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, ce qui rend 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.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Banque de données sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

MSSS (2010). *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.*

Institut de la statistique du Québec.

NOMBRE DE PHARMACIENS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants.

La main-d'œuvre chez les pharmaciens représente le nombre total de pharmaciens réparti dans les cinq catégories suivantes :

- > Pharmaciens salariés (pharmacie de pratique privée)
- > Pharmaciens propriétaires
- > Pharmaciens salariés (établissement de santé)
- > Pharmaciens suppléants
- > Autres (industrie, recherche ou sans emploi (maternité, maladie, autre), gouvernement, organisme, consultation, conseil, enseignement, association, chaînes et bannières, autres professions, militaire)

Source :

Ordre des pharmaciens du Québec, Rapports annuels de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

NOMBRE DE LITS DE SOINS AIGUS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de lits dressés pour des soins physiques de courte durée 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 et plus par lit pour une année

donnée dans la catégorie des soins de santé physique et de gériatrie 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. Cela 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.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), base de données de STATEVO (regroupant les rapports statistiques annuels des établissements publics privés conventionnés du réseau sociosanitaire). MSSS (2010). *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*. Institut de la statistique du Québec.

NOMBRE DE LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE, POUR 1 000 HABITANTS DE 65 ANS ET PLUS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de lits dressés pour l'hébergement et les soins de longue durée 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.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (formulaire AS-478). MSSS (2010). *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*. Institut de la statistique du Québec.

NOMBRE D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées pour 100 000 habitants.

Les infirmières praticiennes spécialisées sont des infirmières qui possèdent une expérience clinique dans un domaine spécifique et qui ont reçu une formation avancée de deuxième cycle en sciences infirmières et en

sciences médicales leur permettant de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé a permis d'actualiser le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. En plus des 14 activités réservées à la profession d'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée peut exercer 5 activités médicales, en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, et ce, à certaines conditions. Ces activités jusqu'alors réservées aux médecins sont les suivantes :

1. Prescrire des examens diagnostiques;
2. Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
3. Prescrire des médicaments et d'autres substances;
4. Prescrire des traitements médicaux;
5. Prescrire des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Pour exercer ces activités médicales, l'infirmière doit obtenir un certificat de spécialiste délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et être habilitée à les exercer en vertu d'un règlement du Collège des médecins du Québec.

Source :

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

[PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT LE COURRIER ÉLECTRONIQUE AVEC DES COLLÈGUES À DES FINS CLINIQUES, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré avoir recours au courrier électronique pour communiquer avec leurs collègues à des fins cliniques selon la question suivante : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec les collègues à des fins cliniques ? »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT LE COURRIER ÉLECTRONIQUE AVEC DES PATIENTS À DES FINS CLINIQUES, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré avoir recours au courrier électronique avec leurs patients à des fins cliniques selon la question suivante : « Utilisez-vous le courriel, quel que soit le contexte, pour communiquer avec les patients à des fins cliniques ? »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS PAPIER ET ÉLECTRONIQUES, OU SEULEMENT ÉLECTRONIQUES, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins dont la tenue des dossiers dans le principal milieu de soins aux patients est une combinaison de dossiers papier et électroniques ou seulement électroniques. Sont incluses dans les données les médecins de famille et les médecins spécialistes.

La question posée est la suivante : « Dans votre principal milieu de soins aux patients, lequel des énoncés suivants décrit votre système de tenue de dossiers ?

- Des dossiers sur papier seulement
- Une combinaison de dossiers sur papier et électroniques
- Des dossiers électroniques au lieu des dossiers sur papier

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UNE INTERFACE ÉLECTRONIQUE AVEC D'AUTRES SYSTÈMES EXTERNES POUR L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS OU LE PARTAGE DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PATIENTS, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé une interface électronique avec d'autres systèmes externes pour l'accès aux renseignements ou le partage des renseignements concernant les patients à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. hôpitaux ou autres cliniques) pour l'accès aux renseignements ou le partage de renseignements concernant les patients ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UNE INTERFACE ÉLECTRONIQUE AVEC LES SERVICES DE LABORATOIRE ET D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes qui ont utilisé une interface électronique avec les services de laboratoires et d'imagerie diagnostique à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES SYSTÈMES D'AVERTISSEMENT ÉLECTRONIQUE POUR SIGNALER LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES INDÉSIRABLES DANS LES SOINS AUX PATIENTS, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions médicamenteuses indésirables dans les soins aux patients à partir d'un ordinateur de bureau ou portable.

À la question : « Veuillez indiquer lesquels des moyens suivants vous utilisez dans les soins à vos patients », les médecins devaient répondre « oui » pour « Systèmes d'avertissement électronique pour signaler les prescriptions et(ou) interactions médicamenteuses indésirables ».

Source :

Sondage national des médecins 2010.

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée ajusté selon l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes de moins de 75 ans.

Sont exclus les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les décès avant la sortie de l'hôpital.

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/ICD-

9-CM et la CIM-10-CA. Les sept conditions considérées comme propices aux soins ambulatoires sont l'épilepsie et les autres états de mal épileptique; les maladies pulmonaires obstructives chroniques; l'asthme; l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire; l'hypertension; l'angine; le diabète.

Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont considérées comme une mesure d'accès à des soins primaires appropriés. Bien que les admissions en raison de telles conditions ne soient pas toutes évitables, des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le déclenchement de ce type de maladie, aider à maîtriser une maladie ou un état épisodique de soins de courte durée ou permettre de prendre en charge une maladie ou une affection chronique (ICIS, Indicateur de santé 2012).

* 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 la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients (BDPC).

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Balise d'excellence : Norme établie à 3%

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 de 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 soins 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, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

[TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS AVEC ESCARRES DE DÉCUBITUS \(PLAIES DE LIT\), POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 CHSGS sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou 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).

*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 (MSSS), Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

MSSS (2010). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

PROPORTION DE LA POPULATION INSCRITE DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF), EN %, AU 31 MARS

Année : 2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

Un 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 de services sociaux, les centres hospitaliers, les pharmacies communautaires, etc.

L'implantation des 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 (MSSS) met en place des GMF afin de favoriser l'accès à un médecin de famille pour tous et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux, en plus de valoriser le rôle du médecin de famille (MSSS, <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?a-propos-fr>).

Sources :

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

MSSS (2010). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.*

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 95%

Définition :

Proportion ajustée des 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 la suivante : « 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 généralistes. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 2006.

Source :

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

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

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, Service du développement et de l'évaluation des technologies. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.

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

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Nombre d'examens effectués 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 Québec.

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

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à la consommation attendue

Définition :

Rapport entre la consommation de la population d'un territoire en médecins équivalents temps complet (ETC) et sa consommation attendue en médecins ETC pour les services médicaux en 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 ETC correspond cette consommation.

La consommation attendue des services médicaux en 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 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 est plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM).

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à la consommation attendue

Définition :

Rapport entre la consommation de la population d'un territoire en médecins équivalents temps complet (ETC) et sa consommation attendue en médecins ETC 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 ETC 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 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 est plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM).

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

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'usager. Le calcul est établi en fonction de la région de résidence des bénéficiaires, et non pas du lieu de l'hospitalisation, et se base sur les 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 celles 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, l'hébergement ou 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.

Sources :

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

MSSS, Statistiques sur l'hospitalisation pour des soins de courte durée au Québec.

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Taux 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 et plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde 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 basé sur les estimations démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Taux 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 et plus.

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde 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 basé sur les estimations démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

*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 la morbidité hospitalière (BDMH).
ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDCP).
ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

TAUX D'UTILISATION DES SERVICES EN CLSC, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage de la population qui utilise les services offerts en CLSC.

Le calcul se fait en divisant le nombre d'utilisateurs différents des services offerts en CLSC (tous les programmes-services) par la population.

Les services offerts en CLSC sont constitués de programmes-services. Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux, ou encore aux besoins d'un groupe de personnes ayant une problématique commune.

Les services offerts en CLSC sont des services de première ligne, qui regroupent deux grands types de services, soit les services répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la population (santé publique et services généraux-activités cliniques et d'aide) et les services répondant à des problématiques particulières comprenant notamment les programmes-services suivants :

- > Perte d'autonomie liée au vieillissement;
- > Déficience physique;
- > Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- > Jeunes en difficulté;
- > Dépendances;
- > Santé mentale;
- > Santé physique (MSSS, 2004, *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*).

Source :

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

PROPORTION DES DONS DANS LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ D'UNE RÉGION, EN %

Années : 2006-2007 à 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions, à l'exception de la région de Montréal

Définition :

Proportion du montant total des dons annuels en fonction du budget global des établissements de santé publics et privés conventionnés d'une région donnée. Il s'agit du montant total des dons au cours de l'année à l'étude, par rapport au budget total pendant cette même année.

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

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport financier des établissements (AS-471).

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

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Montants octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux 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 (MSSS), Système SBF-R.

MSSS (2010). *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 PONDÉRÉ DE RÉTENTION DES HOSPITALISATIONS, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 dans le système MED-ÉCHO sont essentiellement ceux considérés comme faisant partie de l'univers des soins actifs, à l'exclusion des centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée. De plus, les hospitalisations retenues dans le système MED-ÉCHO sont uniquement celles de courte durée (type de soins 1 ou 4). Sont exclus les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des 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 des services par la population québécoise, puisque leur impact est significatif pour les résidents de certaines régions, particulièrement celles situées près des zones frontalières, comme 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 (MSSS), Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

MSSS, INFO-BASSINS.

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

TAUX PONDÉRÉ DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE DES HOSPITALISATIONS, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Le taux de desserte extrarégionale pondéré décrit la part des ressources consacrées aux hospitalisations réalisées dans une région utilisée pour des usagers qui viennent 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 utilisées pour des usagers venant 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 dans le système MED-ÉCHO sont essentiellement ceux considérés comme faisant partie de l'univers des soins actifs, à l'exclusion des centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée. De plus, les hospitalisations retenues dans le système MED-ÉCHO sont uniquement celles de courte durée (type de soins 1 ou 4). Sont exclus les hospitalisations de type « hôpital à domicile », celles des 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 des services par la population québécoise, puisque leur impact est significatif pour les résidents de certaines régions, particulièrement celles situées près des zones frontalières, comme 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 (MSSS), Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

MSSS, INFO-BASSINS.

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

SOLDE MIGRATOIRE DES HOSPITALISATIONS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Le solde migratoire des hospitalisations est un indicateur fusionnant le taux de rétention et le taux d'attraction. Le calcul se fait en divisant le dénominateur de l'attraction par le dénominateur de la rétention. Le dénominateur de l'attraction est le nombre d'hospitalisations produites dans la région dans une année (pour les résidents et les non-résidents). Le dénominateur de la rétention est le nombre d'hospitalisations des résidents de la région (peu importe le lieu d'hospitalisation dans ou hors région).

Un ratio autour de 100 indique une autosuffisance régionale. Un ratio inférieur à 100 indique une faible autosuffisance régionale.

Sources :

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

MSSS, INFO-BASSINS.

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

DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Montant des dépenses administratives par rapport au montant des dépenses totales.

Les dépenses administratives sont les dépenses de l'entité juridique qui ont été consacrées à des services administratifs, tels que les finances, les ressources humaines et les communications.

Un pourcentage élevé des dépenses administratives indique que les coûts administratifs constituent une grande partie des dépenses hospitalières de la région; un faible pourcentage indique que les coûts administratifs représentent une petite partie des dépenses hospitalières de la région.

Source :

Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

PROPORTION MOYENNE ANNUELLE DE DÉFICIT NON AUTORISÉ SUR LE BUDGET TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, EN %

Années : 2008-2009 à 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Balise d'excellence : Norme fixée à une proportion de déficit non autorisé de 0%. Chaque point de pourcentage de déficit équivaut à une perte de 5% sur le score de balisage.

Définition :

Rapport entre l'excédent des revenus sur les charges (charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après contributions provenant d'autres fonds ou affectées à d'autres fonds (en sus des déficits autorisés) et les dépenses totales de fonctionnement (total des autres charges) au 31 mars de l'année à l'étude.

Cet indicateur mesure le déficit (en sus des déficits autorisés) des établissements de santé d'une région en fonction des dépenses totales de fonctionnement.

*L'indicateur présenté correspond à une moyenne annualisée de la proportion de déficit.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport financier des établissements (Formulaire AS-471).

PROPORTION D'INFIRMIÈRES REQUISES PAR RAPPORT AUX EFFECTIFS EN EMPLOI, EN %

Année : mars 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, au 31 mars 2011. Écart relatif entre la projection de l'effectif disponible et la projection de l'effectif requis.

L'effectif projeté se définit par l'effectif en début d'année, auquel on soustrait les départs de l'année (départs à la retraite, décès et cessations) et on ajoute les arrivées nettes (finissants des écoles publiques de formation et personnel formé hors Québec). La combinaison de l'estimation des arrivées et des départs avec l'effectif de départ permet de déterminer, pour chaque année de projection, l'effectif disponible.

L'effectif requis initial est obtenu en ajoutant l'estimation des besoins initiaux de main-d'œuvre à l'effectif de départ. Les besoins initiaux sont calculés en divisant les heures supplémentaires excédentaires à une moyenne historique par les heures moyennes travaillées par effectif. On convertit ainsi les heures supplémentaires en effectif moyen. L'effectif requis initial obtenu est ajusté annuellement par un facteur de croissance des besoins, un facteur de développement, puis un facteur de rajeunissement de l'effectif. Le facteur de croissance des besoins peut être estimé soit par l'évolution des effectifs dans le réseau, l'évolution des heures régulières ou des heures travaillées, un facteur démographique ou une combinaison de ces derniers. Le facteur démographique mesure l'impact de l'augmentation et du vieillissement de la population.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'analyse et du soutien informationnel.

PROPORTION D'INFIRMIÈRES AUXILIAIRES REQUISES PAR RAPPORT AUX EFFECTIFS EN EMPLOI, EN %

Année : mars 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion d'infirmières auxiliaires requises par rapport aux effectifs en emploi, au 31 mars. Écart relatif entre la projection de l'effectif disponible et la projection de l'effectif requis.

L'effectif projeté se définit par l'effectif en début d'année, auquel on soustrait les départs de l'année (départs à la retraite, décès et cessations) et on ajoute les arrivées nettes (finissants des écoles publiques de formation et personnel formé hors Québec). La combinaison de l'estimation des arrivées et des départs avec l'effectif de départ permet de déterminer, pour chaque année de projection, l'effectif disponible.

L'effectif requis initial est obtenu en ajoutant l'estimation des besoins initiaux de main-d'œuvre à l'effectif de départ. Les besoins initiaux sont calculés en divisant les heures supplémentaires excédentaires à une moyenne historique par les heures moyennes travaillées par effectif. On convertit ainsi les heures supplémentaires en effectif moyen. L'effectif requis initial obtenu est ajusté annuellement par un facteur de croissance des besoins, un facteur de développement, puis un facteur de rajeunissement de l'effectif. Le facteur de croissance des besoins peut être estimé soit par l'évolution des effectifs dans le réseau, l'évolution des heures régulières ou des heures travaillées, un facteur démographique ou une combinaison de ces derniers. Le facteur démographique mesure l'impact de l'augmentation et du vieillissement de la population.

* 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, Direction de l'analyse et du soutien informationnel.

PROPORTION DU RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE PAR LES INFIRMIÈRES, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Balise d'excellence : Norme fixée à 3,45%, ce qui correspond à la cible chiffrée prévue dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble du Québec.

Définition :

Pourcentage des heures travaillées par des infirmières à l'emploi des agences privées.

Le calcul se fait en divisant les heures effectuées dans le réseau par les infirmières en main-d'œuvre indépendante par la somme des heures régulières, des heures supplémentaires et des heures de main-d'œuvre indépendante travaillées par l'ensemble des infirmières, le tout multiplié par 100.

Le pourcentage de main-d'œuvre indépendante est un indicateur sur le recours à une main-d'œuvre externe. Plus le pourcentage est élevé, plus le réseau, donc les établissements, y a recours. La diminution de la main-d'œuvre indépendante devrait se traduire par une augmentation des heures régulières travaillées par le personnel du réseau.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

NIVEAU D'ATTEINTE DES BESOINS NORMALISÉS EN MÉDECINS DE FAMILLE, EN %

Année : 2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Écart relatif entre les effectifs médicaux en place (médecins omnipraticiens) et les besoins requis en effectifs médicaux. L'objectif est de réduire les écarts entre l'effectif médical en place et les besoins dans l'ensemble des régions.

Le calcul s'effectue en plusieurs étapes. Tout d'abord, il est nécessaire d'estimer les pertes anticipées dans chacune des régions, soit par attrition (médecins qui quittent la pratique), soit par des départs vers d'autres régions (ces estimations sont basées sur des moyennes historiques). Ensuite, il faut estimer le nombre de médecins requis dans chacune des régions pour couvrir les pertes anticipées, soit par des médecins venant d'autres régions, soit par des nouveaux facturants qui exerceront leur pratique en cours d'année. Enfin, l'estimation du nombre de nouveaux facturants et de l'ajout net prévu pour l'ensemble du Québec est nécessaire. Le modèle de répartition de l'ajout net est basé sur les écarts observés dans chacune des régions entre l'effectif en place et les besoins.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'analyse et du soutien informationnel.

POURCENTAGE D'ATTEINTE DES PREM EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE, EN %

Année : Mai 2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Nombre de postes occupés en médecine spécialisée, par rapport au nombre de postes autorisés en médecine spécialisée au 15 mai.

Les PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) en médecine spécialisée sont constitués des plans d'effectifs médicaux par établissement (PEM). Chaque établissement hospitalier a un PEM, dans lequel est déterminé, par spécialité, un nombre de postes de médecins spécialistes requis et autorisés. Le nombre de médecins autorisés au PREM d'une région est la somme des médecins autorisés aux PEM des établissements de cette région.

Comme les régions du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, les PREM visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes : assurer à la population de chaque région une part équitable de services et privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

> PRODUCTION

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE DE LA HANCHE, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 mars 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche par rapport au volume annuel de patients opérés, en %. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie élective. Le temps d'attente pour une chirurgie de la hanche se définit comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son médecin ont décidé de procéder à l'opération et le jour où celle-ci a lieu.

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services spécialisés

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE DU GENOU, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 mars 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, par rapport au volume annuel de patients opérés. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie élective. Le temps d'attente pour une chirurgie du genou se définit comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son médecin ont décidé de procéder à l'opération et le jour où celle-ci a lieu.

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services spécialisés.

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 mars 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, par rapport au volume annuel de patients opérés. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie élective. Le temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte se définit comme le temps écoulé entre le moment où la personne et son médecin ont décidé de procéder à l'opération et le jour où celle-ci a lieu.

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services spécialisés.

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 mars 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, par rapport au nombre de chirurgies réalisées. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie élective.

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services spécialisés.

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE AVEC HOSPITALISATION, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 mars 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, par rapport au nombre de chirurgies réalisées. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1er juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie électorive.

Sont exclues les chirurgies cardiaques (pontage et valve).

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services médicaux spécialisés.

PROPORTION DES PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR À 28 JOURS, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 90 %, ce qui correspond à la cible chiffrée prévue dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble du Québec.

Définition :

Nombre de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours depuis le 1^{er} avril, par rapport au nombre de patients traités par chirurgie oncologique depuis le 1^{er} avril. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Cet indicateur permet de calculer le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, pour un cancer suspecté ou confirmé. Ce délai est calculé à partir de la date à laquelle un diagnostic de cancer est posé et la décision d'opérer est prise (date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien) jusqu'à la date de la réalisation de la chirurgie.

Les patients dont le traitement chirurgical est conditionnel à une amélioration de leur santé, aux résultats d'un autre traitement ou d'une autre investigation diagnostique ne sont pas pris en compte. La non-disponibilité du patient (pour des raisons médicales ou personnelles) ou son refus de recevoir le traitement ne sont pas non plus pris en compte.

Les patients considérés sont ceux qui sont inscrits au mécanisme central d'accès à la chirurgie pour une chirurgie oncologique.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

PROPORTION DES PERSONNES ÉVALUÉES EN DÉPENDANCE DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION DANS UN DÉLAI DE 15 JOURS OUVRABLES OU MOINS, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. Le délai de 15 jours ouvrables ou moins correspond à 22 jours de calendrier.

Il s'agit de la somme du nombre d'usagers différents qui ont été évalués dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, divisée par la somme du nombre d'usagers différents qui ont eu une évaluation spécialisée dans la période de référence.

L'indicateur vise à évaluer un taux de respect du délai d'accès à une évaluation spécialisée dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) du Québec selon les cibles déterminées.

La littérature scientifique indique que le délai d'attente pour obtenir un premier service est crucial chez l'utilisateur pour poursuivre ses démarches avec le CRPAT choisi. Après 15 jours d'attente pour l'évaluation spécialisée, plusieurs ont rencontré un médecin, pris un médicament, éprouvé des problèmes chroniques ou été hospitalisés pour des problèmes de santé physique. Par conséquent, les services d'évaluation spécialisée doivent être offerts dans un délai ne dépassant pas 15 jours ouvrables afin d'assurer aux usagers des services spécialisés adaptés.

Source :

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

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE POUR UNE ÉVALUATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 sur 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 (comme l'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 (MSSS), Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).
MSSS, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 (comme l'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 (MSSS), Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).
MSSS, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction des utilisateurs concernant la disponibilité et l'accès des services sur le plan de la géographie, des installations physiques (accessibles par le transport en commun), des heures d'ouverture (semaine, fin de semaine, soir), de la langue et de la culture.

Le degré de satisfaction des utilisateurs à l'égard de l'accessibilité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les utilisateurs sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA RAPIDITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité pour recevoir des services, par rapport au délai pour obtenir une réponse à une demande de service, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

La demande de service, ou le service lui-même, englobe la demande de rendez-vous avec un professionnel, le délai d'attente lorsque l'utilisateur n'a pas de rendez-vous, l'obtention des résultats des examens ou d'évaluation et l'obtention des services diagnostiques (prise de sang, scanner et radiographie).

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

PROPORTION DE LA POPULATION N'AYANT PAS DE MÉDECIN RÉGULIER PARCE QU'ELLE N'EN A PAS TROUVÉ, EN %

Année : 2007-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 12 ans et plus n'ayant pas de médecin régulier parce qu'elles n'en ont pas trouvé, au cours des 12 derniers mois.

Une personne n'avait pas de médecin régulier durant les 12 derniers mois si elle répondait « non » à la question suivante : « Avez-vous un médecin régulier ? » Cette question était suivie d'une seconde question, où l'on demandait à la personne d'en préciser les raisons : « Pourquoi n'avez-vous pas de médecin régulier ? » Pour cet indicateur, on retient le regroupement de deux raisons : « n'a pas cherché un médecin régulier » ou « n'a pas trouvé un médecin régulier ». On considérait que les personnes n'avaient pas cherché un médecin régulier si leur réponse était « n'a pas essayé d'en avoir un » ou « autres raisons ». On considérait que toutes les autres personnes ayant déclaré ne pas avoir de médecin régulier avaient été incapables d'en trouver un. Les réponses pouvaient être une combinaison des options suivantes : « il n'y en a

pas dans la région », « aucun ne prend de nouveaux patients dans la région » et « en avait un qui est parti ou a pris sa retraite » (Statistique Canada et ICIS, 2010).

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

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

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier d'inscription des professionnels.

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

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN HEURES

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 est ensuite 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.

Source :

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

PROPORTION DES SÉJOURS DE 24 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage de la clientèle couchée sur des civières, au cours d'une période, dont le séjour à l'urgence est de 24 heures et plus. Il s'agit de la somme du nombre de séjours de 24 heures et plus des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence, divisée par la somme du nombre de séjours des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence. Ce résultat est ensuite multiplié par 100.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

TAUX D'INCIDENCE DES DIARRHÉES ASSOCIÉES À LA BACTÉRIE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* D'ORIGINE NOSOCOMIALE, POUR 10 000 JOURS-PATIENTS

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre moyen, pour chacune des 13 périodes administratives, de cas de diarrhées associées à la bactérie *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale observés, par rapport au nombre de jours-patients au cours d'une année financière (1^{er} avril au 31 mars). Par exemple, 1 000 patients séjournant en moyenne 10 jours équivaut à 10 000 jours-patients.

Les données sur la bactérie *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 *Clostridium difficile* hospitalisés dans le centre hospitalier où l'infection a été transmise. Les données doivent être interprétées avec prudence, puisque plusieurs facteurs peuvent influencer les taux présentés, dont 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 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, Données de surveillance des infections à *Clostridium difficile* dans les centres hospitaliers au Québec.

TAUX DE CÉSARIENNES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée de 15% à 20%.

Définition :

Pourcentage des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins de courte durée (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 exclus les accouchements durant lesquels une intervention d'avortement ou une grossesse se termine par un avortement, les grossesses multiples, les accouchements avant terme et les accouchements dont les patientes sont âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans.

Les accouchements avant terme et les naissances multiples font partie des indications principales de la césarienne. Il se peut que les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires présentent un

taux plus élevé de tels cas complexes. L'exclusion de tels cas de l'analyse permet d'offrir aux hôpitaux un suivi plus précis de leur taux de césariennes et d'accroître la comparabilité des taux entre les hôpitaux.

Il est implicitement entendu que des taux élevés signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Cependant, les variations dans les taux peuvent signaler la nécessité d'examiner la pertinence des soins et les résultats pour la mère et le nouveau-né. 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 maternelles 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 (ICIS), Indicateurs de santé 2008).

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX D'ACCOUchemENTS VAGINAUX APRÈS UNE CÉSARIENNE, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des femmes accouchant par voie vaginale après avoir subi une césarienne lors d'un accouchement précédent.

Sont exclus les patientes âgées de moins de 13 ans ou de plus de 64 ans à l'admission et les accouchements durant lesquels une intervention d'avortement ou de grossesse se termine par un avortement.

Les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) réussis sont associés à des antécédents d'accouchement vaginal spontané (antérieur à la première césarienne), à un âge de la mère inférieur à 40 ans, à un poids à la naissance de moins de 4 000 grammes et à l'absence de facteurs de risque connus de morbidité maternelle, comme l'obésité, des antécédents de dystocie et les césariennes répétées. Le risque le plus important chez les femmes qui tentent d'accoucher par voie vaginale après une césarienne est la rupture utérine.

Les taux normaux canadiens d'AVAC et de césariennes sont encore incertains. Il est donc essentiel de comparer les taux au fil du temps et entre les hôpitaux pour mieux comprendre les habitudes de pratique et les résultats pour les mères.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS GÉNÉRALES DANS LES 30 JOURS, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de l'Outaouais est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions générales imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après des épisodes de soins pour les groupes de patients admis en soins obstétricaux, pédiatriques, chirurgicaux et médicaux pour adultes. Sont exclus des données les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS CHIRURGICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de l'Outaouais et de la Mauricie et Centre-du-Québec est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins chirurgicaux pour adultes. Sont exclus les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

Les soins chirurgicaux regroupent les interventions coronariennes percutanées (ICP), les colostomies ou entérostomies, les arthroplasties unilatérales du genou, les hystérectomies (pour des affections bénignes) et l'implant ou le retrait d'un stimulateur cardiaque (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des

programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS MÉDICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de la Capitale-Nationale et des Laurentides est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins médicaux pour adultes.

Les soins médicaux englobent les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, les troubles digestifs et l'arythmie (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS OBSTÉTRICAUX, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de la Chaudière-Appalaches et du Bas-St-Laurent est fixé à 100% afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins obstétricaux pour adultes.

Les soins obstétricaux réfèrent à un épisode de soins pour lequel il y a présence d'au moins un enregistrement dont la catégorie clinique principale (CCP) est 13, c'est-à-dire la grossesse et l'accouchement (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Sont exclus du numérateur les épisodes où l'on trouve la présence des codes suivants : accouchement (CIM-10-CA : O10-O16, O21-O29, O30-O37, O40-O46, O48, O60-O69, O70-O75, O85-O89, O90-O92, O95, O98, O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2, ou Z37 inscrit dans tout champ de diagnostic) ainsi que le code de diagnostic principal de chimiothérapie pour une tumeur (CIM-10-CA : Z51.1).

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS PÉDIATRIQUES, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie, des Laurentides, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Chaudière-Appalaches est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins pédiatriques pour adultes.

Les soins pédiatriques comprennent tous les épisodes de soins dispensés à des patients de 19 ans ou moins d'abord hospitalisés et réadmis dans les 30 jours suivant leur sortie (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*).

Sont exclus du numérateur les admissions non urgentes, les admissions pour accouchement, pour maladie mentale ou pour chimiothérapie, de même que les soins palliatifs.

Sont exclus des soins pédiatriques les épisodes s'étant terminés par une sortie contre l'avis du médecin, un décès ou un non-retour d'un congé temporaire, les épisodes qui commencent et se terminent dans le cadre d'une chirurgie d'un jour (les épisodes doivent comprendre des soins aux patients hospitalisés), les épisodes comprenant des soins en santé mentale à des patients hospitalisés, les épisodes comprenant des soins obstétricaux à des patients hospitalisés, les épisodes concernant des nouveau-nés et les épisodes comprenant des soins palliatifs à des patients hospitalisés.

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant le congé, peut être utile pour étudier la qualité des hôpitaux. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus à mesurer la qualité et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Divers facteurs – comme la qualité des soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, l'efficacité de la transition et de la coordination des soins ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des programmes communautaires de prise en charge des maladies – peuvent influencer les taux de réadmissions. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant et après l'hospitalisation peuvent se révéler efficaces pour réduire les taux de réadmissions.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

TAUX D'UTILISATION DES SALLES D'OPÉRATION, EN % DES HEURES POTENTIELLES

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 75 % des 2808 heures potentielles d'utilisation des salles d'opération par année.

Définition :

Nombre d'heures d'utilisation des salles d'opération, par rapport au nombre d'heures potentielles de leur utilisation.

Pour calculer les heures potentielles d'utilisation des salles d'opération, la norme retenue est la suivante : 10 heures par jour pendant 5 jours en semaine = 50 heures. À cela s'ajoutent 4 heures pour le samedi, ce qui totalise 54 heures d'utilisation des blocs opératoires par semaine. Pour obtenir le total d'heures potentielles d'utilisation par année, il faut multiplier le nombre d'heures obtenues par semaine (54 heures) par le nombre de semaines dans une année (52 semaines), ce qui totalise 2 808 heures.

*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 (MSSS), Base de données sur les salles d'opération. MSSS, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

PROPORTION DES USAGERS HOSPITALISÉS QUI AURAIENT PU ÊTRE TRAITÉS EN CHIRURGIE D'UN JOUR, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

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 à une 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 traitement opératoire) 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 lesquelles 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 transfert, 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 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, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

COÛT PAR CAS PONDÉRÉ, EN \$ CAN

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Meilleure région

Définition :

Ratio des dépenses totales d'un hôpital en soins de courte durée pour les patients hospitalisés par rapport au nombre de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée.

Le coût par cas pondéré permet de déterminer le coût total imputable aux patients hospitalisés pour chaque hôpital. Il mesure la rentabilité relative d'un hôpital par rapport à sa capacité à fournir des soins de courte durée aux patients hospitalisés. Il permet de comparer les dépenses totales d'un hôpital en soins de courte durée pour les patients hospitalisés avec le nombre de cas pondérés de patients hospitalisés qui ont obtenu des soins de courte durée. On obtient le total des dépenses engagées par l'établissement pour le traitement d'un patient moyen hospitalisé en soins de courte durée.

Cet indicateur peut varier en fonction de l'augmentation de l'intensité de l'utilisation relative des ressources ou du coût moyen par cas pondéré. Par conséquent, il peut s'avérer utile comme mesure comparative. Par exemple, il permet de comparer la rentabilité relative d'hôpitaux ou de régions sanitaires similaires. Utilisé en conjonction avec la pondération de la consommation des ressources, le coût par cas pondéré permet également d'estimer le coût du séjour d'un patient hospitalisé en soins de courte durée pour un groupe de maladies analogues ou encore un patient en particulier. Il est toutefois conseillé de connaître les mises en garde associées à l'interprétation de cet indicateur. De plus, les coûts varient généralement selon le type d'établissement. Par exemple, le coût d'un séjour moyen en soins de courte durée peut être plus élevé dans un grand hôpital d'enseignement que dans un petit établissement.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SOINS AIGUS (AJUSTÉE POUR LE NIRRU ET L'ÂGE), EN JOURS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 celles 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, l'hébergement ou les soins de longue durée.

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) associé aux patients hospitalisés en CHSGS et la structure par âge de la population.

Les séjours sont calculés selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

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

Source :

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

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

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés de 15 à 84 ans à l'admission 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 classées en ordre croissant en deux parties comportant le même nombre d'éléments.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > 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 non valide;
- > Usagers de moins de 15 ans;
- > Usagers dont le sexe est différent d'homme ou femme.

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte la structure par âge de la population.

*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 (MSSS), Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

MSSS (2010). *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 MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR INFARCTUS DU MYOCARDE, EN JOURS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés de 15 à 84 ans à l'admission et hospitalisés pour un infarctus du myocarde (CIM-10 : I21.^, I22.^).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données classées en ordre croissant en deux parties comportant le même nombre d'éléments.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM-10 : B24, Z21, R75);
- > Patients 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.^);
- > Patients résidants hors du Québec;
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte la structure par âge de la population.

*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 (MSSS), Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

MSSS (2010). *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 MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DE PATIENT HOSPITALISÉ DANS L'UNITÉ DE SOINS INFIRMIERS

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des soins infirmiers de l'hôpital, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées en soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés (à l'exclusion des soins de longue durée et des soins donnés aux malades chroniques) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés.

Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE DIAGNOSTIC

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services diagnostiques des hôpitaux, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées dans le service de diagnostic (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services diagnostiques fournis pour les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE LABORATOIRE CLINIQUE

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces. La donnée du Manitoba n'a pas été retenue, puisqu'elle constitue une donnée atypique et peu fiable.

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services de laboratoire clinique, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en

divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées des laboratoires (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services de laboratoires cliniques pour les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Projet de production de rapport sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) 2012.

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DANS LE SERVICE DE PHARMACIE

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des centres d'activités des pharmacies, à l'exclusion du personnel médical, pour générer un cas pondéré de patient hospitalisé. Le calcul se fait en divisant le total des heures travaillées et des heures de services achetées dans le service de pharmacie (ajustées en fonction des activités reliées aux patients hospitalisés) par le total des cas pondérés de patients hospitalisés (incluant les soins de courte durée, mais excluant la chirurgie d'un jour).

Le numérateur est ajusté pour refléter la proportion de l'activité liée aux patients hospitalisés, déterminée par les statistiques sur la charge de travail de l'hôpital. Si la charge de travail n'est pas disponible, les statistiques sur l'activité reliée au service sont utilisées. Si ces données ne sont également pas disponibles, une proportion nationale calculée en fonction de la charge de travail fournie par les provinces et territoires qui soumettent des données SIG est utilisée. Il est à noter que la proportion du numérateur reliée aux soins de longue durée dispensés aux patients hospitalisés est supprimée pour tous les hôpitaux.

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur les services pharmaceutiques pour les soins de courte durée. Pour certains hôpitaux, la suppression des heures travaillées et des cas pondérés pour les services en santé mentale ou de réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou de réadaptation pourront être incluses dans l'indicateur.

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

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion de la population de 65 ans et plus déclarant avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois, d'après les réponses aux questions suivantes : « 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 PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS VACCINÉES CONTRE LE PNEUMOCOQUE, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque au cours de leur vie parmi la population de 65 ans et plus.

L'information est obtenue à partir d'une question posée par téléphone : « Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la pneumonie ? »

Le pneumocoque est une bactérie courante présente dans les voies respiratoires et pouvant causer plusieurs types de maladies graves comme la bactériémie (infection du sang), la méningite (infection de l'enveloppe du cerveau) et la pneumonie. Ces complications peuvent être mortelles, surtout chez les aînés. Les personnes ayant développé une méningite risquent de souffrir de surdité ou d'autres problèmes neurologiques (MSSS, 2009).

Étant donné la population ciblée par la question (65 ans et plus), l'indicateur mesure uniquement le niveau de couverture du vaccin polysaccharidique, l'un des deux types de vaccins contre le pneumocoque offerts gratuitement au Québec. Le vaccin polysaccharidique est administré, depuis 1999, aux personnes de 2 ans et plus présentant une condition médicale particulière ainsi que, depuis 2000, à toutes les personnes de 65 ans et plus. Le second vaccin, le vaccin conjugué, est administré à tous les enfants âgés de 2 à 59 mois depuis 2004. Le vaccin contre le pneumocoque n'est habituellement donné qu'une seule fois dans la vie. L'objectif du Programme national de santé publique est la vaccination de 80 % des personnes ciblées par la vaccination contre le pneumocoque, notamment celles âgées de 65 ans et plus (MSSS, 2009).

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

PROPORTION D'ÉLÈVES AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE LE VIRUS DE L'HÉPATITE B EN 4^E ANNÉE DU PRIMAIRE, EN %

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'élèves en 4^e année du primaire ayant reçu toutes les doses prévues du vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) parmi les élèves en 4^e année du primaire du cheminement régulier inscrits à l'école au moment de l'administration de la dernière dose.

L'hépatite est une maladie du foie qui peut être causée par un virus, comme le VHA ou le VHB. L'atteinte grave du foie est une complication commune à ces deux virus et mène parfois au décès. Les personnes atteintes de l'hépatite B sont en outre plus susceptibles de développer une cirrhose ou un cancer du foie (MSSS, 2009).

Depuis 2008-2009, le programme de vaccination gratuite contre le VHB prévoit l'administration en deux doses d'un vaccin bivalent contre les hépatites A et B aux élèves qui arrivent en 4^e année du primaire des secteurs publics et privés. Jusqu'à l'année scolaire 2007-2008, seul le vaccin contre le VHB était administré gratuitement aux élèves en 4^e année, mais en trois doses échelonnées sur une année scolaire (MSSS, 2008).

Le Programme national de santé publique vise la vaccination de 90 % des jeunes en 4^e année du primaire (MSSS, 2008).

Les informations sont recueillies, lors de la vaccination par les centres de santé et de services sociaux, au moyen d'un formulaire uniforme de collecte de données. Le dénominateur, fourni par les autorités scolaires, inclut les nouveaux élèves et exclut ceux ayant quitté l'école au cours de l'année scolaire au moment de la dernière dose. Il est à noter que les élèves du cheminement particulier ou autres âgés de 9 ans au 30 septembre sont également visés par ces programmes de vaccination.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année scolaire, de septembre à juin de l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

[PROPORTION DES FILLES AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN EN 4^E ANNÉE DU PRIMAIRE, EN %](#)

Année : 2009-2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de filles en 4^e année du primaire ayant reçu toutes les doses prévues du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) parmi les filles en 4^e année du primaire du cheminement régulier inscrites à l'école au moment de l'administration de la dernière dose.

Le programme de vaccination contre le VPH chez les filles en 4^e année du primaire prévoit l'administration d'un total de trois doses échelonnées en deux étapes, soit deux doses pendant l'année scolaire et la troisième lorsqu'elles arrivent en 3^e année du secondaire. Les experts québécois jugent que le calendrier allongé proposé en 4^e année du primaire offre une protection comparable à celle du calendrier sur six mois, tout en ayant l'avantage d'assurer une protection optimale au moment de l'administration de la troisième dose

en 3^e année du secondaire, soit vers l'âge des premières relations sexuelles. Depuis l'automne 2008, les filles qui arrivent en 4^e année du primaire des secteurs publics et privés reçoivent gratuitement le vaccin contre le VPH (MSSS, 2009).

Dans le Programme national de santé publique, on vise la vaccination de 90 % des filles en 4^e année du primaire. Le vaccin utilisé permet de combattre quatre types de virus du papillome humain (VPH), soit les types 6, 11, 16 et 18. Il existe plus d'une centaine de types de VPH, dont plusieurs sont responsables d'infections anogénitales. Certains peuvent causer des lésions précancéreuses, qui mènent parfois au cancer du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, dont les plus fréquents en Amérique du Nord sont les types 16 et 18. D'autres types de VPH, en particulier les types 6 et 11, apparaissent sous forme de verrues génitales inconfortables, aussi appelées condylomes (MSSS, 2009).

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année scolaire, de septembre à juin de l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

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

Année : 2007-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre 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.

La mammographie est un test de dépistage du cancer du sein. Les données sur la mammographie proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elles comprennent l'ensemble des mammographies bilatérales passées chez les résidentes assurées du Québec, que ce soit dans les centres désignés dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou dans les autres centres du secteur public (MSSS, 2009).

Une mammographie bilatérale est une mammographie passée aux deux seins. Si une femme passe plusieurs mammographies bilatérales au cours d'une période de deux ans, seul le dernier événement est pris en compte selon l'âge qu'elle avait au 1^{er} juillet de l'année de l'acte. Quand les deux types de mammographies bilatérales sont différents, la mammographie de dépistage est privilégiée au détriment de celle de diagnostic.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Portrait de santé.
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information (SDI).
Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

PROPORTION AJUSTÉE DES FEMMES DE 20 À 69 ANS AYANT PASSÉ UN TEST DE PAP, EN %

Année : 2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap), au cours d'une période de trois ans, parmi les femmes de 20 à 69 ans dans les ménages privés, en %.

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

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de Statistique Canada, les femmes devaient répondre à deux questions. Elles devaient d'abord répondre à la question suivante : « Avez-vous déjà passé un test PAP : oui, non ? » Celles qui répondaient « oui » devaient par la suite répondre à la question suivante : « À quand remonte la dernière fois : moins de 6 mois, de 6 mois à moins d'un an, d'un an à moins de 3 ans, de 3 ans à moins de 5 ans, 5 ans et plus ? ». La période de moins de trois ans correspond à la combinaison des trois premières catégories.

Selon les lignes directrices canadiennes, toutes les femmes sexuellement actives devraient passer ce test chaque année jusqu'à ce qu'elles obtiennent trois résultats négatifs et, par la suite, tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans (ICIS, 2003). Selon les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en matière de dépistage du cancer du col utérin au Québec, le délai suggéré pour passer un test de Pap est tous les deux ans, et le test ne devrait être proposé qu'aux femmes de 21 à 69 ans. Cependant, les catégories disponibles dans les enquêtes relatives au délai ne permettent pas d'obtenir l'information pour la période recommandée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS DE 0 À 9 ANS, EN %

Année : 2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'enfants de 0 à 9 ans participant au programme de services dentaires parmi les enfants de 0 à 9 ans inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et admissibles au programme.

Le programme de services dentaires pour les enfants, créé en 1974, a connu au fil des ans de nombreuses modifications. Les données sont donc comparables uniquement depuis 1994. Les services assurés sont l'examen, la consultation, la prévention, la restauration, l'endodontie, la chirurgie, la postodontie ainsi que la visite effectuée pour un examen ou un traitement médical (RAMQ, 2004). Seuls les services rémunérés à l'acte sont considérés dans le calcul de l'indicateur.

En janvier 1972, une nouvelle mesure a fixé la fréquence des examens dentaires à un examen tous les 365 jours plutôt que tous les 180 jours (RAMQ, 1999). Les services assurés doivent être rendus par un chirurgien-dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale (RAMQ, 2004).

Dans le calcul du taux de participation, les participants de 0 à 9 ans qui figurent au numérateur ont obtenu au moins un service. S'ils ont obtenu plus d'un service, ils ne sont comptés qu'une seule fois (RAMQ, 2004). Pour déterminer les enfants admissibles qui figurent au dénominateur, on tient compte de l'âge au 1^{er} juillet (RAMQ, 2004).

Sources :

Eco-Santé Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.

RAMQ, Fichier d'inscription des personnes assurées.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA SOLIDARISATION

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la qualité des relations entretenues avec le personnel.

La solidarisation constitue une action destinée à soutenir l'entourage de l'utilisateur (famille, proches) dans l'organisation et la prestation des services, de même que leur participation.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation s'apprécie sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA FIABILITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services. La fiabilité réfère à une aptitude d'un système à garantir à chaque utilisateur l'utilisation des pratiques diagnostiques et thématiques sécuritaires et au moindre risque, en assurant le meilleur résultat en matière de santé et de bien-être, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est

habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ENVIRONNEMENT](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement est un agrégé de deux aspects de la qualité de l'environnement, soit la simplicité et le confort.

La simplicité est destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services (vocabulaire et documentation compréhensibles) et la souplesse des systèmes vis-à-vis des circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané et sans prétention) que les choses, qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.

Le confort réfère au bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX PATIENTS](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients est un agrégé de deux aspects permettant d'évaluer l'importance accordée aux patients, soit l'empathie du personnel et l'apaisement.

L'empathie est une attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.

L'apaisement est une attitude permettant de calmer une personne, de la rassurer et de lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ÉTHIQUE ET DU PROFESSIONNALISME DANS LA RELATION AVEC LE PERSONNEL](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel est un agrégé de trois aspects de la relation avec le personnel de l'établissement, soit le respect, la confidentialité et la responsabilisation.

Le respect réfère à la considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui porte à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Il implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur et sous-tend une acceptation de la différence.

La confidentialité réfère à la protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgateion à des personnes non autorisées.

La responsabilisation est une action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

PROPORTION DES LITS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE EN CHAMBRES PRIVÉES, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 90%

Définition :

Nombre de lits de courte durée et de longue durée en chambres privées, par rapport au nombre total de lits de courte durée et de longue durée. Il s'agit du nombre de lits en chambres privées dans les établissements de courte durée et de longue durée, par rapport au nombre total de lits en chambres privées, semi-privées et en salles partagées dans les établissements de courte et de longue durée.

Selon le *Canadian Medical Association Journal*⁴⁴, il serait difficile de chiffrer la proportion de lits en chambres dites privées ou individuelles dont devrait disposer un hôpital pour offrir des soins de qualité aux patients. Il est reconnu que la transmission d'infections liées aux activités de soins est un risque présent dans tous les établissements de santé. On estime à environ 80 000 à 90 000 le nombre annuel d'infections nosocomiales dans les hôpitaux du Québec, soit 10 % des personnes admises dans un établissement de soins de courte durée (Aucoin, 2005; Gourdeau, 2005; CINQ, 2003; Dolcé, 2002; Weinstein, 1998). Une grande proportion de ces infections implique des agents infectieux transmissibles. La réduction du risque de transmission d'infections en milieu de soins requiert la mise en place d'un ensemble de mesures de prévention et de contrôle, dont l'isolement en chambre individuelle des patients touchés par une infection contagieuse ou porteurs d'un germe résistant transmissible (CINQ, 2006; HICPAC, 2006; Santé Canada, 1999) (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2010). *Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec*).

Toutefois, le *Canadian Medical Association Journal*⁴⁵ avance l'idée qu'avoir uniquement des chambres privées en milieu hospitalier ne serait pas toujours adapté. En effet, dans des circonstances cliniques particulières, les chambres semi-privées ou partagées pourraient être bénéfiques, tant sur le plan social que psychologique, pour les patients qui ont le cancer ou qui reçoivent des soins palliatifs.

Dans 90 % des situations, les patients hospitalisés devraient avoir accès à une chambre privée pour des raisons autant sur le plan de la confidentialité que sur le plan humain et sanitaire.

*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, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

PROPORTION DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS SUR CIVIÈRE PENDANT PLUS DE 48 HEURES, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

44. Nathan Stall (2012). « Private rooms: A choice between infection and profit », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n° 1, 10 janvier, p. 24-25.

45. *Ibid.*

Définition :

Pourcentage de la clientèle âgée de 75 ans et plus couchée sur une civière au cours d'une période, dont le séjour à l'urgence est égal ou supérieur à 48 heures.

Le calcul se fait en divisant le nombre de séjours de 48 heures et plus des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont occupé une civière à l'urgence par le nombre de séjours des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont occupé une civière à l'urgence. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA CONTINUITÉ

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la continuité, qui est une qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

PROPORTION DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS ADMISES À L'URGENCE AYANT FAIT UNE DEMANDE D'HÉBERGEMENT EN CHSLD, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de demandes d'hébergement en CHSLD venant des personnes âgées de 75 ans et plus arrivées par l'entremise des services de l'urgence, par rapport au nombre total de personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées sur civière à l'urgence.

Les demandes considérées sont celles dont la localisation du patient au moment de la demande est le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Des actions visant à changer les pratiques actuelles d'évaluation et d'orientation vers l'hébergement de longue durée en milieu hospitalier sont attendues afin que le taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS soit inférieur à 5 %.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

> MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES CONSACRÉES À LA FORMATION, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 2%

Définition :

Nombre d'heures consacrées à la formation, par rapport au nombre total d'heures 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, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DU BUDGET CONSACRÉ À LA FORMATION, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 2%

Définition :

Proportion du budget global des établissements de santé publics et privés conventionnés d'une région donnée consacré à la formation au cours de l'année à l'étude. Il s'agit du budget global des établissements de santé publics et privés conventionnés consacré à la formation au 31 mars de l'année à l'étude par rapport au budget total des établissements de santé publics et privés conventionnés incluant les contributions des usagers au 31 mars de l'année à l'étude.

*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, Rapport financier des établissements (AS-471).

PROPORTION DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES EFFECTUÉES PAR LES INFIRMIÈRES, EN %

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel infirmier, par rapport à la somme des heures régulières et des heures supplémentaires, en %.

*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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

PROPORTION DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES RÉGULIERS, EN %

Année : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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), en %.

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

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA RÉALISATION

Année : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation, qui fait référence aux besoins les plus élevés d'un individu. Les employés les plus créatifs recherchent, dans leur environnement de travail, des occasions de changer des choses, d'innover, d'inventer et de créer. Ce besoin permet à l'individu de relever des défis professionnels et d'y tirer un certain plaisir.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA COLLABORATION

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration, qui témoigne de la présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe. La collaboration résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance. Chaque membre de l'équipe doit reconnaître qu'il a une part de responsabilité dans la planification, la réalisation, le suivi et l'évaluation des activités reliées au travail de l'équipe. Il faut faire en sorte que les désaccords soient constructifs et que les membres apprennent à gérer les différences de personnalité, d'habitudes et d'ambitions grâce à une communication ouverte et franche. Il est donc nécessaire de discuter ouvertement des problèmes qui surgissent, d'intégrer les différences de points de vue et de les intégrer dans une perspective commune.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE L'IMPLICATION](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de l'implication, qui est constituée d'un ensemble de motivations propres à l'individu. Une organisation n'implique pas une personne, c'est elle-même qui s'implique. Une personne s'impliquera dans une organisation dans la mesure où elle tendra à agir dans le sens des valeurs et des buts poursuivis par cette organisation. Pour ce faire, la personne doit sentir qu'il y a compatibilité entre ses propres choix de vie et ceux de l'organisation. Les conditions favorisant l'implication sont les suivantes :

- > Expliquer et justifier les décisions en faisant participer les individus à un certain mode de raisonnement;
- > Communiquer sur des questions et non seulement sur des réponses;
- > Relier les actions dans l'organisation à un certain contexte plus large qu'une simple politique;
- > Laisser une marge de liberté personnelle à l'individu pour agir dans le sens de la performance attendue.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DU SOUTIEN](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard du soutien obtenu dans le cadre de leurs fonctions.

Le soutien fait référence aux notions de coaching et de supervision par les gestionnaires auprès des employés et des membres des équipes. Un gestionnaire qui soutient les membres de son équipe leur fournit les ressources adéquates et l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus. Au quotidien, il encadre et facilite le travail, en plus d'effectuer le transfert de connaissances. Il entretient un climat de confiance avec les membres de son équipe et s'emploie à maintenir des liens solides entre son équipe et les autres composantes de l'organisation. Il aide les gens à faire face aux changements souhaités et leur fournit les outils nécessaires pour s'adapter aux nouvelles façons de faire. Soucieux que son équipe exerce une influence au sein de l'organisation, il amène les membres à reconnaître et à résoudre les problèmes dès qu'ils apparaissent.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA COMMUNICATION](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la qualité des communications dans l'organisation.

La communication et l'information constituent d'importants facteurs de mobilisation au sein d'une organisation. Un employé sera mobilisé s'il comprend ce qu'on attend de lui et s'il sent que l'organisation est à l'écoute de ses préoccupations et s'efforce d'y répondre. Il est donc essentiel qu'il y ait une bonne circulation de l'information ainsi qu'un échange entre la direction et les employés. Ce n'est pas tant la quantité d'information transmise aux employés qui revêt de l'importance, mais plutôt sa pertinence, de même que la possibilité, pour les employés, de recevoir une réponse à leurs questions dans un délai raisonnable.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

[DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DU LEADERSHIP](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard du leadership des supérieurs dans le milieu de travail.

Le leadership est l'aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes ou groupes en obtenant leur adhésion active à des idées, à des orientations, à des projets ou à d'autres actions sociales. Les fondements du leadership peuvent être compris à partir des quatre éléments suivants, sur lesquels peut se reposer l'ensemble du personnel de l'organisation :

- > Une vision en laquelle il peut croire;
- > Une culture axée sur l'accomplissement des tâches, qui le pousse à donner le meilleur de lui-même;
- > Un esprit d'équipe qui le soutient et l'enrichit;
- > Des modèles de comportement qui lui montrent le chemin à suivre.

Les leaders sont reconnus pour leur charisme, leur vision du futur, leur capacité à motiver leurs collaborateurs et à transmettre leurs objectifs, leur sens profond de l'engagement personnel. Par un leadership mobilisateur, l'organisation entière croit en la vision qui définit son concept de service et elle est persuadée qu'assurer un service de qualité supérieure est une stratégie gagnante.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

[PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE ACTUELLE, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de votre vie professionnelle actuelle. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LEURS PATIENTS, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec leurs patients.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec vos patients. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LES MÉDECINS DE FAMILLE, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec les médecins de famille. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LES MÉDECINS DES AUTRES SPÉCIALITÉS, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec les médecins des autres spécialités. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DE L'ÉQUILIBRE ENTRE LEURS ENGAGEMENTS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS, EN %](#)

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100%

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos engagements personnels et professionnels. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

[PROPORTION DE L'ABSENTÉISME PAR RAPPORT AUX HEURES TRAVAILLÉES : ASSURANCE-SALAIRE, EN %](#)

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Balise d'excellence : Norme fixée à 5,15, ce qui correspond à la cible chiffrée prévue dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble du Québec.

Définition :

Nombre d'heures payées en assurance-salaire pour l'ensemble des effectifs du réseau, par rapport au nombre total d'heures 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, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

> ATTEINTE DES BUTS

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL, EN %

Années : 2009-2010 et 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins de courte durée pour un accident vasculaire cérébral (AVC) (CIM-10 : I60.^, I61.^, I62.^, I63.^, I64) sur une période de 2 ans, en %.

Le calcul se fait en divisant le nombre de décès survenus à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une admission pour un AVC par le nombre total d'admissions pour un AVC. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM 10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM 10 : B24, Z21, R75);
- > Patients 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.^);
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

* 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, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN INFARCTUS DU MYOCARDE, EN %

Année : 2009-2010 et 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins de courte durée pour un infarctus du myocarde (CIM-10 : I21.^, I22.^) sur une période de 2 ans, en %. Les taux sont présentés selon la région de résidence du patient.

Le calcul se fait en divisant le nombre de décès survenus à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une admission pour un infarctus du myocarde par le nombre total d'admissions pour un infarctus du myocarde. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM-10 : B24, Z21, R75);
- > Patients 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.^);
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

* 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, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui sont 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 trois 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 de l'activité (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure). 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 et 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).

[PROPORTION DE LA POPULATION CONSOMMANT 5 PORTIONS ET PLUS DE FRUITS ET LÉGUMES PAR JOUR, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir consommé au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, d'après les réponses aux questions suivantes : « à quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate ?; mangez-vous habituellement des fruits ?; mangez-vous (habituellement) de la salade verte; mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles; mangez-vous (habituellement) des carottes; sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement ? » Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Selon l'OMS, le fait de manger des fruits et légumes variés permet clairement de consommer en quantité appropriée la plupart des micronutriments, des fibres alimentaires et diverses substances non nutritives essentielles. De même, une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel.

La charge de morbidité mondiale imputable à la faible consommation de fruits et légumes se répartit entre les maladies cardiovasculaires pour près de 85 % et les cancers, pour 15 %. Le rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO publié récemment sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques fixe les objectifs en matière de nutriments pour la population et recommande une consommation d'un minimum de 400 g de fruits et légumes par jour pour la prévention des maladies chroniques, telles que les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité (OMS, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/fr/index.html>).

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE D'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 30 et 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'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'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'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 ainsi que 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 : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

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 suivante : « 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 : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres et 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).

[TAUX D'ALLAITEMENT, EN %](#)

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage des mères de 15 à 55 ans ayant eu un bébé au cours des 5 dernières années qui ont déclaré avoir allaité, ou essayé d'allaiter leur bébé.

Par mères qui ont « commencé à allaiter », on entend les mères qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant, même pour une brève période.

Source :

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

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Années : 2005-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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.

Selon la définition donnée par l'OMS, les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes ont un faible poids et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, un 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-utérin.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq 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.

Sources :

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

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pesant au moins 500 grammes pour une période donnée, par rapport au nombre total de naissances vivantes d'au moins 500 grammes pour cette même période.

La mortalité infantile exprime la probabilité qu'un enfant meure avant la fin de la première année de sa vie. Cet indicateur établi de longue date est une mesure non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Il reflète la mortalité et l'état de santé d'une population, la qualité de la prestation des soins de santé, l'efficacité des soins préventifs ainsi que l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant (Statistique Canada et ICIS, 2008).

La mortalité infantile peut être subdivisée en trois composantes :

- > Mortalité néonatale précoce : décès d'un enfant de moins de 7 jours;
- > Mortalité néonatale tardive : décès d'un enfant de 7 à 27 jours;
- > Mortalité post-néonatale : décès d'un enfant de 28 jours à 1 an.

Les causes de mortalité infantile retenues (Agence de la santé publique du Canada, 2008) sont les suivantes :

- > Malformations congénitales et anomalies chromosomiques : CIM-9 = 740-759; CIM-10 = Q00-Q99;
- > Problèmes reliés à l'asphyxie : CIM-9 = 761.6, 761.7, 762.0-762.2, 762.6, 763, 766-768, 770.1, 772.2, 779.0, 779.2; CIM-10 = O43.8, O83.4, P01.6-P01.7, P02.0-P02.2, P02.6, P03.0-P04.0, P08.0-P08.2, P10.0-P10.1, P10.3-P21.9, P24.0-P24.9, P52.4-P52.5, P52.8, P90-P91.0, P91.4- P91.5, P91.9;
- > Problèmes reliés à l'immaturité : CIM-9 = 761.3-761.5, 761.8, 761.9, 762.7, 764.0-765.1, 769, 770.2-770.9, 772.1, 774.0-774.7, 777.5, 777.6, 778.2, 779.6, 779.8; CIM-10 = D58.9, P01.3-P01.5, P01.8-P01.9, P02.7, P05.0-P05.9, P07.0-P07.3, P10.2, P22, P25.0-P29.2, P29.4-P29.9, P52.0-P52.3, P57.8-P59.9, P77, P78.0, P80.0, P91.1-P91.2, P91.8, P94.1-P94.9, P96.0, P96.3-P96.5;
- > Autres causes : tout autre code non mentionné.

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 décès infantiles et les mortinaissances sont déterminés à partir de la cause initiale du décès. Celle-ci représente de façon générale 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.

Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et selon la CIM-10 depuis 2000. L'adoption de la CIM-10 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès, ce qui rend leur comparaison plus difficile (Statistique Canada, 2005a).

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.
MSSS, Fichier des mortinaissances.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Années : 2007-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

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. 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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.
MSSS, Fichier des mortinaissances.

TAUX DE MORTALITÉ LIÉE À DES CAUSES TRAITABLES, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, pour 100 000 habitants.

La prévention secondaire est un dépistage ou une intervention précoce visant à identifier une maladie et à en retarder la progression à un stade précoce ou préclinique ainsi qu'à minimiser l'incapacité de la personne atteinte. Ce type de prévention vise à réduire la létalité de la maladie.

La prévention tertiaire est une intervention qui réduit l'incidence de l'incapacité résultant de l'évolution complète d'une maladie au moyen de l'élimination, de la réduction (ICIS, Indicateurs de santé, 2012).

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès liés à des causes évitables et traitables chez les personnes de moins de 75 ans et le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. Le calcul se fait en divisant la somme des écarts entre 75 ans et l'âge au décès lié à des causes évitables et traitables par le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

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

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012.
Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès.

TAUX DE MORTALITÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 20 À 64 ANS, POUR 1 000 HABITANTS

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès des personnes âgées de 20 à 64 ans, pour 1 000 habitants.

Les causes de mortalité retenues sont les suivantes :

- > Ensemble des causes: CIM-9 = 001-799, E800-E999; CIM-10 = A00-R99, V01-Y89, U99.8;
- > Tumeurs malignes : CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97;
- > Poumon, trachée et bronches : CIM-9 = 162; CIM-10 = C33-C34;
- > Maladies de l'appareil circulatoire : CIM-9 = 390-459; CIM-10 = I00-I99;
- > Cardiopathies ischémiques : CIM-9 = 410-414; CIM-10 = I20-I25;
- > Traumatismes non intentionnels : CIM-9 = E800-E869, E880-E929; CIM-10 = V01-X59, Y85-Y86;
- > Accidents de véhicules à moteur: CIM-9 E810-E819; CIM-10 = V02-V04 (.1, .9), V09.2, V09.3, V12-V14 (.3-.9), V19 (.4-.6), V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80 (.3-.5), V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87 (.0-.8), V89.2;
- > Suicides (lésions auto-infligées) : CIM-9 = E950-E959; CIM-10 = X60-X84, Y87.0.

Selon l'OMS, les causes de décès sont déterminées à partir de la cause initiale du décès. Celle-ci représente de façon générale 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.

Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et selon la CIM-10 depuis 2000. L'adoption de la CIM-10 peut entraîner 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 (Statistique Canada, 2005a).

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.

MSSS, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

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

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

Source :

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 âge de la population du Québec en 2001.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.
Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population.

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

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 juillet 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par suicide (CIM-10 : X60-X84, Y87.0), pour 100 000 habitants de 0 à 74 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 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 âge de la population du Québec en 2006.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Estimations et projections démographiques.

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

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

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

Le dénominateur correspond aux personnes de 12 ans et plus qui déclarent des mesures donnant une idée globale de la santé fonctionnelle fondée sur 8 attributs fonctionnels (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur).

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 de marcher avec difficulté, d'avoir besoin d'aide pour marcher et d'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).

[ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES](#)

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Février 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 au cours de sa vie

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue entraîne une sous-estimation de la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut être influencée par des conditions passées, des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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 quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

[NOMBRE DE PLAINTES, POUR 10 000 HABITANTS](#)

Année : 2011-2012

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de plaintes des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux pour 10 000 habitants. Il s'agit du nombre de plaintes formulées à l'endroit des différents établissements de santé conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux, des centres de santé et de services sociaux, des résidences pour personnes âgées, des organismes communautaires, des agences de santé et de services sociaux, par rapport au total de la population des régions sociosanitaires du Québec.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

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

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage des 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).

[DEGRÉ DE SATISFACTION GLOBALE DES USAGERS](#)

Années : 2007-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 100

Définition :

La satisfaction globale des usagers correspond à la moyenne des 12 regroupements de questions posées aux usagers des services de santé et des services sociaux par l'entremise du questionnaire de la satisfaction de la clientèle du Conseil québécois d'agrément. Ces 12 regroupements, qui comprennent plus de 50 questions, sont les suivants : respect, confidentialité, empathie, fiabilité, responsabilisation, apaisement, solidarisation, simplicité, continuité, accessibilité, rapidité et confort.

Le degré de satisfaction globale des usagers est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception,

étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, RATIO

Années : 2005-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une proportion de naissances de faible poids identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, des Laurentides, de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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 cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, RATIO

Années : 2005-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une proportion d'années potentielles de vie perdues identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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 cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE, RATIO

Années : 2005-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à un taux ajusté de mortalité évitable identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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 cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2005-2009

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une espérance de vie à 65 ans identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Outaouais et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

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).

L'espérance de vie est le 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 au cours de sa vie.

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 cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES GENRES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Différence entre l'espérance de vie des femmes à 65 ans et l'espérance de vie des hommes à 65 ans.

L'espérance de vie est le 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 au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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 quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

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

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES GENRES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, RATIO

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par les hommes de 0 à 74 ans, par rapport au nombre d'années potentielles de vie perdues par les femmes de 0 à 74 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 se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

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 trois ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

> PANORAMA SOCIO SANITAIRE DE LA POPULATION

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Février 2012

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre moyen d'années que devrait vivre en principe une personne à compter de la naissance si les taux de mortalité selon l'âge actuels demeuraient identiques.

L'espérance de vie est une mesure de quantité de vie qui s'obtient à l'aide d'une table de mortalité. Le calcul de l'espérance de vie à la naissance consiste à faire parcourir tous les âges de la vie à un effectif fictif de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée (Pressat, 1985).

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue entraîne une sous-estimation de la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut être influencée par des conditions passées, des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

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

Sources :

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

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION PERCEVANT SA VIE COMME ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTE, EN %

Année : 2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes.

Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, selon la perception de la personne ou, dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer

les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

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

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

Années : 2003-2007

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 les 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 âge, 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. Ainsi, depuis 2000, il n'est 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 CIM-10 ne les inclut pas (Anderson et autres, 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 d'une 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'est pas toujours aussi détaillée que celle de la classification internationale des maladies (Choinière et autres, 1993).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq 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.

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES ENTRAÎNANT DES LIMITATIONS, EN %

Année : 2010

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Les lésions dues aux mouvements répétitifs sont exclues. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, on prend en considération la blessure la plus grave selon 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 : 2010-2011

Dernière mise à jour de l'indicateur : Automne 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Taux 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 diagnostic relatifs à l'intoxication, aux événements indésirables, à la suffocation, aux séquelles et à 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 âge 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 (ICIS), Registre national des traumatismes (RNT).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 juillet 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par blessures accidentelles (traumatismes non intentionnels) (CIM-10 = V01-X59, Y85-Y86), pour 100 000 habitants de 0 à 74 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 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 âge de la population de l'ensemble du Québec en 2006.

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

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

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

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Novembre 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes (cancers) (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 âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

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

Sources :

Institut national de santé publique (INSPQ), infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

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

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : 31 juillet 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par tumeurs malignes (cancers) (CIM-10 = C00-C97), pour 100 000 habitants de 0 à 74 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 se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Estimation et projections démographiques.

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

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Novembre 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

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

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Juillet 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par maladies du système circulatoire (CIM-9 : 390-459, CIM-10 : I00-I99), pour 100 000 habitants de 0 à 74 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 se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

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

Années : 2005-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Novembre 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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 âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

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

Années : 2006-2008

Dernière mise à jour de l'indicateur : Juillet 2012

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues attribuables à tous les décès par maladies du système respiratoire (CIM-9 : 460-519, CIM-10 : J00-J99), pour 100 000 habitants de 0 à 74 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 se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus

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

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.

