

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016

RECUEIL DES INDICATEURS

TABLE DES MATIÈRES

Indicateurs de l'analyse globale et intégrée de la performance	1
N° 1. Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens	1
N° 2. Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, ajusté selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation	1
N° 3. Total des dépenses en santé par habitant, en dollars américains, ajusté selon le pouvoir d'achat	1
N° 4. Pourcentage du PIB en dépenses de santé	2
N° 5. Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens.....	2
N° 6. Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens, ajustées selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation	2
N° 7. Dépenses publiques en santé par habitant, en dollars américains, ajustées selon le pouvoir d'achat.....	2
N° 8. Nombre de médecins omnipraticiens pour 1 000 habitants.....	3
N° 9. Nombre de médecins spécialistes pour 1 000 habitants	3
N° 10. Nombre de médecins pour 1 000 habitants.....	3
N° 11. Nombre d'infirmières pour 1 000 habitants.....	3
N° 12. Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants.....	4
N° 13. Nombre de lits de courte durée pour 1 000 habitants	4
N° 13a. Nombre de lits de courte et longue durée pour 1 000 habitants.....	4
N° 14. Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales de santé, en %	4
N° 15. Dépenses privées en santé par rapport aux dépenses totales de santé, en %	4
N° 16. Proportion du budget total consacré à la santé	5
N° 17. Proportion de médecins de famille qui affirment qu'ils connaissent souvent le coût réel des tests ou des traitements	5
N° 18. Proportion de médecins de famille qui mentionnent qu'ils prennent souvent en compte les coûts pour le système de soins lors des décisions de traitement.....	5
N° 19. Solde migratoire des médecins	5
N° 20. Proportion des médecins de famille qui utilisent les dossiers médicaux électroniques.....	6
N° 21. Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des requêtes électroniques d'examen de laboratoire	6
N° 22. Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des alertes ou des messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments	6
N° 23. Proportion des médecins de famille qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie.....	6

N° 24.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients par diagnostic en utilisant un processus informatisé	7
N° 25.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement en utilisant un processus informatisé	7
N° 26.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les patients qui prennent un médicament spécifique en utilisant un processus informatisé	7
N° 27.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les médicaments pris par un patient en utilisant un processus informatisé	8
N° 28.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les résultats de laboratoire pour un patient donné en utilisant un processus informatisé	8
N° 29.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut faire systématiquement un suivi de tous les examens de laboratoire commandés en utilisant un processus informatisé	8
N° 30.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des alertes ou des messages indiquant de divulguer les résultats d'examen aux patients, en utilisant un processus informatisé	9
N° 31.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des rappels pour les interventions ou examens de dépistage fondés sur les guides de pratique, en utilisant un processus informatisé	9
N° 32.	Nombre de technologies informatiques utilisées par les médecins de famille pour les tâches cliniques	9
N° 33.	Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation des dossiers médicaux	10
N° 34.	Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation de l'ordinateur pour des fins cliniques	10
N° 35.	Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de résumés cliniques des patients avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet	10
N° 36.	Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de tests diagnostiques et de laboratoire avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet	11
N° 37.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients d'envoyer un courriel concernant des questions ou des préoccupations d'ordre médical	11
N° 38.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients de visionner en ligne, télécharger ou transmettre des renseignements de leur dossier médical	11
N° 39.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de rendez-vous ou de référence en ligne	11
N° 40.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de renouvellement de prescriptions en ligne	12
N° 41.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de consulter des résultats de tests sur un site Web sécurisé	12
N° 42.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer un résumé clinique de chaque visite à remettre au patient, en utilisant un processus informatisé	12
N° 43.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet envoie systématiquement des rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés, avec un système informatisé	13

N° 44.	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans.....	13
N° 45.	Nombre de sorties des hôpitaux liées aux MPOC, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants.....	13
N° 46.	Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants.....	14
N° 47.	Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants.....	14
N° 48.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de maladies chroniques multiples.....	14
N° 49.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de graves problèmes de santé mentale.....	14
N° 50.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de problèmes de toxicomanie.....	15
N° 51.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les patients atteints de cancer.....	15
N° 52.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de soins à domicile de longue durée.....	15
N° 53.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services sociaux dans la collectivité.....	15
N° 54.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de traduction.....	16
N° 55.	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de démence.....	16
N° 56.	Nombre de types de patients avec problèmes particuliers vus souvent par le médecin de famille.....	16
N° 57.	Fréquences d'actes médicaux normalement attendus en première ligne exécutés par les médecins de famille.....	17
N° 58.	Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé physique.....	17
N° 59.	Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé mentale ou pour des problèmes psychosociaux.....	17
N° 60.	Diversité des activités spéciales ou cliniques pour des groupes de patients ciblés étant offertes par les médecins de famille.....	18
N° 61.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être allées à l'urgence pour une affection qui aurait pu être traitée par les médecins qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux, si ces derniers avaient été disponibles.....	18
N° 62.	Accessibilité de la clinique par rapport à l'urgence selon l'expérience du patient.....	18
N° 63.	Proportion de la population qui déclare avoir un médecin régulier.....	19
N° 64.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont un médecin habituel/omnipraticien.....	19
N° 65.	Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants.....	19
N° 66.	Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants.....	19

N° 67.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années	20
N° 68.	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.....	20
N° 69.	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	20
N° 70.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté ou qui ont eu besoin de voir un spécialiste durant les 2 dernières années	20
N° 71.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté au moins 2 médecins différents au cours des 12 derniers mois, sans compter les hospitalisations.....	20
N° 72.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont eu recours au moins une fois au service des urgences d'un hôpital, pour leurs propres soins, au cours des 2 dernières années.....	21
N° 73.	Proportion ajustée des personnes qui ont attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques.....	21
N° 74.	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la hanche	21
N° 75.	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie du genou.....	21
N° 76.	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte	21
N° 77.	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie de la hanche ...	22
N° 78.	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie du genou	22
N° 79.	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et la chirurgie de la cataracte	22
N° 80.	Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie	22
N° 81.	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant de voir un spécialiste	22
N° 82.	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant d'être traités à la suite d'un diagnostic.....	23
N° 83.	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients avaient de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés.....	23
N° 84.	Pourcentage d'individus qui ont attendu moins de 4 semaines pour voir un spécialiste après avoir décidé de consulter.....	23
N° 85.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu moins de 4 semaines avant de voir un médecin spécialiste	23
N° 87.	Proportion de médecins de famille qui ont pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant à presque tous leurs patients ou la plupart d'entre eux.....	24
N° 88.	Proportion de médecins de famille qui ont pris des mesures pour que leurs patients puissent voir un médecin ou une infirmière s'ils en ont besoin lorsque la clinique est fermée (après les heures de travail) sans devoir visiter les urgences d'un hôpital.....	24
N° 89.	Accessibilité de la clinique selon l'expérience du patient	24
N° 90.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment qu'il est très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail.....	25
N° 91.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent pouvoir contacter facilement un professionnel de la santé pour poser des questions ou demander conseil en lien avec leur problème de santé	25

N° 92.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu au moins 2 jours pour voir un médecin.....	25
N° 93.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui reçoivent toujours une réponse le même jour lorsqu'ils appellent leur clinique habituelle durant les heures d'ouverture régulières, au sujet d'un problème médical	26
N° 94.	Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus qui ont eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois.....	26
N° 95.	Taux ajusté de sepsie à l'hôpital sur 1 000 sorties	26
N° 96.	Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme, pour 100 000 sorties médicales et chirurgicales, patients de 15 ans et plus.....	26
N° 97.	Taux de cas d'embolie pulmonaire postopératoire, par 100 000 sorties relatives à une arthroplastie de la hanche ou du genou, patients de 15 ans et plus.....	27
N° 98.	Taux de cas de septicémie postopératoire, pour 100 000 sorties chirurgicales, patients de 15 ans et plus	27
N° 99.	Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3 ^e ou de 4 ^e degré, par 100 accouchements vaginaux avec instrument.....	27
N° 100.	Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3 ^e ou de 4 ^e degré, par 100 accouchements vaginaux sans instrument.....	28
N° 101.	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans.....	28
N° 102.	Taux de césariennes à faible risque	28
N° 103.	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux en %	29
N° 104.	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux en %	29
N° 105.	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	30
N° 106.	Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins	30
N° 107.	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale	31
N° 108.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur les résultats cliniques concernant les soins aux patients	31
N° 109.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur des sondages sur la satisfaction des patients	31
N° 110.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur l'utilisation des services hospitaliers des patients	32
N° 111.	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur des soins préventifs prodigués aux patients	32
N° 112.	Proportion des médecins de famille qui mentionnent que leur performance clinique est comparée à des cibles de performance au moins une fois par an	32
N° 113.	Proportion des médecins de famille qui indiquent recevoir, systématiquement ou à l'occasion, des renseignements sur la façon dont la performance clinique du cabinet se compare à celle d'autres cabinets	33

N° 114. Proportion des médecins de famille qui affirment qu'ils fournissent systématiquement, à leurs patients atteints de maladies chroniques, des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile 33

N° 115. Proportion des médecins de famille qui mentionnent que les objectifs d'autogestion des patients atteints de maladies chroniques sont systématiquement consignés dans leur dossier médical..... 33

N° 116. Utilisation des guides de pratique clinique pour 4 maladies chroniques..... 34

N° 117. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir reçu des instructions par écrit sur ce qu'elles devaient faire une fois de retour chez elle et sur les symptômes à surveiller à la suite d'une hospitalisation..... 34

N° 118. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que quelqu'un a discuté avec elles de la raison pour laquelle chacun des médicaments avait été prescrit à la suite d'une hospitalisation 34

N° 119. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé a revu avec elles tous les médicaments qu'elles prenaient, au cours des 12 derniers mois 35

N° 120. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a expliqué les effets secondaires de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois..... 35

N° 121. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a remis une liste écrite de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois 35

N° 122. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a parlé de leurs objectifs principaux pour traiter leur affection 36

N° 123. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné des instructions claires sur les symptômes à surveiller et quand obtenir d'autres soins ou traitements..... 36

N° 124. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné un plan écrit pour les aider à gérer leurs propres soins 36

N° 125. Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en dollars canadiens..... 37

N° 126. Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible..... 37

N° 127. Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible..... 37

N° 128. Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers..... 37

N° 129. Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic 38

N° 130. Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique 38

N° 131. Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie 38

N° 132. Durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 1. Accouchement normal..... 39

N° 133.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 2. MPOC et bronchite	39
N° 134.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 3. Infarctus aigu du myocarde	39
N° 135.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 4. Pneumonie	39
N° 136.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 5. Insuffisance cardiaque	40
N° 137.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 6. Ostéoarthrite du genou.....	40
N° 138.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 7. Autres soins médicaux.....	40
N° 139.	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 8. Schizophrénie.....	40
N° 140.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 1. Accouchement par césarienne	40
N° 141.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 2. Arthroplastie du genou	40
N° 142.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 3. Fractures	41
N° 143.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 4. Arthroplastie de la hanche.....	41
N° 144.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 5. Angioplastie de l'artère coronaire	41
N° 145.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 6. Hystérectomie.....	41
N° 146.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 7. Appendicectomie	41
N° 147.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 8. Excision de la vésicule biliaire	41
N° 148.	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 9. Insertion de stimulateur	42
N° 149.	Nombre moyen d'heures travaillées par semaine tel que rapporté par les médecins de famille à la clinique	42
N° 150.	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact direct avec les patients lors d'une semaine régulière.....	42
N° 151.	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact indirect avec les patients (courriel ou téléphone) lors d'une semaine régulière.....	42
N° 152.	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille aux questions administratives lors d'une semaine régulière.....	42

N° 153.	Proportion des heures consacrées au travail de médecin de famille, peu importe le lieu de pratique, sur une base d'un temps plein estimé à 40 heures par semaine	43
N° 154.	Proportion des heures consacrées aux soins directs aux patients, sur le nombre total d'heures/semaine du médecin de famille.....	43
N° 155.	Ratio du nombre de contacts avec les patients par téléphone et par courriel, sur le nombre de contacts en face à face dans une journée.....	43
N° 156.	Proportion ajustée des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza.....	44
N° 157.	Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie.....	44
N° 158.	Pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années	44
N° 159.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés, au cours des 2 dernières années.....	44
N° 160.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport, au cours des 2 dernières années	45
N° 161.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé des risques du tabagisme pour la santé et des moyens à prendre pour arrêter de fumer, au cours des 2 dernières années	45
N° 162.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou les stressent dans leur vie, au cours des 2 dernières années.....	45
N° 163.	Proportion des médecins de famille qui affirment qu'eux-mêmes ou un autre membre la clinique font fréquemment des visites à domicile.....	45
N° 164.	Nombre de professionnels de la santé dans la clinique médicale	46
N° 165.	Proportion des médecins de famille qui affirment qu'une infirmière du cabinet participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves.....	46
N° 166.	Diversité des rôles des infirmières dans la clinique médicale.....	46
N° 167.	Diversité des soins préventifs ou palliatifs offerts à la clinique médicale	47
N° 168.	Implication du médecin de famille dans l'éducation à la santé des patients.....	47
N° 169.	Prévention et diversité des soins offerts par le médecin de famille, tel que rapporté par les patients	47
N° 170.	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours un rapport du spécialiste contenant tous les renseignements cliniques de santé pertinents.....	48
N° 171.	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information sur les changements apportés par le spécialiste aux médicaments ou au plan de soins du patient	48
N° 172.	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information en temps opportun et accessible au moment où ils en ont besoin.....	48
N° 173.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé que le spécialiste n'avait pas les renseignements médicaux ou les résultats des examens de leur médecin attitré au sujet des raisons de leur visite.....	49

N° 174. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu’il est arrivé qu’après avoir vu le spécialiste, leur médecin attitré, ou leur clinique habituelle, ne semblait pas informé des soins qu’elles avaient reçus du spécialiste..... 49

N° 175. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que si des patients recevaient des services à domicile, ils étaient systématiquement informés de tout changement important dans l’état de santé de leurs patients..... 49

N° 176. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué toujours recevoir un avis lorsqu’un patient a été vu à l’urgence 50

N° 177. Proportion de médecins de famille qui affirment toujours recevoir un avis lorsqu’un patient reçoit son congé de l’hôpital..... 50

N° 178. Proportion des médecins de famille qui reçoivent les informations cliniques à la suite de la sortie de l’hôpital d’un patient dans un délai de 4 jours ou moins..... 50

N° 179. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir déjà reçu des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé 51

N° 180. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que les médecins, ou l’équipe médicale, qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux avaient l’air informés des soins qu’elles avaient reçus à l’hôpital 51

N° 181. Proportion des médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, que le dossier médical ou toute autre information clinique d’un patient ne soit pas disponible au moment d’une visite planifiée 51

N° 182. Proportion des médecins de famille qui indiquent qu’au cours du mois précédent, des évaluations ou des tests ont dû être refaits parce que les résultats n’étaient pas disponibles 52

N° 183. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d’un traitement, le médecin attitré ou l’équipe médicale connaît toujours les renseignements importants concernant leurs antécédents médicaux..... 52

N° 184. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu’il est arrivé, lorsqu’elles ont obtenu des soins pour un problème médical, que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment du rendez-vous médical..... 52

N° 185. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu’il est déjà arrivé que les médecins demandent un examen médical qui n’était pas nécessaire, selon elles, parce que l’examen avait déjà été fait..... 53

N° 186. Continuité informationnelle dépendante des partenaires (fréquence de réception d’informations transmises par des partenaires et délai de réception)..... 53

N° 187. Continuité informationnelle dans le cas des références de patients (fréquence d’utilisation de lettres de référence) 53

N° 188. Continuité informationnelle selon l’expérience du patient (degré d’accord sur diverses situations comme le transfert d’information vers le médecin de famille et la connaissance qu’a ce médecin du patient)..... 54

N° 189. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu’ils contactaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet contactaient fréquemment les patients entre les visites pour surveiller leur état 54

N° 190. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu’eux-mêmes, ou un membre de leur cabinet, communiquent systématiquement avec le prestataire des soins à domicile des patients à propos de leurs besoins et des services qui leur seront fournis 55

N° 191. Coordination dans la prise en charge du patient (degré de capacité du médecin de famille à coordonner les soins et à collaborer avec les autres professionnels de santé)..... 55

N° 192. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être contactées par un professionnel de la santé pour voir comment ils vont, entre les visites chez le médecin..... 56

N° 193. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, ils coordonnaient ou les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins aux patients après leur sortie de l’hôpital 56

N° 194. Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, fréquemment, ils coordonnaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins avec les services médicaux ou les autres intervenants de la communauté..... 56

N° 195. Proportion de médecins de famille qui ont affirmé qu’il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patients avec les services sociaux ou les autres intervenants de la communauté 57

N° 196. Proportion de médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, qu’un patient ait connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés..... 57

N° 197. Continuité informationnelle dans le cadre de pratique interdisciplinaire auprès de patients plus complexes (niveau d’accès aux informations)..... 57

N° 198. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu’un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins..... 58

N° 199. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l’hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l’hôpital 58

N° 200. Coordination professionnelle selon l’expérience du patient (degré d’accord sur le travail collaboratif, répétition de tests ou d’examen et savoir quoi faire)..... 58

N° 201. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d’un traitement, le médecin attitré ou l’équipe médicale les encourage toujours à poser des questions 59

N° 202. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d’un traitement, le médecin attitré ou l’équipe médicale explique toujours les choses de façon à ce qu’elles les comprennent 59

N° 203. Degré d’empathie du médecin de famille, selon le médecin dans les références et selon l’expérience du patient, tel que l’écoute et la qualité de la communication..... 59

N° 204. Degré de respect du médecin de famille pour la qualité de référence du patient, le respect au sein de la clinique et le temps d’attente entre l’heure du rendez-vous et l’heure de la consultation, selon l’expérience du patient 60

N° 205. Temps moyen consacré à un patient lors d’une visite de routine..... 61

N° 206. Temps consacré aux patients en termes de durée d’une consultation régulière 61

N° 207. Temps consacré aux patients en termes de durée d’un long rendez-vous 61

N° 208. Degré d’arrangements au sein de la clinique en termes de qualité des lieux, comme l’accessibilité et la confidentialité des bureaux, rapporté par le médecin de famille 61

N° 209. Proportion des médecins de famille qui déclarent discuter systématiquement avec leurs patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient recevoir ou non.....62

N° 210. Proportion des médecins de famille qui consignent systématiquement les préférences des patients quant à leur traitement dans leur dossier médical.....62

N° 211. Proportion des personnes de 55 ans et plus à qui on a toujours parlé, lors de soins ou d'un traitement de spécialistes, d'un choix de traitement62

N° 212. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement ou leurs soins63

N° 213. Degré de décision partagée entre le médecin de famille et le patient pour les références, selon le médecin et pour les décisions concernant le traitement ou les objectifs liés à la santé, selon l'expérience du patient63

N° 214. Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré aux questions administratives liées aux assurances ou aux paiements pour des réclamations est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel.....64

N° 215. Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré à l'obtention de médicaments ou de traitements requis par leurs patients, à cause d'une couverture restreinte, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel64

N° 216. Proportion de médecins de famille pour qui la communication des données cliniques ou relatives à la qualité des soins au gouvernement ou à d'autres entités externes, telles que les régimes d'assurance maladie, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel64

N° 217. Proportion des médecins de famille qui trouvent que leur travail est extrêmement stressant ou très stressant.....65

N° 218. Proportion des médecins de famille qui se disent satisfaits ou très satisfaits du temps passé avec chaque patient.....65

N° 219. Proportion des médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques et qui en sont satisfaits ou très satisfaits65

N° 220. Degré d'appréciation des conditions de travail par les médecins de famille.....65

N° 221. Nombre de semaines consacrées à des activités de développement professionnel par les médecins de famille durant l'année.....66

N° 222. Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits du revenu provenant de leur cabinet médical.....66

N° 223. Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits de leur revenu comparativement à celui des médecins spécialistes66

N° 224. Degré de reconnaissance professionnelle perçue par les médecins de famille67

N° 225. Proportion de médecins de famille qui sont globalement très satisfaits ou satisfaits relativement à la pratique de la médecine.....67

N° 226. Degré de mobilisation des médecins de famille (perception de l'utilité de son travail et intérêt porté envers son travail)67

N° 227. Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)67

N° 228. Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %68

RECUEIL DES INDICATEURS

N° 229.	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	68
N° 230.	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	68
N° 231.	Nombre de patients qui ont eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	69
N° 232.	Accroissement du sentiment de confiance et de contrôle du patient sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel	69
N° 233.	Accroissement du sentiment de confiance du patient de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel	70
N° 234.	Proportion des naissances de faible poids, en %	70
N° 235.	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	71
N° 236.	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	71
N° 237.	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs	71
N° 238.	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour	72
N° 239.	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des fruits au moins une fois par jour	72
N° 240.	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des légumes au moins une fois par jour	72
N° 241.	Proportion de la population atteinte d'obésité.....	72
N° 242.	Taux de tabagisme	73
N° 243.	Pourcentage de femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement.....	73
N° 244.	Pourcentage d'hommes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement.....	73
N° 245.	Proportion de personnes de 55 ans et plus qui fument ou qui font usage du tabac	73
N° 246.	Consommation d'alcool	73
N° 247.	Taux d'allaitement.....	73
N° 248.	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants.....	74
N° 249.	Nombre de décès dus au suicide par 100 000 femmes.....	74
N° 250.	Nombre de décès dus au suicide par 100 000 hommes.....	74
N° 251.	Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	74
N° 252.	Proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente	75
N° 253.	Proportion de la population qui a une santé fonctionnelle bonne à pleine	75
N° 254.	Perception de l'état de santé : proportion des personnes qui considèrent leur santé comme très bonne ou excellente, en %	75
N° 255.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent l'état général de leur santé comme étant excellent ou très bon.....	75
N° 256.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un médecin leur a déjà dit qu'elles souffraient d'une maladie chronique.....	76

N° 257.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui prennent régulièrement ou en permanence au moins 2 médicaments prescrits différents	76
N° 258.	Proportion des médecins de famille qui considèrent que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble	76
N° 259.	Proportion des médecins de famille qui considèrent que la qualité des soins médicaux s'est améliorée depuis les 3 dernières années.....	76
N° 260.	Proportion des médecins de famille qui considèrent que les patients reçoivent beaucoup trop peu ou trop peu de soins médicaux.....	77
N° 261.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble.....	77
N° 262.	Degré de confiance envers les médecins en général selon l'expérience du patient.....	77
N° 263.	Degré de confiance concernant la possibilité d'obtenir les bons soins requis	78
N° 264.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée.....	78
N° 265.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une crise cardiaque menant à une hospitalisation	78
N° 266.	Pourcentage de médecins de famille qui déclarent que leurs patients ont souvent de la difficulté à payer leurs médicaments ou autres frais de santé	79
N° 267.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent ne pas avoir acheté un médicament d'ordonnance ou d'avoir sauté des doses de son médicament en raison du coût	79
N° 268.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût, au cours des 12 derniers mois.....	79
N° 269.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir effectué un test médical, un traitement ou une visite de suivi recommandés par un médecin en raison du coût	79
N° 270.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir eu de la difficulté à payer leurs factures de soins médicaux, ou qui ont été incapables de le faire, au cours des 12 derniers mois.....	80
N° 271.	Pourcentage d'individus qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé pour un problème médical en raison du coût.....	80
N° 272.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas être allées chez le dentiste en raison du coût	80
N° 273.	Accessibilité de différents services par rapport aux obstacles financiers (fréquence des obstacles) selon l'expérience du patient	81
N° 275.	Ratio des taux de disparité de revenu pour des conditions propices aux soins ambulatoires	81
N° 276.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins chirurgicaux.....	81
N° 277.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins médicaux.....	82
N° 278.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins obstétricaux.....	82
N° 279.	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : patients de 19 ans et moins	82
N° 280.	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	82
N° 281.	Espérance de vie à la naissance	83

N° 282.	Espérance de vie à la naissance chez les hommes	83
N° 283.	Espérance de vie à la naissance chez les femmes	83
N° 284.	Espérance de vie à 65 ans	83
N° 285.	Espérance de vie à 65 ans chez les hommes	83
N° 286.	Espérance de vie à 65 ans chez les femmes	83
N° 287.	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants.....	84
N° 288.	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	84
N° 289.	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment avoir dépensé 1 000 \$ et plus pour des traitements médicaux non assurés	84
N° 290.	Nombre de services médicaux – médecine familiale pour 1 000 habitants.....	85
N° 291.	Nombre de services médicaux – spécialités médicales pour 1 000 habitants.....	85
N° 292.	Nombre de services médicaux – spécialités chirurgicales pour 1 000 habitants	86
N° 293.	Coût par service médical – médecine familiale	86
N° 294.	Coût par service médical – spécialités médicales	86
N° 295.	Coût par service médical – spécialités chirurgicales.....	87
ANNEXE 1 –	Enquête menée auprès de médecins de famille (2015)	88
ANNEXE 2 –	Enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014).....	88
ANNEXE 3 –	Enquête menée auprès de la population (2013).....	89
ANNEXE 4 –	Enquête QUALICOPC (2013).....	89

Indicateurs de l'analyse globale et intégrée de la performance

N° 1.

Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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 santé. À titre d'exemple, les fonds associés aux politiques sur le logement et le soutien du revenu, qui visent d'abord le bien-être commun, ne sont pas considérés comme des dépenses de santé. On les reconnaît toutefois comme étant d'importants déterminants de l'état de santé de la population¹ ». Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

N° 2.

Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, ajusté selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Dépenses totales de santé par habitant, en dollars canadiens, ajustées selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation.

Dans le but d'accroître la comparabilité entre les provinces, le montant de dépenses totales de santé par habitant (indicateur n° 1) a ensuite été divisé par l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation.

« L'indice des prix à la consommation (IPC) est un indicateur de la variation des prix à la consommation payés par les Canadiens. Pour l'établir, on compare au fil du temps le coût d'un panier fixe de biens et services achetés par les consommateurs. Puisque le panier comprend des biens et services d'une quantité et d'une qualité constante ou équivalente, l'indice reflète uniquement la fluctuation pure des prix. L'IPC est couramment utilisé comme indicateur de la variation du niveau général des prix à la consommation ou du taux d'inflation. Comme la variation des prix a un effet sur le pouvoir d'achat du dollar, l'IPC est utile pour pratiquement tous les Canadiens. Les consommateurs peuvent comparer la fluctuation de l'IPC à la variation de leur revenu personnel et ainsi suivre et évaluer l'évolution de leur situation financière² ».

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Statistique Canada, *CANSIM, tableau 326-0015*.

N° 3.

Total des dépenses en santé par habitant, en dollars américains, ajusté selon le pouvoir d'achat

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Dépenses totales en santé par habitant, en dollars américains, ajustées selon la parité du pouvoir d'achat (PPA).

La parité de pouvoir d'achat (PPA) (on parle de valeurs mesurées en parité de pouvoir d'achat) est une méthode utilisée en économie pour établir une comparaison entre pays du pouvoir d'achat des devises nationales, ce qu'une simple utilisation des taux de change ne permet pas de faire. Le pouvoir d'achat d'une quantité donnée d'argent dépend en effet du coût de la vie, c'est-à-dire du niveau général des prix. La PPA permet de mesurer combien

1 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, Notes méthodologiques, p. 4.

2 Statistique Canada, *Définition des prix à la consommation*, [en ligne (consulté le 27 juin 2016) : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=2301&lang=fr].

une devise permet d'acheter de biens et services dans chacune des zones que l'on compare.

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 4.**Pourcentage du PIB en dépenses de santé****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Pourcentage des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) en dépenses de santé. Le PIB est un indicateur de richesse économique d'un État.

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 5.**Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**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 gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale³.» Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

N° 6.**Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens, ajustées selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**DÉFINITION :**

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens, ajustées selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation.

Dans le but d'accroître la comparabilité entre les provinces, le montant de dépenses publiques (indicateur n° 5) a ensuite été divisé par l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation, produit par Statistique Canada.

«L'indice des prix à la consommation (IPC) est un indicateur de la variation des prix à la consommation payés par les Canadiens. Pour l'établir, on compare au fil du temps le coût d'un panier fixe de biens et services achetés par les consommateurs. Puisque le panier comprend des biens et services d'une quantité et d'une qualité constante ou équivalente, l'indice reflète uniquement la fluctuation pure des prix. L'IPC est couramment utilisé comme indicateur de la variation du niveau général des prix à la consommation ou du taux d'inflation. Comme la variation des prix a un effet sur le pouvoir d'achat du dollar, l'IPC est utile pour pratiquement tous les Canadiens. Les consommateurs peuvent comparer la fluctuation de l'IPC à la variation de leur revenu personnel et ainsi suivre et évaluer l'évolution de leur situation financière⁴».

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Statistique Canada, *CANSIM, tableau 326-0015*.

N° 7.**Dépenses publiques en santé par habitant, en dollars américains, ajustées selon le pouvoir d'achat****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables

3 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, Notes méthodologiques, p. 5.

4 Statistique Canada, *Définition des prix à la consommation*, [en ligne (consulté le 27 juin 2016) : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=2301&lang=fr].

DÉFINITION :

Dépenses publiques en santé par habitant, en dollars américains, ajustées selon la parité du pouvoir d'achat (PPA). Le score est obtenu en soustrayant le montant des dépenses privées en santé du montant des dépenses totales de santé.

La parité de pouvoir d'achat (PPA) (on parle de valeurs mesurées en parité de pouvoir d'achat) est une méthode utilisée en économie pour établir une comparaison entre pays du pouvoir d'achat des devises nationales, ce qu'une simple utilisation des taux de change ne permet pas de faire. Le pouvoir d'achat d'une quantité donnée d'argent dépend en effet du coût de la vie, c'est-à-dire du niveau général des prix. La PPA permet de mesurer combien une devise permet d'acheter de biens et services dans chacune des zones que l'on compare.

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Dépenses de santé et financement*.

N° 8.**Nombre de médecins omnipraticiens pour 1 000 habitants**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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.

SOURCE :

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

N° 9.**Nombre de médecins spécialistes pour 1 000 habitants**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Nombre de médecins spécialistes (médecins spécialistes, chirurgiens spécialisés, spécialistes de laboratoire et scientifiques médicaux) 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.

SOURCE :

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

N° 10.**Nombre de médecins pour 1 000 habitants**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre de médecins professionnellement actifs pour 1 000 habitants.

Les médecins professionnellement actifs comprennent les médecins pratiquants 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 :

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

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

N° 11.**Nombre d'infirmières pour 1 000 habitants**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants.

SOURCES :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la main-d'œuvre de la santé (BDMOS)*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*.

N° 12.**Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants****ANNÉE:** 2016**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes**DÉFINITION:**

Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants.

Ce nombre inclut les pharmaciens qui travaillent dans la communauté ou dans les hôpitaux et exclut ceux qui travaillent dans d'autres environnements.

SOURCE:

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP), 2016.

N° 13.**Nombre de lits de courte durée pour 1 000 habitants****ANNÉES:** 2013-2014**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes**DÉFINITION:**

Nombre de lits de courte durée pour 1 000 habitants

SOURCE:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données canadienne SIG (BDCS)*.**N° 13a.****Nombre de lits de courte et longue durée pour 1 000 habitants****ANNÉES:** 2012-2013**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Autres pays comparables**DÉFINITION:**

Nombre de lits de courte et de longue durée pour 1 000 habitants.

Tous les lits d'hôpitaux qui sont régulièrement entretenus et dotés en personnel et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients admis. Ils sont la somme des quatre critères suivants : catégories : i) lits de soins aigus ; ii) lits de soins de réadaptation ; iii) lits de soins de longue durée ; et iv) autres lits d'hôpitaux.

Inclusion : lits dans tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux généraux, les hôpitaux de santé mentale et d'autres hôpitaux spécialisés – comprend les lits occupés et inoccupés.

Exclusion : tables chirurgicales, chariots de récupération, civières d'urgence, lits pour les soins le jour même, lits pour nourrissons

en bonne santé, lits dans les services qui ont été fermés pour une raison quelconque, lits temporaires et lits dans les établissements de soins de longue durée.

SOURCE:Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données sur la santé 2015*.**N° 14.****Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales de santé, en %****ANNÉES:** 2014-2015**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes**DÉFINITION:**

Montant des dépenses administratives par rapport au montant des dépenses totales de santé, 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.

SOURCE:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016 et Base de données canadienne SIG (BDCS)*.**N° 15.****Dépenses privées en santé par rapport aux dépenses totales de santé, en %****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Montant des dépenses privées en santé par rapport aux dépenses totales de santé. Ce score a été obtenu en faisant le calcul suivant :

$$\left(\frac{\text{Dépenses totales de santé} - \text{Dépenses publiques de santé}}{\text{Dépenses totales}} \right) * 100$$
SOURCES:Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données sur la santé 2015*.Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

N° 16.**Proportion du budget total consacré à la santé**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion du budget total consacré à la santé.

Le secteur des gouvernements provinciaux comprend les dépenses de santé liées aux fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et territoires et les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux.

L'ensemble des programmes des gouvernements provinciaux et territoriaux correspond aux dépenses totales des gouvernements provinciaux et territoriaux, moins les frais de la dette.

Dépenses des gouvernements provinciaux : tableaux spéciaux acquis de la Division de la statistique du secteur public de Statistique Canada. Depuis 2009, des données sont tirées et estimées à partir des comptes publics, des budgets et des dépenses principales des provinces.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

N° 17.**Proportion de médecins de famille qui affirment qu'ils connaissent souvent le coût réel des tests ou des traitements**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui affirment qu'ils connaissent souvent le coût réel des tests ou des traitements.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous songez à vos décisions en matière de traitement, à quelle fréquence diriez-vous que vous connaissez le coût réel des tests ou des traitements que vous recommandez à vos patients ? »

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 18.**Proportion de médecins de famille qui mentionnent qu'ils prennent souvent en compte les coûts pour le système de soins lors des décisions de traitement**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui mentionnent qu'ils prennent souvent en compte les coûts pour le système de soins lors des décisions de traitement.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous songez à vos décisions en matière de traitement, à quelle fréquence diriez-vous que vous tenez compte de ce qu'il en coûte au système de soins de santé lorsque vous prenez des décisions concernant le traitement ? »

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 19.**Solde migratoire des médecins**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Nombre de médecins qui ont élu domicile dans la province ou qui sont revenus de l'étranger en 2015 par rapport au nombre de médecins qui ont quitté le Québec pour une autre province ou pour l'étranger.

La migration entre provinces ou territoires est déterminée au moyen de la comparaison de la province ou du territoire de résidence des médecins de l'année précédente et de la province ou du territoire de résidence des médecins de l'année en question.

Tous les médecins sont inclus dans ces chiffres sur la migration, qu'ils aient changé de catégorie ou non (par exemple, un médecin de famille qui est devenu spécialiste).

SOURCE :

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

N° 20.

Proportion des médecins de famille qui utilisent les dossiers médicaux électroniques

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui utilisent les dossiers médicaux électroniques (à l'exclusion des systèmes de facturation).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Vous servez-vous de dossiers médicaux électroniques (à l'exclusion d'un système de facturation) ? »

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 21.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des requêtes électroniques d'examen de laboratoire

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des requêtes électroniques d'examen de laboratoire.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Employez-vous l'une ou l'autre des technologies suivantes dans votre cabinet ? »

– Requêtes électroniques d'examen de laboratoire

- Oui, emploi systématique
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 22.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des alertes ou des messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des alertes ou des messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Employez-vous l'une ou l'autre des technologies suivantes dans votre cabinet ? »

– Alertes ou messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments.

- Oui, emploi systématique
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 23.

Proportion des médecins de famille qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Pouvez-vous faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie ?

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 24.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients par diagnostic en utilisant un processus informatisé

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients par diagnostic (p. ex. : diabète ou cancer) en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

A. Liste de patients par diagnostic (p. ex. : diabète ou cancer)

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 25.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement en utilisant un processus informatisé

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement en utilisant un processus informatisé (par ex. : vaccin contre la grippe).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

B. Liste de patients pour qui des examens ou soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement (p. ex. : vaccin contre la grippe)

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 26.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les patients qui prennent un médicament spécifique en utilisant un processus informatisé

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les patients qui prennent un médicament spécifique en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

C. Liste de patients qui prennent un médicament spécifique

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 27.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les médicaments pris par un patient en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les médicaments pris par un patient (y compris ceux pouvant être prescrits par d'autres médecins) en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

D. Liste de tous les médicaments pris par un patient (y compris ceux pouvant être prescrits par d'autres médecins)

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 28.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les résultats de laboratoire pour un patient donné en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les résultats de laboratoire pour un patient donné (incluant ceux prescrits par d'autres médecins) en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

E. Liste de tous les résultats de laboratoire pour un patient donné (incluant ceux prescrits par d'autres médecins)

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 29.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut faire systématiquement un suivi de tous les examens de laboratoire commandés en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut faire systématiquement un suivi de tous les examens de laboratoire commandés jusqu'à l'obtention des résultats par les cliniciens en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Les tâches suivantes sont-elles systématiquement réalisées dans votre cabinet avec un système informatisé ?

– Suivi de tous les examens de laboratoire commandés jusqu'à l'obtention des résultats par les cliniciens.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 30.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des alertes ou des messages indiquant de divulguer les résultats d'examens aux patients, en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des alertes ou des messages indiquant de divulguer les résultats d'examens aux patients, en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Les tâches suivantes sont-elles systématiquement réalisées dans votre cabinet avec un système informatisé ?

– Réception d'alertes ou de messages vous indiquant de divulguer les résultats d'examens aux patients.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 31.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des rappels pour les interventions ou examens de dépistage fondés sur les guides de pratique, en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des rappels pour les interventions ou examens de dépistage fondés sur les guides de pratique, en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Les tâches suivantes sont-elles systématiquement réalisées dans votre cabinet avec un système informatisé ?

– Réception de rappels pour les interventions ou examens de dépistage fondés sur les guides de pratique.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 32.

Nombre de technologies informatiques utilisées par les médecins de famille pour les tâches cliniques

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre de technologies informatiques utilisées par les médecins de famille pour les tâches cliniques (0 à 12).

Cet indicateur est calculé par la somme des réponses positives aux 12 items portant sur l'utilisation de technologie pour les tâches cliniques (indicateurs n° 20 à n° 31).

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 33.**Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation des dossiers médicaux**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation des dossiers médicaux (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Au cours des 2 dernières années, avez-vous utilisé vos dossiers médicaux pour dresser une liste de patients en fonction de leur âge, leur diagnostic ou leurs risques ? 1. Oui, par âge (par ex. pour les plus de 50 ans) ; 2. Oui, par diagnostic ou risques de santé (par ex. diabète ou hypertension) ; 3. Oui, par médicaments prescrits (par ex. patients prenant de nombreux médicaments) ; 4. Oui, pour envoyer des rappels de prévention ou de suivi. »

L'indicateur correspond à la somme de réponses positives parmi les quatre pratiques d'utilisation des dossiers médicaux.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 34.**Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation de l'ordinateur pour des fins cliniques**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation de l'ordinateur pour des fins cliniques (sur 7).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Pour quel(s) motif(s) utilisez-vous un ordinateur dans votre clinique ?

1. Pour émettre des prescriptions de médicaments ; 2. Pour envoyer des prescriptions à la pharmacie ; 3. Pour envoyer des

lettres de référence à des spécialistes ; 4. Pour les notes cliniques à la suite des consultations ; 5. Pour conserver les résultats des tests diagnostiques ; 6. Pour rechercher des informations médicales sur Internet ; 7. Pour mettre à jour et utiliser les dossiers médicaux informatisés. »

L'indicateur correspond à la somme de réponses positives parmi les 7 pratiques d'utilisation de l'ordinateur.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 35.**Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de résumés cliniques des patients avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de résumés cliniques des patients avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Pouvez-vous faire des échanges électroniques des documents suivants avec des médecins à l'extérieur de votre cabinet ? (Ne pas inclure le télécopieur) – Résumés cliniques des patients

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 36.**Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de tests diagnostiques et de laboratoire avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de tests diagnostiques et de laboratoire avec des médecins à l'extérieur de leur cabinet.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Pouvez-vous faire des échanges électroniques des documents suivants avec des médecins à l'extérieur de votre cabinet ? (Ne pas inclure le télécopieur) – Tests diagnostiques et de laboratoire

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 37.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients d'envoyer un courriel concernant des questions ou des préoccupations d'ordre médical**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients d'envoyer un courriel concernant des questions ou des préoccupations d'ordre médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer si votre cabinet permet aux patients d'envoyer un courriel concernant des questions ou des préoccupations d'ordre médical.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 38.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients de visionner en ligne, télécharger ou transmettre des renseignements de leur dossier médical**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients de visionner en ligne, télécharger ou transmettre des renseignements de leur dossier médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer si votre cabinet permet aux patients de visionner en ligne, télécharger ou transmettre des renseignements de leur dossier médical.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 39.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de rendez-vous ou de référence en ligne**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de rendez-vous ou de référence en ligne.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet offre-t-il les moyens de communication électroniques suivants à ses patients ?

A. Demande de rendez-vous ou de référence en ligne

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 40.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de renouvellement de prescriptions en ligne

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de renouvellement de prescriptions en ligne.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet offre-t-il les moyens de communication électroniques suivants à ses patients ?

B. Demande de renouvellement de prescriptions en ligne

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 41.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de consulter des résultats de tests sur un site Web sécurisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de consulter des résultats de tests sur un site Web sécurisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet offre-t-il les moyens de communication électroniques suivants à ses patients ?

C. Consultation des résultats de tests sur un site Web sécurisé

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 42.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer un résumé clinique de chaque visite à remettre au patient, en utilisant un processus informatisé

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer un résumé clinique de chaque visite à remettre au patient, en utilisant un processus informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet peut-il générer les données suivantes concernant vos patients en utilisant un processus informatisé ?

F. Résumé clinique de chaque visite à remettre au patient

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 43.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet envoie systématiquement des rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés, avec un système informatisé****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet envoie systématiquement des rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés (p. ex. : vaccin contre la grippe ou HbA1C pour les diabétiques), avec un système informatisé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Les tâches suivantes sont-elles systématiquement réalisées dans votre cabinet avec un système informatisé ?

– Envoi de rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés (p. ex. : vaccin contre la grippe ou HbA1C pour les diabétiques).

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 44.**Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans****ANNÉES :** 2014-2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**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 en première ligne 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 (BDMH)* et *Base de données sur les congés des patients (BDGP)*.

N° 45.**Nombre de sorties des hôpitaux liées aux MPOC, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Nombre de sorties des hôpitaux liées aux maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une admission évitable.

SOURCES :

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

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

Statistique Canada, *Estimation de la population*, 2013.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 46.**Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une admission évitable.

SOURCES:

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

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

Statistique Canada, *Estimation de la population*, 2013.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 47.**Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants.****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète, personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une admission évitable.

SOURCES:

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

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

Statistique Canada, *Estimation de la population*, 2013.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 48.**Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de maladies chroniques multiples****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de maladies chroniques multiples.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: « À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants ?

A. Patients atteints de maladies chroniques multiples

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 49.**Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de graves problèmes de santé mentale****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de graves problèmes de santé mentale.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: « À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants ?

B. Patients souffrant de graves problèmes de santé mentale

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 50.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de problèmes de toxicomanie

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de problèmes de toxicomanie.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants ?

C. Patients souffrant de problèmes de toxicomanie

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 51.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les patients atteints de cancer

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les patients atteints de cancer.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants ?

D. Patients qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les patients atteints de cancer

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 52.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de soins à domicile de longue durée

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de soins à domicile de longue durée (p. ex. : soins infirmiers ou personnels).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants ?

E. Patients qui ont besoin de services de soins à domicile de longue durée (p. ex. : soins infirmiers ou personnels)

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 53.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services sociaux dans la collectivité

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services sociaux dans la collectivité (p. ex. : logement, repas et transport).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants?

F. Patients qui ont besoin de services sociaux dans la collectivité (p. ex. : logement, repas et transport)

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 54.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de traduction

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de traduction.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants?

G. Patients qui ont besoin de services de traduction

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 55.

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de démence

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de démence.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «À quelle fréquence votre cabinet voit-il les patients suivants?

H. Patients atteints de démence

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 56.

Nombre de types de patients avec problèmes particuliers vus souvent par le médecin de famille

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Nombre de types de patients avec problèmes particuliers vus souvent par le médecin de famille (0 à 8). Cet indicateur est calculé par la somme des réponses positives aux 8 items portant sur les patients avec problèmes particuliers (indicateurs n° 48 à n° 55).

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 57.**Fréquences d'actes médicaux normalement attendus en première ligne exécutés par les médecins de famille****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Fréquences d'actes médicaux normalement attendus en première ligne exécutés par les médecins de famille (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « À quelle fréquence les activités suivantes sont-elles proposées au sein de la clientèle de votre clinique par vous-mêmes (ou par votre personnel) et non par un autre spécialiste ? » (au sein de la clientèle de votre clinique signifiant : personnes qui vous consultent généralement en premier lieu pour des soins de première ligne).

Dix actes médicaux sont indiqués : résection cunéiforme d'ongle incarné, ablation de kyste sébacé du cuir chevelu, points de suture, excision de verrues, insertion de DIU (stérilet), fondoscopie, injection articulaire, bandage d'une entorse, cryothérapie (verrues), mise en place d'une perfusion intraveineuse.

L'indicateur correspond à la moyenne de réponses (0 = rarement ou jamais ; 1 = toujours, habituellement ou parfois) parmi les dix actes médicaux.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 58.**Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé physique****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé physique (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Dans les cas de problèmes de santé suivants, à quel point vos patients (au sein de la clientèle de votre clinique) vous contactent-ils en premier lieu ? » Les 9 cas suivants sont retenus : enfant avec toux sévère, enfant de 8 ans avec problèmes d'audition, femme de 18 ans souhaitant un moyen de contraception orale, homme de 24 ans avec douleurs gastriques, femme de 50 ans avec masse au sein, femme de 60 ans avec polyurie, homme de 70 ans avec douleurs articulaires, femme de 75 ans avec problèmes de mémoire modérés, homme de 35 ans avec entorse de la cheville.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 9 cas (1 = rarement/jamais ; 2 = parfois ; 3 = habituellement ; 4 = [presque] toujours).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 59.**Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé mentale ou pour des problèmes psychosociaux****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé mentale ou pour des problèmes psychosociaux (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Dans les cas de problèmes de santé suivants, à quel point vos patients (au sein de la clientèle de votre clinique) vous contactent-ils en premier lieu ? » Les 6 cas suivants sont retenus : homme de 45 ans anxieux, enfant de 13 ans victime d'abus physique, couple avec problèmes relationnels, femme de 50 ans avec problèmes psychosociaux, homme de 32 ans avec problèmes sexuels, homme de 52 ans avec problèmes de dépendance à l'alcool.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 6 cas (1 = rarement/jamais ; 2 = parfois ; 3 = habituellement ; 4 = [presque] toujours).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 60.

Diversité des activités spéciales ou cliniques pour des groupes de patients ciblés étant offertes par les médecins de famille

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Diversité des activités spéciales ou cliniques pour des groupes de patients ciblés étant offertes par les médecins de famille (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous offert une ou des session(s) spéciale(s) ou clinique(s) pour les groupes de patients suivants ? » La question est posée pour 5 groupes de patients : patients diabétiques, patients atteints d'hypertension, femmes enceintes, personnes âgées, personnes avec maladies chroniques multiples.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 5 cas (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 61.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être allées à l'urgence pour une affection qui aurait pu être traitée par les médecins qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux, si ces derniers avaient été disponibles

ANNÉE : 2014**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être allées à l'urgence pour une affection qui aurait pu être traitée par les médecins qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux, si ces derniers avaient été disponibles.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « La dernière fois que vous êtes allé(e) au service des urgences de l'hôpital, était-ce pour une affection qui, selon vous, aurait pu être traitée par les médecins qui travaillent là où vous recevez habituellement vos soins médicaux, si ces derniers avaient été disponibles ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont visité l'urgence au cours des 2 dernières années et qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 62.

Accessibilité de la clinique par rapport à l'urgence selon l'expérience du patient

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Accessibilité de la clinique par rapport à l'urgence selon l'expérience du patient (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante a été posée aux patients : « Pourquoi vous êtes-vous rendu(e) à l'urgence plutôt que chez un médecin de famille ? » Trois raisons sont retenues : Aucun médecin de famille n'était disponible ; Je m'attendais à une période d'attente plus courte à l'urgence ; Le service à l'urgence est plus facile d'accès.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 3 raisons (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 63. Proportion de la population qui déclare avoir un médecin régulier

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion de la population qui déclare avoir un médecin régulier.

SOURCE :

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

N° 64. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont un médecin habituel/omnipraticien

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de personnes de 55 ans et plus qui ont un médecin habituel/omnipraticien.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante :

« Y a-t-il un médecin chez qui vous allez habituellement pour vos soins médicaux ? »

- Oui, j'ai un médecin habituel/omnipraticien
- Oui, mais j'ai plus d'un médecin habituel/omnipraticien
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 65. Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants

ANNÉES : 2013-2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Sortie d'hôpital par 1 000 habitants. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveau-nés en bonne santé (entre 3 à 10 % de l'ensemble des sorties).

SOURCES :

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur les congés des patients (BDPCP)*, *Base de données sur la mortalité hospitalière (BDMH)* et *Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)*.

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

N° 66. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants

ANNÉES : 2013-2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux normalisé selon l'âge de sorties des hôpitaux généraux (en raison d'un congé ou d'un décès) à la suite d'une hospitalisation liée à une maladie mentale sélectionnée, pour 100 000 personnes.

Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les suivantes : troubles liés à la consommation de psychotropes ; schizophrénie, troubles délirants et troubles psychotiques non organiques ; troubles de l'humeur ou affectifs ; troubles anxieux ; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Hospital Mental Health Services in Canada*.

N° 67. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Avez-vous passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 68. Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

ANNÉES : 2013-2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Chirurgies de remplacement de la hanche pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.

SOURCES :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 69. Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

ANNÉES : 2013-2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Chirurgies de remplacement de la hanche pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.

SOURCES :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 70. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté ou qui ont eu besoin de voir un spécialiste durant les 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté ou qui ont eu besoin de voir un spécialiste durant les 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Avez-vous consulté ou eu besoin de voir un spécialiste durant les 2 dernières années ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 71. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté au moins 2 médecins différents au cours des 12 derniers mois, sans compter les hospitalisations

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté au moins 2 médecins différents au cours des 12 derniers mois, sans compter les hospitalisations.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Sans compter les fois où vous avez éventuellement été hospitalisé(e), combien de médecins différents avez-vous consultés au cours des 12 derniers mois ? »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 72.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont eu recours au moins une fois au service des urgences d'un hôpital, pour leurs propres soins, au cours des 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont eu recours au moins une fois au service des urgences d'un hôpital, pour leurs propres soins, au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Combien de fois avez-vous eu recours au service des urgences d'un hôpital, pour vos propres soins, au cours des 2 dernières années ? »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 73.

Proportion ajustée des personnes qui ont attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion ajustée des personnes qui ont attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques.

Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population.

SOURCE :

Statistique Canada, *CANSIM, tableau 105-3004*.

N° 74.

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la hanche

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la hanche.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Temps d'attente pour les interventions prioritaires pratiquées au Canada ; Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province*, 2015.

N° 75.

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie du genou

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie du genou.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Temps d'attente pour les interventions prioritaires pratiquées au Canada ; Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province*, 2015.

N° 76.

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des patients opérés à l'intérieur de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Temps d'attente pour les interventions prioritaires pratiquées au Canada ; Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province*, 2015.

N° 77.**Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie de la hanche****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie de la hanche.

SOURCES:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Données sur les temps d'attente 2013*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 78.****Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie du genou****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie du genou.

SOURCES:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Données sur les temps d'attente 2013*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 79.****Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et la chirurgie de la cataracte****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et la chirurgie de la cataracte.

SOURCES:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Données sur les temps d'attente 2013*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 80.****Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes**DÉFINITION:**

Pourcentage des patients d'une province qui ont subi leur première radiothérapie dans les 28 jours (délai de référence) suivant la date à laquelle ils étaient prêts à être traités.

Cet indicateur est calculé en fonction des données sur les temps d'attente à l'échelle provinciale et nationale pour les 2 premiers trimestres de l'exercice (avril à septembre).

On calcule le pourcentage des patients traités dans le délai de référence en divisant le nombre de patients traités dans le délai de référence par le nombre total de cas, multiplié par 100.

SOURCE:Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Temps d'attente pour les interventions prioritaires pratiquées au Canada; Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2015*.**N° 81.****Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant de voir un spécialiste****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant de voir un spécialiste.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Selon vous, à quelle fréquence vos patients vivent-ils les situations suivantes ?

– Attendre longtemps avant de voir un spécialiste

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 82.**Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant d'être traités à la suite d'un diagnostic**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant d'être traités à la suite d'un diagnostic.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Selon vous, à quelle fréquence vos patients vivent-ils les situations suivantes ?

– Attendre longtemps avant d'être traité à la suite d'un diagnostic

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 83.**Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients avaient de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients avaient de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (par exemple TDM, mammographie, IRM).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Selon vous, à quelle fréquence vos patients vivent-ils les situations suivantes ?

– Avoir de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (p. ex. : TDM, mammographie, IRM)

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 84.**Pourcentage d'individus qui ont attendu moins de 4 semaines pour voir un spécialiste après avoir décidé de consulter**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage d'individus qui ont attendu moins de 4 semaines pour voir un spécialiste après avoir décidé de consulter.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 3.

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années.

- Moins d'une semaine
- Une à quatre semaines
- Plus de quatre semaines

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 172 p.

N° 85.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu moins de 4 semaines avant de voir un médecin spécialiste**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu moins de 4 semaines avant de voir un médecin spécialiste.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Après qu'on vous ait indiqué de consulter un spécialiste ou que vous ayez décidé d'en consulter un, combien de jours, de semaines ou de mois avez-vous eu à attendre pour obtenir un rendez-vous ?» Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 87.

Proportion de médecins de famille qui ont pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant à presque tous leurs patients ou la plupart d'entre eux

ANNÉE : 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille qui ont pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant à presque tous leurs patients ou la plupart d'entre eux.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : «Quelle proportion de vos patients qui demandent un rendez-vous le jour même ou le suivant peuvent l'obtenir ?

- Presque tous (> 80 %)
- La plupart (60-80 %)
- À peu près la moitié (~50 %)
- Certains (20-40 %)
- Peu (< 20 %)»

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 88.

Proportion de médecins de famille qui ont pris des mesures pour que leurs patients puissent voir un médecin ou une infirmière s'ils en ont besoin lorsque la clinique est fermée (après les heures de travail) sans devoir visiter les urgences d'un hôpital

ANNÉE : 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille qui ont pris des mesures pour que leurs patients puissent voir un médecin ou une infirmière s'ils en ont besoin lorsque la clinique est fermée (après les heures de travail) sans devoir visiter les urgences d'un hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : «Votre cabinet adopte-t-il des mesures pour que les patients puissent voir un médecin ou une infirmière, s'ils en ont besoin lorsque la clinique est fermée (après les heures de travail), sans devoir visiter les urgences d'un hôpital ?

- Oui
- Non»

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 89.

Accessibilité de la clinique selon l'expérience du patient

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Accessibilité de la clinique selon l'expérience du patient (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients : «Pensez à la clinique dans laquelle vous vous êtes rendu(e) aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants.» : Les heures d'ouverture sont trop limitées ; La clinique est trop loin de mon domicile ou de mon lieu de travail ; Lorsque j'ai appelé à cette clinique, j'ai dû attendre trop longtemps pour parler à quelqu'un ; Je peux voir d'autres médecins à cette clinique si mon médecin n'est pas disponible ; Vous a-t-il été facile d'obtenir ce rendez-vous ? ; Avez-vous été en mesure de fixer un rendez-vous avec le médecin aussi rapidement que vous le souhaitiez ? ; Pensez-vous qu'il est trop difficile de parvenir à consulter un médecin de famille le soir, la nuit et durant la fin de semaine ?

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 7 items (inversés pour les items à valence négative) (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 90.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment qu'il est très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de la population âgée de 55 ans et plus considérant qu'il est très (ou assez) difficile d'obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine ou un jour férié sans se rendre au service des urgences de l'hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: « Dans quelle mesure trouvez-vous facile ou difficile d'obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine ou un jour férié sans vous rendre au service des urgences de votre hôpital? Est-ce... »

- Très facile
- Assez facile
- Assez difficile
- Très difficile
- N'a jamais eu besoin de soins le soir, la fin de semaine ou un jour férié »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 91.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent pouvoir contacter facilement un professionnel de la santé pour poser des questions ou demander conseil en lien avec leur problème de santé

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent pouvoir contacter facilement un professionnel de la santé pour poser des questions ou demander conseil en lien avec leur problème de santé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: « Entre les visites chez le médecin, y a-t-il un professionnel de la santé que vous pouvez contacter facilement pour poser des questions ou demander conseil en lien avec votre problème de santé? »

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont au moins une maladie chronique.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 92.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu au moins 2 jours pour voir un médecin

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage des personnes de 55 ans et plus qui ont déclaré avoir attendu au moins 2 jours pour voir un médecin.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: « La dernière fois que vous avez été malade ou que vous avez eu besoin de soins médicaux,

combien de temps s'est écoulé avant que vous puissiez obtenir un rendez-vous pour voir un médecin ou une infirmière (en dehors d'une consultation éventuelle au service des urgences de votre hôpital)? Avez-vous obtenu un rendez-vous...?

- Le jour même
- Le lendemain
- En 2 à 5 jours
- En 6 à 7 jours
- En 8 à 14 jours
- Après plus de 2 semaines
- Vous n'avez pas réussi à obtenir de rendez-vous

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 93.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui reçoivent toujours une réponse le même jour lorsqu'ils appellent leur clinique habituelle durant les heures d'ouverture régulières, au sujet d'un problème médical

ANNÉE : 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Pourcentage des personnes de 55 ans et plus qui reçoivent toujours une réponse le même jour lorsqu'ils appellent leur clinique habituelle durant les heures d'ouverture régulières, au sujet d'un problème médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous appelez le cabinet de votre médecin attitré pour une consultation médicale durant ses heures de pratique régulières, à quelle fréquence recevez-vous une réponse le même jour ? »

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais
- N'a jamais essayé de le contacter par téléphone

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour leurs soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 94.

Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus qui ont eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**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 désigne 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)*.

N° 95.

Taux ajusté de sepsie à l'hôpital sur 1 000 sorties

ANNÉES : 2014-2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**DÉFINITION :**

Taux ajusté de sepsie à l'hôpital sur 1 000 sorties.

La sepsie est un problème de santé grave causé par une réponse immunitaire extrêmement puissante à une infection. Les taux sont ajustés selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 96.

Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme, pour 100 000 sorties médicales et chirurgicales, patients de 15 ans et plus

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Sorties de patients de 15 ans et plus chez qui un corps étranger a été laissé dans l'organisme au cours d'une procédure.

L'oubli d'un corps étranger pendant une intervention est l'un de ces événements qui signalent l'existence de graves problèmes procéduraux. L'indicateur retrace les erreurs concernant l'oubli d'un instrument chirurgical (aiguille, lame, gaze, etc.) en fin d'intervention. Les facteurs de risque les plus couramment à l'origine de la présence postopératoire de corps étrangers sont l'urgence, la modification procédurale inopinée, les changements d'équipier en cours d'intervention chirurgicale et l'obésité du patient. Les mesures de prévention peuvent consister à appliquer des procédures de comptage, à explorer les plaies de manière méthodique et à bien communiquer au sein de l'équipe chirurgicale.

SOURCES:

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 97.

Taux de cas d'embolie pulmonaire postopératoire, par 100 000 sorties relatives à une arthroplastie de la hanche ou du genou, patients de 15 ans et plus

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Taux de cas d'embolie pulmonaire postopératoire, par 100 000 sorties relatives à une arthroplastie de la hanche ou du genou pour les patients de 15 ans et plus.

L'arthroplastie de la hanche ou du genou est une procédure à haut risque souvent associée à des complications postopératoires comme l'embolie pulmonaire. Cette dernière est à l'origine de douleurs inutiles et de décès, dans certains cas, mais peut être évitée grâce à des anticoagulants ainsi qu'à d'autres mesures prises avant, pendant et après l'opération.⁵

SOURCES:

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

5 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*, p. 150

6 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*, p. 152

N° 98.

Taux de cas de septicémie postopératoire, pour 100 000 sorties chirurgicales, patients de 15 ans et plus

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Sorties de patients de 15 ans et plus qui ont présenté une septicémie.

Les septicémies consécutives à des actes chirurgicaux non urgents sont des complications graves pouvant entraîner des dysfonctionnements organiques multiples et la mort. Elles font souvent suite à des infections moins graves qu'il faudrait éviter ou traiter correctement. L'antibiothérapie prophylactique, les techniques chirurgicales stériles et des soins postopératoires de qualité peuvent permettre d'éviter de nombreux cas de septicémie postchirurgicale.

SOURCES:

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 99.

Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux avec instrument

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical (déchirures graves du périnée) de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux avec instrument.

Cet indicateur est reconnu comme étant une mesure de qualité puisque ce traumatisme est potentiellement évitable. « Il est possible d'atténuer ces traumatismes par l'emploi de normes de soins adaptés pendant le travail ».⁶

SOURCES :

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 100.

Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux sans instrument

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical (déchirures graves du périnée) de 3^e ou de 4^e degré, par 100 accouchements vaginaux sans instrument.

Cet indicateur est reconnu comme étant une mesure de qualité puisque ce traumatisme est potentiellement évitable. « Il est possible d'atténuer ces traumatismes par l'emploi de normes de soins adaptés pendant le travail ».⁷

SOURCES :

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 101.

Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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 en première ligne 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 chronique⁸.

SOURCE :

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

N° 102.

Taux de césariennes à faible risque

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Pourcentage des femmes qui accouchent par césarienne pour les grossesses qui ne sont pas à risque (à terme, présentation du sommet, naissance unique) chez des femmes ne souffrant pas de placenta prævia et sans antécédents de césarienne.

Les taux de césariennes ont augmenté dans bon nombre de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada fait la promotion des accouchements normaux, sans intervention technologique, lorsque cela est possible.

Les accouchements avant terme et les naissances multiples font partie des indications principales de la césarienne. En plus de ces facteurs, les femmes qui présentent des complications telles qu'un placenta prævia, dont la présentation du fœtus est anormale (par le siège ou transverse) ou qui ont des antécédents de césarienne peuvent également devoir subir une césarienne.

⁷ Ibid.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Indicateurs de santé 2012*.

L'exclusion de ces cas de l'analyse permettra de se concentrer sur une population moins à risque de subir une césarienne. Cet indicateur permet de signaler les éléments à améliorer et de réduire les taux de césariennes. Des indicateurs similaires sont utilisés aux États-Unis pour mesurer les taux de césariennes dans les cas de grossesses à faibles risques.

Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à surveiller les pratiques cliniques. Il est implicitement entendu que des taux faibles 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.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 103.**Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux en %**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux de réadmissions, ajusté selon les risques, urgentes 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.

Taux ajusté selon les risques d'une région = nombre de réadmissions observé dans la région ÷ nombre de réadmissions prévu dans la région × taux de réadmissions moyen au Canada.

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. 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.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 104.**Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux en %**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

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

Taux ajusté selon les risques d'une région = nombre de réadmissions observé dans la région ÷ nombre de réadmissions prévu dans la région × taux de réadmissions moyen au Canada.

Les soins médicaux englobent les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, les troubles digestifs et l'arythmie.⁹

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmission. 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.

9 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 105.

Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux de réadmissions urgentes, ajusté selon les risques, dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins obstétricaux.

Taux ajusté selon les risques d'une région = nombre de réadmissions observé dans la région ÷ nombre de réadmissions prévu dans la région × taux de réadmissions moyen au Canada.

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 lié à la grossesse et à l'accouchement.¹⁰

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.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 106.

Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux de réadmissions urgentes, ajusté selon les risques, dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins pour les 19 ans ou moins.

Taux ajusté selon les risques d'une région = nombre de réadmissions observé dans la région ÷ nombre de réadmissions prévu dans la région × taux de réadmissions moyen au Canada.

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.¹¹

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

¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*.

¹¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*.

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.

SOURCE :

Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 107.**Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux de réadmissions urgentes, ajusté selon les risques, dans les 30 jours suivant la sortie en raison d’une maladie mentale.

Taux ajusté selon les risques d’une région = nombre de réadmissions observé dans la région ÷ nombre de réadmissions prévu dans la région × taux de réadmissions moyen au Canada.

Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances ; la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques ; les troubles de l’humeur ou affectifs ; les troubles anxieux ; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l’adulte.

Une réadmission aux soins pour patients hospitalisés peut représenter un indicateur de rechute ou de complications après un séjour en soins pour patients hospitalisés. Les soins aux patients hospitalisés qui vivent avec une maladie mentale visent à stabiliser les symptômes aigus. Une fois son état stabilisé, la personne obtient son congé ; elle reçoit des soins ultérieurs dans le cadre de programmes de traitement offerts dans la collectivité ou en consultation externe afin de prévenir une rechute ou des complications. Des taux élevés de réadmissions dans les 30 jours pourraient être interprétés comme une conséquence directe d’une mauvaise coordination des services ou comme une conséquence indirecte d’une mauvaise continuité des services offerts après la sortie du patient.

SOURCE :

Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 108.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur les résultats cliniques concernant les soins aux patients**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur les résultats cliniques concernant les soins prodigués aux patients (p. ex. : pourcentage de diabétiques ou d’asthmatiques pour lesquels la maladie est bien contrôlée).

Cet indicateur provient d’une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Le cabinet où vous pratiquez reçoit-il et révise-t-il systématiquement les données touchant les aspects suivants des soins que vous prodiguez à vos patients ?

A. Résultats cliniques (p. ex. : pourcentage de diabétiques ou d’asthmatiques pour lesquels la maladie est bien contrôlée)

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l’enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 109.**Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur des sondages sur la satisfaction des patients**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur des sondages sur la satisfaction des patients et leur expérience en matière de soins.

Cet indicateur provient d’une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Le cabinet où vous pratiquez reçoit-il et révise-t-il systématiquement les données touchant les aspects suivants des soins que vous prodiguez à vos patients ?

B. Sondages sur la satisfaction des patients et leur expérience en matière de soins

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 110.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur l'utilisation des services hospitaliers des patients

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur l'utilisation des services hospitaliers des patients.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Le cabinet où vous pratiquez reçoit-il et révise-t-il systématiquement les données touchant les aspects suivants des soins que vous prodiguez à vos patients ?

C. Les admissions à l'hôpital ou l'usage de services d'urgence par les patients

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 111.

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite des informations sur des soins préventifs prodigués aux patients

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur des soins préventifs prodigués aux patients (p. ex. : test Pap, immunisations, coloscopies, mammographies, etc.).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Le cabinet où vous pratiquez reçoit-il et révise-t-il systématiquement les données touchant les aspects suivants des soins que vous prodiguez à vos patients ?

D. Pourcentage de patients qui ont reçu les soins préventifs recommandés (p. ex. : test Pap, immunisations, coloscopies, mammographies, etc.)

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 112.

Proportion des médecins de famille qui mentionnent que leur performance clinique est comparée à des cibles de performance au moins une fois par an

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui mentionnent que leur performance clinique est comparée à des cibles de performance au moins une fois par an.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Est-ce que certains aspects de votre performance clinique sont comparés à des cibles de performance au moins une fois par an ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 113.**Proportion des médecins de famille qui indiquent recevoir, systématiquement ou à l'occasion, des renseignements sur la façon dont la performance clinique du cabinet se compare à celle d'autres cabinets****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui indiquent recevoir, systématiquement ou à l'occasion, des renseignements sur la façon dont la performance clinique du cabinet se compare à celle d'autres cabinets.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Recevez-vous des renseignements sur la façon dont la performance clinique de votre cabinet se compare à celle d'autres cabinets ?

- Oui, systématiquement
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 114.**Proportion des médecins de famille qui affirment qu'ils fournissent systématiquement, à leurs patients atteints de maladies chroniques, des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui affirment qu'ils fournissent systématiquement, à leurs patients atteints de maladies chroniques, des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Donnez-vous à vos patients atteints de maladies chroniques des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile (p. ex. : quoi faire pour maîtriser les symptômes, prévenir les rechutes ou surveiller leur état de santé à la maison) ?

- Oui, systématiquement
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 115.**Proportion des médecins de famille qui mentionnent que les objectifs d'autogestion des patients atteints de maladies chroniques sont systématiquement consignés dans leur dossier médical****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui mentionnent que les objectifs d'autogestion des patients atteints de maladies chroniques sont systématiquement consignés dans leur dossier médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Dans le cas de vos patients atteints de maladies chroniques, est-ce que leurs objectifs d'autogestion sont consignés dans leur dossier médical ?

- Oui, systématiquement
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 116.**Utilisation des guides de pratique clinique pour 4 maladies chroniques**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Utilisation des guides de pratique clinique pour 4 maladies chroniques (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Utilisez-vous des guides de pratique clinique pour le traitement des problèmes de santé suivants ? La question porte sur 4 maladies chroniques : insuffisance cardiaque chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète.

L'indicateur correspond au nombre de réponses positives (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 117.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir reçu des instructions par écrit sur ce qu'elles devaient faire une fois de retour chez elle et sur les symptômes à surveiller à la suite d'une hospitalisation**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir reçu des instructions par écrit sur ce qu'elles devaient faire une fois de retour chez elle et sur les symptômes à surveiller à la suite d'une hospitalisation.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez quitté l'hôpital, avez-vous reçu des instructions par écrit sur ce que vous deviez faire une fois de retour chez vous et sur les symptômes à surveiller ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes ayant été hospitalisées au cours des 2 dernières années.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 118.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que quelqu'un a discuté avec elles de la raison pour laquelle chacun des médicaments avait été prescrit à la suite d'une hospitalisation**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que quelqu'un a discuté avec elles de la raison pour laquelle chacun des médicaments avait été prescrit à la suite d'une hospitalisation.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez quitté l'hôpital, quelqu'un a-t-il discuté avec vous de la raison pour laquelle chacun de vos médicaments vous avait été prescrit ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes ayant été hospitalisées au cours des 2 dernières années.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 119.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé a revu avec elles tous les médicaments qu'elles prenaient, au cours des 12 derniers mois****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé a revu avec elles tous les médicaments qu'elles prenaient, au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé a revu avec vous tous les médicaments que vous prenez ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes ayant au moins 2 médicaments prescrits.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 120.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a expliqué les effets secondaires de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a expliqué les effets secondaires de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a expliqué les effets secondaires de tous les médicaments qui vous avaient été prescrits ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes ayant au moins 2 médicaments prescrits.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 121.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a remis une liste écrite de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a remis une liste écrite de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a remis une liste écrite de tous les médicaments qui vous avaient été prescrits ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes ayant au moins 2 médicaments prescrits.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 122.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a parlé de leurs objectifs principaux pour traiter leur affection**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a parlé de leurs objectifs principaux pour traiter leur affection.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours de la dernière année, lorsque vous avez reçu des soins, est-ce qu'un des professionnels de la santé, que vous voyez pour votre condition, a parlé de vos objectifs principaux pour traiter votre condition ? »

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont au moins une maladie chronique.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 123.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné des instructions claires sur les symptômes à surveiller et quand obtenir d'autres soins ou traitements**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné des instructions claires sur les symptômes à surveiller et quand obtenir d'autres soins ou traitements.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours de la dernière année, lorsque vous avez reçu des soins, est-ce qu'un des professionnels de la santé que vous voyez pour votre condition a donné des instructions claires sur les symptômes à surveiller et quand obtenir d'autres soins ou traitements ? »

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont au moins une maladie chronique.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 124.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné un plan écrit pour les aider à gérer leurs propres soins**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné un plan écrit pour les aider à gérer leurs propres soins.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours de la dernière année, lorsque vous avez reçu des soins, est-ce qu'un des professionnels de la santé que vous voyez pour votre condition vous a donné un plan écrit pour vous aider à gérer vos propres soins ? »

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont au moins une maladie chronique.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 125.**Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en dollars canadiens**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Ratio des dépenses totales d'un hôpital liées aux patients hospitalisés en soins de courte durée par rapport au nombre de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée auxquels l'hôpital a dispensé des soins.

On calcule cet indicateur en divisant le total des dépenses liées aux patients hospitalisés par le nombre total de cas pondérés de patients hospitalisés en soins de courte durée (obtenu à partir de la Base de données sur les congés des patients), à l'exception des cas de chirurgie d'un jour.

SOURCE:

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur les congés des patients (BDGP)* et *Base de données canadienne SIG (BDCS)*.

N° 126.**Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Moyenne des durées de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisation élevée: Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible.

Cet indicateur correspond à la moyenne des pourcentages d'atteinte de cible des 8 causes d'hospitalisations suivantes: accouchement (n° 132), maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et bronchite (n° 133), infarctus aigu du myocarde (n° 134), pneumonie (n° 135), insuffisance cardiaque (n° 136), ostéoarthrite du genou (n° 137), autres soins médicaux (n° 138), schizophrénie (n° 139).

SOURCE:

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

N° 127.**Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé: Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible.

Cet indicateur correspond à la moyenne des pourcentages d'atteinte de cible des 9 chirurgies suivantes: accouchement par césarienne (n° 140), arthroplastie du genou (n° 141), fractures (n° 142), arthroplastie de la hanche (n° 143), angioplastie de l'artère coronaire (n° 144), hystérectomie (n° 145), appendicectomie (n° 146), excision de la vésicule biliaire (n° 147), insertion de stimulateur (n° 148).

SOURCE:

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

N° 128.**Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers**

ANNÉES: 2012-2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

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), *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

N° 129.**Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic**

ANNÉES: 2012-2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Nombre d'heures travaillées nécessaires à l'ensemble du personnel des services de 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 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 de diagnostics 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), *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

N° 130.**Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique**

ANNÉES: 2012-2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

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 en 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), *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

N° 131.**Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie**

ANNÉES: 2012-2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

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 liée 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 liée 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 en réadaptation de l'indicateur ne sera pas chose facile. Pour ces hôpitaux, les données liées aux services en santé mentale ou en 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), *Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)*.

N° 132.

Durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :

1. Accouchement normal

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 1. Accouchement normal.

SOURCES :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 133.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :

2. MPOC et bronchite

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 2. Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et bronchite.

SOURCE :

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

N° 134.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :

3. Infarctus aigu du myocarde

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 3. Infarctus aigu du myocarde.

SOURCES :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 135.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :

4. Pneumonie

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 4. Pneumonie.

SOURCE :

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

N° 136.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :
5. Insuffisance cardiaque

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 5. Insuffisance cardiaque.

SOURCE :

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

N° 137.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :
6. Ostéoarthrite du genou

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 6. Ostéoarthrite du genou.

SOURCE :

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

N° 138.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :
7. Autres soins médicaux

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 7. Autres soins médicaux (p. ex. : soins palliatifs, chimiothérapie).

SOURCE :

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

N° 139.

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé :
8. Schizophrénie

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 8. Schizophrénie.

SOURCE :

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

N° 140.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
1. Accouchement par césarienne

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 1. Accouchement par césarienne.

SOURCE :

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

N° 141.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
2. Arthroplastie du genou

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 2. Arthroplastie du genou.

SOURCE :

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

N° 142.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
3. Fractures

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 3. Fractures.

SOURCE :

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

N° 143.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
4. Arthroplastie de la hanche

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 4. Arthroplastie de la hanche.

SOURCE :

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

N° 144.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
5. Angioplastie de l'artère coronaire

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 5. Angioplastie de l'artère coronaire.

SOURCE :

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

N° 145.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
6. Hystérectomie

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 6. Hystérectomie.

SOURCE :

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

N° 146.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
7. Appendicectomie

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 7. Appendicectomie.

SOURCE :

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

N° 147.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé :
8. Excision de la vésicule biliaire

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 8. Excision de la vésicule biliaire.

SOURCE :

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

N° 148.

Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 9. Insertion de stimulateur

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Durée moyenne de séjour pour les 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 9. Insertion de stimulateur.

SOURCE :

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

N° 149.

Nombre moyen d'heures travaillées par semaine tel que rapporté par les médecins de famille à la clinique

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre moyen d'heures travaillées par semaine tel que rapporté par les médecins de famille à la clinique.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « En songeant à votre cabinet médical, combien d'heures par semaine y travaillez-vous en général ? »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 150.

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact direct avec les patients lors d'une semaine régulière

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact direct avec les patients lors d'une semaine régulière.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée aux médecins est la suivante : « Lors d'une semaine régulière, quel pourcentage de votre temps accordez-vous aux tâches suivantes : (Remarque : La somme de vos réponses ne doit pas nécessairement être égale à 100 %.)

A. Contact direct avec les patients »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 151.

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact indirect avec les patients (courriel ou téléphone) lors d'une semaine régulière

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact indirect avec les patients (courriel ou téléphone) lors d'une semaine régulière.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée aux médecins est la suivante : « Lors d'une semaine régulière, quel pourcentage de votre temps accordez-vous aux tâches suivantes : (Remarque : La somme de vos réponses ne doit pas nécessairement être égale à 100 %.)

B. Autre contact avec les patients (p. ex. : par courriel ou téléphone) »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 152.

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille aux questions administratives lors d'une semaine régulière

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille aux questions administratives lors d'une semaine régulière.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée aux médecins est la suivante: «Lors d'une semaine régulière, quel pourcentage de votre temps accordez-vous aux tâches suivantes: (Remarque: La somme de vos réponses ne doit pas nécessairement être égale à 100 %.)

C. Questions administratives»

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 153.

Proportion des heures consacrées au travail de médecin de famille, peu importe le lieu de pratique, sur une base d'un temps plein estimé à 40 heures par semaine

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Proportion des heures consacrées au travail de médecin de famille, peu importe le lieu de pratique, sur une base d'un temps plein estimé à 40 heures par semaine.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

L'indicateur correspond à la proportion des heures dans la clinique sur le nombre d'heures totales travaillées en tant que médecin de famille (excluant des emplois autres et heures de garde ou services en dehors des heures d'ouverture).

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 154.

Proportion des heures consacrées aux soins directs aux patients, sur le nombre total d'heures/semaine du médecin de famille

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Proportion des heures consacrées aux soins directs aux patients (consultations, visites à domicile, consultations téléphoniques), sur le nombre total d'heures/semaine du médecin de famille.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 155.

Ratio du nombre de contacts avec les patients par téléphone et par courriel, sur le nombre de contacts en face à face dans une journée

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Ratio du nombre de contacts avec les patients par téléphone et par courriel, sur le nombre de contacts en face à face dans une journée.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 156.**Proportion ajustée des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

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 :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*.

N° 157.**Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie**

ANNÉES : 2012-2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

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 ? » Il a été demandé aux femmes de 50 à 69 ans si elles avaient bénéficié d'un test de dépistage dans les 2 années précédant l'enquête.

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 :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012*.

N° 158.**Pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années**

ANNÉES : 2012-2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par le test de Papanicolaou (test Pap) reflètent la proportion des patientes de la population cible qui en bénéficient.

Comme les politiques concernant la périodicité du dépistage varient entre les pays, les taux sont établis sur la base de la politique propre à chaque pays. Il est important de prendre en compte le fait que certains pays déterminent le dépistage sur la base de données d'enquêtes et d'autres, sur la base de données de consultations, ce qui peut influencer sur les résultats. Les résultats du Canada reposent sur la réalisation d'un test de dépistage au cours des trois dernières années, une donnée déclarée lors d'une enquête.

SOURCES :

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*.

N° 159.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés, au cours des 2 dernières années**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés, au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés ? »

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 160.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport, au cours des 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport, au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé d'activité physique ou de sport ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 161.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé des risques du tabagisme pour la santé et des moyens à prendre pour arrêter de fumer, au cours des 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé des risques du tabagisme pour la santé et des moyens à prendre pour arrêter de fumer, au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Fumez-vous la cigarette ou faites-vous usage du tabac ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 162.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou les stressent dans leur vie, au cours des 2 dernières années

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou les stressent dans leur vie, au cours des 2 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé de choses qui vous inquiètent ou vous stressent dans votre vie ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 163.

Proportion des médecins de famille qui affirment qu'eux-mêmes ou un autre membre de la clinique font fréquemment des visites à domicile

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui affirment qu'eux-mêmes ou un autre membre de la clinique font fréquemment des visites à domicile.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Est-ce qu'un autre membre du personnel de votre cabinet, ou vous-même, offrez des soins des façons suivantes ?

– Faire des visites à domicile

- Oui, fréquemment
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 164.

Nombre de professionnels de la santé dans la clinique médicale

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Nombre de professionnels de la santé dans la clinique médicale (sur 8).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Parmi les professionnels de la santé inscrits dans la liste qui suit, combien de ceux-ci travaillent à votre clinique ? » Sont comptabilisés ici les types de professionnels suivants : infirmière clinicienne en médecine familiale ; autre type d'infirmière spécialisée (par ex. : infirmière en gestion de maladies) ; infirmière praticienne ; infirmière clinicienne en psychiatrie ; psychologue/psychiatre ; infirmière clinicienne en santé communautaire ou en soins à domicile ; physiothérapeute ; dentiste ; pharmacien ; travailleur social ; diététiste.

L'indicateur correspond au nombre de types de professionnels présents dans la clinique.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 165.

Proportion des médecins de famille qui affirment qu'une infirmière du cabinet participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui affirment qu'une infirmière du cabinet participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Votre cabinet utilise-t-il du personnel, comme les infirmières ou les gestionnaires de cas, pour surveiller et gérer les soins aux patients aux prises avec des maladies chroniques graves qui nécessitent un suivi régulier ?

- Oui, à l'intérieur du cabinet
- Oui, à l'extérieur du cabinet
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 166.

Diversité des rôles des infirmières dans la clinique médicale

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Diversité des rôles des infirmières dans la clinique médicale (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Votre infirmière praticienne ou clinicienne fournit-elle de manière autonome les services suivants :

1. Immunisation ; 2. Promotion de la santé (par ex. : conseils sur l'hygiène de vie ou pour cesser de fumer) ; 3. Suivi de patients atteints de maladies chroniques (par ex. diabète) ; 4. Procédures mineures (par ex. utilisation de seringues auriculaires, traitement de plaies).»

L'indicateur correspond au nombre de réponses positives parmi les quatre types de services fournis de manière autonome par infirmière praticienne ou clinicienne.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 167.

Diversité des soins préventifs ou palliatifs offerts à la clinique médicale

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Diversité des soins préventifs ou palliatifs offerts à la clinique médicale (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Êtes-vous (ou des membres de votre personnel) impliqué(e) dans les activités suivantes » :

1. Soin prénatal de routine ; 2. Immunisation des enfants (dans le cadre d'un programme) ; 3. Surveillance pédiatrique des enfants de moins de 4 ans ; 4. Vaccin contre la grippe (dans le cadre d'un programme) ; 5. Soins palliatifs.»

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 5 activités (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 168.

Implication du médecin de famille dans l'éducation à la santé des patients

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Implication du médecin de famille dans l'éducation à la santé des patients (sur 5).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Quelle est votre implication dans l'éducation à la santé des patients en ce qui concerne les sujets suivants :

1. Cigarette ; 2. Régime ; 3. Problèmes de consommation d'alcool ; 4. Exercice physique ; 5. Stratégies d'autogestion de maladies chroniques ».

L'indicateur correspond à la somme des réponses positives aux 5 sujets (0 = non ; 1 = oui : implication lors de contacts réguliers avec les patients, de sessions de groupe ou de programmes spéciaux).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 169.

Prévention et diversité des soins offerts par le médecin de famille, tel que rapporté par les patients

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Prévention et diversité des soins offerts par le médecin de famille, tel que rapporté par les patients (sur 3).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients :

« Au cours des 12 derniers mois, un médecin de famille de cette clinique vous a-t-il parlé de comment rester en bonne santé ? (Par ex. : à propos de l'alimentation, de la consommation d'alcool ou de la cigarette, ou de l'exercice physique.) »

« Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Le médecin m'a interrogé(e) sur l'existence éventuelle d'autres problèmes à part celui pour lequel je suis venu(e) en consultation ».

« Pensez au médecin que vous avez consulté aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Ce médecin ne traite pas seulement les problèmes médicaux, mais peut également m'aider en cas de problèmes personnels ».

L'indicateur correspond au nombre de réponses positives aux 3 items (0 = non ou « je ne sais pas » ; 1 = oui).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 170.

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours un rapport du spécialiste contenant tous les renseignements cliniques de santé pertinents

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours un rapport du spécialiste contenant tous les renseignements cliniques de santé pertinents.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Quand vos patients consultent un spécialiste, à quelle fréquence recevez-vous les renseignements suivants ?

– Un rapport du spécialiste contenant tous les renseignements cliniques de santé pertinents.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 171.

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information sur les changements apportés par le spécialiste aux médicaments ou au plan de soins du patient

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information sur les changements apportés par le spécialiste aux médicaments ou au plan de soins du patient.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Quand vos patients consultent un spécialiste, à quelle fréquence recevez-vous les renseignements suivants ?

– De l'information sur les changements apportés par le spécialiste aux médicaments ou au plan de soins du patient.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 172.

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information en temps opportun et accessible au moment où ils en ont besoin

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information en

temps opportun et accessible au moment où ils en ont besoin.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Quand vos patients consultent un spécialiste, à quelle fréquence recevez-vous les renseignements suivants ?

– De l'information en temps opportun et accessible au moment où vous en avez besoin.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 173.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé que le spécialiste n'avait pas les renseignements médicaux ou les résultats des examens de leur médecin attitré au sujet des raisons de leur visite

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé que le spécialiste n'avait pas les renseignements médicaux ou les résultats des examens de leur médecin attitré au sujet des raisons de leur visite.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, est-il arrivé que le spécialiste n'avait pas vos renseignements médicaux ou les résultats des examens de votre médecin attitré ou de la clinique où vous vous rendez régulièrement pour vos soins de santé au sujet des raisons de votre visite ?

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années et qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 174.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé qu'après avoir vu le spécialiste, leur médecin attitré, ou leur clinique habituelle, ne semblait pas informé des soins qu'elles avaient reçus du spécialiste

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé qu'après avoir vu le spécialiste, leur médecin attitré, ou leur clinique habituelle, ne semblait pas informé des soins qu'elles avaient reçus du spécialiste.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, est-il arrivé, après que vous ayez vu le spécialiste, que votre médecin attitré, ou la clinique où vous vous rendez pour vos soins de santé, ne semblait pas informé des soins que vous avez reçus du spécialiste.

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années et qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 175.

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que si des patients recevaient des services à domicile, ils étaient systématiquement informés de tout changement important dans l'état de santé de leurs patients

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que si des patients recevaient des services à domicile, ils étaient systématiquement informés de tout changement important dans l'état de santé de leurs patients.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Si l'un de vos patients reçoit des services de soins à domicile (p. ex. : soins infirmiers ou personnels), à quelle fréquence...

– ... êtes-vous informé de tout changement important dans l'état de santé de votre patient ?

- Systématiquement
- À l'occasion
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 176.

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué toujours recevoir un avis lorsqu'un patient a été vu à l'urgence

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué toujours recevoir un avis lorsqu'un patient a été vu à l'urgence.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lorsque vos patients vont à l'urgence, à quelle fréquence recevez-vous...

– ... un avis indiquant que votre patient a été vu à l'urgence ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 177.

Proportion de médecins de famille qui affirment toujours recevoir un avis lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion de médecins de famille qui affirment toujours recevoir un avis lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lorsque vos patients vont à l'urgence, à quelle fréquence recevez-vous...

– ... un avis indiquant que votre patient a reçu son congé de l'hôpital ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 178.

Proportion des médecins de famille qui reçoivent les informations cliniques à la suite de la sortie de l'hôpital d'un patient dans un délai de 4 jours ou moins

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui reçoivent les informations cliniques à la suite de la sortie de l'hôpital d'un patient dans un délai de 4 jours ou moins.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Après la sortie de votre patient de l'hôpital, quel délai s'écoule-t-il, en général, avant que vous receviez l'information clinique requise pour continuer

à prendre soin du patient, y compris les recommandations en matière de suivi ?

- Moins de 24 heures
- 24 à 48 heures
- 2 à 4 jours
- 5 à 14 jours
- 15 à 30 jours
- Plus de 30 jours
- Rarement ou jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 179.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir déjà reçu des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir déjà reçu des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 2 dernières années, lorsque vous avez obtenu des soins pour un problème médical, est-il déjà arrivé que vous receviez des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 180.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que les médecins, ou l'équipe médicale, qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux avaient l'air informés des soins qu'elles avaient reçus à l'hôpital

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que les médecins, ou l'équipe médicale, qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux avaient l'air informés des soins qu'elles avaient reçus à l'hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Après votre sortie de l'hôpital, les médecins, ou l'équipe médicale, qui travaillent là où vous recevez habituellement vos soins médicaux avaient-ils l'air informés des soins que vous aviez reçus à l'hôpital ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 181.

Proportion des médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, que le dossier médical ou toute autre information clinique d'un patient ne soit pas disponible au moment d'une visite planifiée

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, que le dossier médical ou toute autre information clinique d'un patient ne soit pas disponible au moment d'une visite planifiée.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : «Au cours du dernier mois, est-ce que la situation suivante s'est produite avec un de vos patients ?

– Le dossier médical ou toute autre information clinique d'un patient n'était pas disponible au moment d'une visite planifiée.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 182.

Proportion des médecins de famille qui indiquent qu'au cours du mois précédent, des évaluations ou des tests ont dû être refaits parce que les résultats n'étaient pas disponibles

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui indiquent qu'au cours du mois précédent, des évaluations ou des tests ont dû être refaits parce que les résultats n'étaient pas disponibles.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : «Au cours du dernier mois, est-ce que la situation suivante s'est produite avec un de vos patients ?

– Les évaluations ou les tests ont dû être refaits parce que les résultats n'étaient pas disponibles.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 183.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale connaît toujours les renseignements importants concernant leurs antécédents médicaux

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale connaît toujours les renseignements importants concernant leurs antécédents médicaux.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Lorsque vous avez besoin de soins ou d'un traitement, à quelle fréquence est-ce que votre médecin attitré ou l'équipe médicale que vous consultez connaît les renseignements importants concernant vos antécédents médicaux ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 184.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé, lorsqu'elles ont obtenu des soins pour un problème médical, que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment du rendez-vous médical

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé, lorsqu'elles ont obtenu des soins pour un

problème médical, que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment du rendez-vous médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Au cours des 2 dernières années, lorsque vous avez obtenu des soins pour un problème médical, est-il déjà arrivé que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment de votre rendez-vous médical ?

- Oui
- Non »

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.

N° 185.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est déjà arrivé que les médecins demandent un examen médical qui n'était pas nécessaire, selon elles, parce que l'examen avait déjà été fait

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est déjà arrivé que les médecins demandent un examen médical qui n'était pas nécessaire, selon elles, parce que l'examen avait déjà été fait.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Au cours des 2 dernières années, lorsque vous avez obtenu des soins pour un problème médical, est-il déjà arrivé que les médecins demandent un examen médical qui n'était pas nécessaire, selon vous, parce que l'examen avait déjà été fait ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 186.

Continuité informationnelle dépendante des partenaires (fréquence de réception d'informations transmises par des partenaires et délai de réception)

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Continuité informationnelle dépendante des partenaires (fréquence de réception d'informations transmises par des partenaires et délai de réception) (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux médecins :

«Si de nouveaux patients se présentent à votre clinique, recevez-vous leurs dossiers médicaux de leur ancien médecin : 1. Oui, toujours ou généralement ; 2. Seulement occasionnellement ; 3. Rarement ou jamais »

«Les médecins spécialistes vous informent-ils après avoir terminé les traitements ou des diagnostics de vos patients : 1. (Presque) toujours ; 2. Habituellement ; 3. Parfois ; 4. Rarement ou jamais »

«À la suite d'une hospitalisation, quel est le délai moyen de réception du rapport de sortie de l'hôpital le plus fréquenté par vos patients : 1. 1 à 4 jours ; 2. 5 à 14 jours ; 3. 15 à 30 jours ; 4. Plus de 30 jours ; 5. Je reçois rarement ou jamais de rapport de sortie.»

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 3 items recodés (1 = faible fréquence à 4 = fréquence élevée).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 187.

Continuité informationnelle dans le cas des références de patients (fréquence d'utilisation de lettres de référence)

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Continuité informationnelle dans le cas des références de patients (fréquence d'utilisation de lettres de référence) (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Pour quels types de patients utilisez-vous des lettres de référence (en incluant des détails sur le diagnostic possible et les résultats de test potentiels) lorsque vous les réfèrez vers un médecin spécialiste ? J'utilise des lettres : 1. Pour tous les patients que je réfère ; 2. Pour la plupart des patients que je réfère ; 3. Pour une minorité de patients que je réfère ; 4. Rarement ou jamais. »

L'indicateur correspond au score inversé (1 = rarement, 2 = minorité, 3 = plupart, 4 = tous).

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 188.

Continuité informationnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur diverses situations comme le transfert d'information vers le médecin de famille et la connaissance qu'a ce médecin du patient)

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Continuité informationnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur diverses situations comme le transfert d'information vers le médecin de famille et la connaissance qu'a ce médecin du patient) (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients :

« Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :

1. Si je consulte un autre médecin de famille dans la clinique (excluant votre propre médecin), cet autre médecin a en sa possession les informations nécessaires me concernant.

2. Lorsque je consulte un autre médecin dans la clinique, mon propre médecin est informé de cette visite et des résultats.

3. À la suite d'une visite à l'urgence, mon médecin en connaît la raison, le traitement et les résultats.

4. À la suite d'une hospitalisation, mon médecin de famille en connaît la raison, le traitement et les résultats.

5. Lorsque je suis référé(e), mon médecin de famille informe le médecin spécialiste de ma maladie.

6. Après une consultation chez un médecin spécialiste, mon médecin de famille est informé des résultats. »

« Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Le médecin avait en main mon dossier médical à jour. »

« Pensez à un médecin que vous avez consulté aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :

1. Il ou elle connaît les informations importantes concernant mes antécédents médicaux et mes problèmes de santé.

2. Il ou elle connaît mes conditions de vie. »

« Pensez à la clinique dans laquelle vous vous êtes rendu(e) aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : La clinique m'informe lorsque vient le moment de faire un bilan de santé, des examens ou un dépistage préventif. »

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 10 items (0 = non ; 1 = oui).

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 189.

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'ils contactaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet contactaient fréquemment les patients entre les visites pour surveiller leur état

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'ils contactaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet contactaient fréquemment les patients entre les visites pour surveiller leur état.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Est-ce qu'un autre membre du personnel de votre cabinet, ou vous-même, offrez des soins des façons suivantes ?

– Contacter les patients entre les visites pour surveiller leur état

- Oui, fréquemment
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 190.

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'eux-mêmes, ou un membre de leur cabinet, communiquent systématiquement avec le prestataire des soins à domicile des patients à propos de leurs besoins et des services qui leur seront fournis

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'eux-mêmes, ou un membre de leur cabinet, communiquent systématiquement avec le prestataire des soins à domicile des patients à propos de leurs besoins et des services qui leur seront fournis.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Si l'un de vos patients reçoit des services de soins à domicile (p. ex. : soins infirmiers ou personnels), à quelle fréquence...

– ... est-ce qu'un autre membre de votre cabinet, ou vous-même, communique avec le gestionnaire de cas ou le prestataire des soins à domicile de votre patient à propos de ses besoins et des services qui lui seront fournis ?

- Systématiquement
- À l'occasion
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 191.

Coordination dans la prise en charge du patient (degré de capacité du médecin de famille à coordonner les soins et à collaborer avec les autres professionnels de santé)

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Coordination dans la prise en charge du patient (degré de capacité du médecin de famille à coordonner les soins et à collaborer avec les autres professionnels de santé) (sur 5).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux médecins : « En ce qui concerne vos patients les plus complexes (par ex. : les patients atteints de multiples maladies chroniques ou d'importants problèmes sociaux ayant une incidence sur leur santé)...

1. Dans quelle mesure êtes-vous capable de coordonner les soins avec les organisations de services dans la communauté dans la planification et la prestation de soins ?
1 = Incapable ; 2 = Rarement capable ; 3 = Parfois capable ; 4 = Habituellement capable ; 5 = Toujours ou presque toujours capable.
2. Dans quelle mesure collaborez-vous avec tous les professionnels de la santé impliqués auprès de ces patients (au sein ou à l'extérieur de votre clinique) dans l'élaboration d'objectifs pour le traitement ou la gestion et la planification des soins ?
1 = Jamais ; 2 = Rarement ; 3 = Quelquefois ; 4 = Souvent ; 5 = Presque toujours. »

L'indicateur correspond à la moyenne des scores attribués aux réponses des 2 items.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 192.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être contactées par un professionnel de la santé pour voir comment ils vont, entre les visites chez le médecin****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être contactées par un professionnel de la santé pour voir comment ils vont, entre les visites chez le médecin.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Entre les visites chez le médecin, y a-t-il un professionnel de la santé qui vous contacte pour voir comment vous allez ? »

- Oui
- Non »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont au moins une maladie chronique.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 193.**Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, ils coordonnaient ou les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins aux patients après leur sortie de l'hôpital****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, ils coordonnaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins aux patients après leur sortie de l'hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Est-ce qu'un autre membre du personnel de votre cabinet, ou vous-même, offre des soins des façons suivantes ? »

– Coordonner les soins aux patients après leur congé de l'hôpital

- Oui, fréquemment
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 194.**Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, fréquemment, ils coordonnaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins avec les services médicaux ou les autres intervenants de la communauté****ANNÉE :** 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, fréquemment, ils coordonnaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins avec les services médicaux ou les autres intervenants de la communauté.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Est-ce qu'un autre membre du personnel de votre cabinet, ou vous-même, offre des soins des façons suivantes ? »

– Coordonner les soins avec les services médicaux ou autres intervenants de la communauté

- Oui, fréquemment
- Oui, à l'occasion
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 195.**Proportion de médecins de famille qui ont affirmé qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patients avec les services sociaux ou les autres intervenants de la communauté**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui ont affirmé qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patients avec les services sociaux ou les autres intervenants de la communauté (par exemple logement, repas et transport).

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lorsque cela est requis, dans quelle mesure est-il facile ou difficile de coordonner les soins de votre patient avec les services sociaux ou les autres intervenants de la communauté (p. ex. : logement, repas et transport) ? »

- Très facile
- Facile
- Plutôt difficile
- Très difficile »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 196.**Proportion de médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, qu'un patient ait connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, qu'un patient ait connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Au cours du dernier mois, est-ce que la situation suivante s'est produite avec un de vos patients ? »

– Un patient a connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés entre divers centres ou intervenants.

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 197.**Continuité informationnelle dans le cadre de pratique interdisciplinaire auprès de patients plus complexes (niveau d'accès aux informations)**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Continuité informationnelle dans le cadre de pratique interdisciplinaire auprès de patients plus complexes (niveau d'accès aux informations) (sur 5).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « En ce qui concerne vos patients les plus complexes (par ex. : les patients atteints de multiples maladies chroniques ou d'importants problèmes sociaux ayant une incidence sur leur santé), dans quelle mesure tous les professionnels de la santé impliqués auprès de ces patients (au sein ou à l'extérieur de votre clinique) ont-ils accès aux mêmes informations lorsqu'ils travaillent auprès d'un patient ? »

L'indicateur correspond au score attribué à la réponse de l'item (1 = Pas du tout ; 2 = Pas vraiment ; 3 = Indécis(e) ; 4 = Quelque peu ; 5 = Beaucoup).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 198.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu'un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins**

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu'un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «À quelle fréquence votre médecin attitré, ou quelqu'un de son cabinet, vous aide-t-il à organiser ou à coordonner les soins que vous recevez d'autres médecins ou cliniques ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais
- N'a pas vu d'autres médecins ou n'a pas eu besoin de coordination»

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins. Elle a été posée dans trois provinces canadiennes seulement: Québec, Ontario et Colombie-Britannique.

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 139 p.

N° 199.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital**

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Lorsque vous avez quitté l'hôpital, est-ce que l'hôpital a pris des dispositions pour que vous ayez un suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé ?

- Oui
- Non»

Cette question s'adresse aux personnes qui ont été hospitalisées au cours des 2 dernières années.

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus: le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 200.**Coordination professionnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur le travail collaboratif, répétition de tests ou d'examens et savoir quoi faire)**

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Coordination professionnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur le travail collaboratif, répétition de tests ou d'examens et savoir quoi faire) (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients :

«Pensez à la clinique dans laquelle vous vous êtes rendu(e) aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant: Les différents médecins et professionnels de la santé que je consulte à cette clinique pour mes soins travaillent ensemble de façon efficace.»

«Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu l'une des expériences suivantes dans cette clinique: J'ai pensé que les tests ou les examens avaient été inutilement répétés.»

«Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où le personnel de la clinique ne semblait pas savoir qui devrait faire quoi dans le cadre de vos soins de santé? »

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 3 items (0 = non ; 1 = oui) ; les scores des items à valence négative ont été inversés pour être dans le même sens que l'item à valence positive.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 201.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale les encourage toujours à poser des questions

ANNÉE : 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale les encourage toujours à poser des questions.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez besoin de soins ou d'un traitement, à quelle fréquence est-ce que votre médecin attitré ou l'équipe médicale que vous consultez vous encourage à poser des questions ? »

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 202.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale explique toujours les choses de façon à ce qu'elles les comprennent

ANNÉE : 2014**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale explique toujours les choses de façon à ce qu'elles les comprennent.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez besoin de soins ou d'un traitement, à quelle fréquence est-ce que votre médecin attitré ou l'équipe médicale que vous consultez explique les choses de façon à ce que vous les compreniez ? »

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 203.

Degré d'empathie du médecin de famille, selon le médecin dans les références et selon l'expérience du patient, tel que l'écoute et la qualité de la communication

ANNÉE : 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Degré d'empathie du médecin de famille, selon le médecin dans les références et selon l'expérience du patient, tel que l'écoute et la qualité de la communication (sur 100).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins :

« En cas de référence, indiquez à quel point vous considérez les éléments suivants : La distance à parcourir pour le patient ; Le temps d'attente pour le patient ; Les coûts pour le patient. » L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Toujours ; 2. Parfois ; 3. Jamais. Un score global a été calculé avec la moyenne des réponses inversées des 3 items (1 = Jamais ; 2 = Parfois ; 3 = Toujours). Ce score global varie de 1 à 3.

Les questions suivantes sont posées aux patients :

«Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants : Le médecin m'a écouté(e) attentivement ; Le médecin m'a à peine regardé(e) lorsque nous discutons ; Le médecin m'a posé des questions concernant mon problème de santé ; Je n'ai pas vraiment compris ce que le médecin a tenté de m'expliquer ; Le médecin a pris un temps suffisant pour la consultation.»

«Si vous n'étiez pas satisfait(e) du traitement que vous avez reçu, pensez-vous que ce médecin serait prêt à en discuter avec vous ?»

Le choix de réponse des questions est le suivant : 1. Oui ; 2. Non.

Dans un premier temps, pour les questions concernant les patients, les scores des questions à valence négative ont été inversés pour aller dans le même sens que les questions à valence positive. Ensuite, un score global a été calculé avec la moyenne des réponses des 6 questions (0 = Non ; 1 = Oui). Ce score global varie de 0 à 1.

Dans le but de créer l'indicateur, chacun des 2 scores globaux (un pour les médecins et l'autre pour les patients) a d'abord été transformé en score relatif (score global/score maximum possible de ce score * 100). L'indicateur correspond à la moyenne des 2 scores relatifs ainsi calculés.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 204.

Degré de respect du médecin de famille pour la qualité de référence du patient, le respect au sein de la clinique et le temps d'attente entre l'heure du rendez-vous et l'heure de la consultation, selon l'expérience du patient

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Degré de respect du médecin de famille pour la qualité de référence du patient, le respect au sein de la clinique et le temps d'attente entre l'heure du rendez-vous et l'heure de la consultation, selon l'expérience du patient (sur 100).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins :

«En cas de référence, indiquez à quel point vous considérez les éléments suivants : Vos expériences précédentes avec le médecin spécialiste ; Les informations comparatives sur la performance des spécialistes». L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Toujours ; 2. Parfois ; 3. Jamais. Un score global a été calculé avec la moyenne des réponses inversées des 2 items (1 = Jamais ; 2 = Parfois ; 3 = Toujours). Ce score global varie de 1 à 3.

Les questions suivantes sont posées aux patients :

«Pensez à la clinique dans laquelle vous vous êtes rendu(e) aujourd'hui. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Le personnel à la réception a été poli et m'a aidé(e).» Le choix de réponse est le suivant, soit 1. Oui ; 2. Non.

«Au cours des 12 derniers mois, l'un des événements suivants vous est-il arrivé dans cette clinique ? 1. Le médecin ou le personnel a eu un comportement négatif envers vous ; 2. Les autres patients ont été mieux traités que vous ; 3. Le médecin était beaucoup trop intéressé par l'argent ; 4. Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre origine ethnique ; 5. Le médecin ou le personnel a fait preuve d'un manque de respect en raison de votre sexe». «Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Le médecin a été poli». Le choix de réponse est le suivant, soit 1. Oui ; 2. Non.

Dans un premier temps, pour ces questions concernant les patients, les scores des questions à valence négative ont été inversés pour aller dans le même sens que les questions à valence positive. Ensuite, un score global a été calculé avec la moyenne des réponses des 7 questions (0 = Non ; 1 = Oui). Ce score global varie de 0 à 1.

«Combien de temps avez-vous attendu aujourd'hui entre l'heure de votre rendez-vous et l'heure de votre consultation ?» L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Moins de 15 minutes ; 2. 15 à 30 minutes ; 3. 31 à 45 minutes ; 4. 46 à 60 minutes ; 5. Plus d'une heure. Le score global a été inversé de sorte que 1 = le temps d'attente le plus long (plus d'une heure) à 5 = le temps le plus court (moins de 15 minutes).

Dans le but de créer l'indicateur, chacun des trois scores globaux (un pour les médecins et les deux autres pour les patients) a d'abord été transformé en score relatif (score global/score maximum possible de ce score * 100). L'indicateur correspond à la moyenne des trois scores relatifs ainsi calculés.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 205.**Temps moyen consacré à un patient lors d'une visite de routine****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Temps moyen consacré à un patient lors d'une visite de routine.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « En moyenne, combien de temps pouvez-vous consacrer à un patient lors d'une visite de routine ? »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 206.**Temps consacré aux patients en termes de durée d'une consultation régulière****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Temps consacré aux patients en termes de durée d'une consultation régulière.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « À votre clinique, combien de temps est habituellement consacré à une consultation régulière ? »

L'indicateur correspond au nombre de minutes.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 207.**Temps consacré aux patients en termes de durée d'un long rendez-vous****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Temps consacré aux patients en termes de durée d'un long rendez-vous.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Combien de temps est habituellement consacré à un long rendez-vous (par ex : examen physique complet) ? »

L'indicateur correspond au nombre de minutes.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 208.**Degré d'arrangements au sein de la clinique en termes de qualité des lieux, comme l'accessibilité et la confidentialité des bureaux, rapporté par le médecin de famille****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Degré d'arrangements au sein de la clinique en termes de qualité des lieux, comme l'accessibilité et la confidentialité des bureaux, rapporté par le médecin de famille (sur 1).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux médecins (ou au responsable de la clinique) :

« Les heures d'ouverture sont-elles clairement affichées avant d'entrer à la clinique ? » (0 = Non ; 1 = Oui)

« Des informations, sur les moyens d'obtenir des soins en dehors des heures d'ouverture, sont-elles clairement affichées avant d'entrer à la clinique ? » (0 = Non ; 1 = Oui)

«La clinique offre-t-elle un espace de stationnement réservé pour les personnes handicapées?» (0 = Non; 1 = Oui)

«La clinique est-elle située au rez-de-chaussée? Sinon un ascenseur est-il à la disposition des patients?» (0 = Non; 1 = Oui)

«À quel point la clinique est-elle accessible pour les patients utilisant un fauteuil roulant ou une poussette?» (0 = Difficile d'accès ou impossible d'y accéder; 1 = Très facile d'accès ou facile d'accès)

«Y a-t-il une toilette adaptée aux patients handicapés?» (0 = Non; 1 = Oui)

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 6 items.

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 209.

Proportion des médecins de famille qui déclarent discuter systématiquement avec leurs patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient recevoir ou non

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui déclarent discuter systématiquement avec leurs patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient recevoir ou non.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «Discutez-vous avec les patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient ou ne souhaiteraient pas recevoir s'ils étaient très malades ou blessés, ou s'ils n'étaient pas en mesure de prendre eux-mêmes des décisions?»

- Oui, systématiquement
- Oui, à l'occasion
- Non»

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 210.

Proportion des médecins de famille qui consignent systématiquement les préférences des patients quant à leur traitement dans leur dossier médical

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui discutent avec leurs patients des traitements que ceux-ci souhaiteraient recevoir ou non et qui consignent systématiquement ces préférences dans leur dossier médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «Vous avez indiqué que vous discutiez systématiquement ou à l'occasion avec les patients plus âgés ou plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient ou ne souhaiteraient pas recevoir s'ils étaient très malades ou blessés, ou s'ils n'étaient pas en mesure de prendre eux-mêmes des décisions. Dans ces cas, consignez-vous les préférences de vos patients dans leur dossier médical?»

- Oui, systématiquement
- Oui, à l'occasion
- Non»

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 211.

Proportion des personnes de 55 ans et plus à qui on a toujours parlé, lors de soins ou d'un traitement de spécialistes, d'un choix de traitement

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des personnes de 55 ans et plus à qui on a toujours parlé, lors de soins ou d'un traitement de spécialistes, d'un choix de traitement.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez reçu des soins ou des traitements de spécialistes, à quelle fréquence vous ont-ils parlé d'un choix de traitements ? »

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 212. Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement ou leurs soins

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement ou leurs soins.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous avez reçu des soins ou des traitements de spécialistes, à quelle fréquence vous ont-ils impliqué autant que vous le vouliez dans les décisions concernant votre traitement ou vos soins ? »

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement ou jamais »

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les 2 dernières années.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 213. Degré de décision partagée entre le médecin de famille et le patient pour les références, selon le médecin et pour les décisions concernant le traitement ou les objectifs liés à la santé, selon l'expérience du patient

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Degré de décision partagée entre le médecin de famille et le patient pour les références, selon le médecin et pour les décisions concernant le traitement ou les objectifs liés à la santé, selon l'expérience du patient (sur 100).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux médecins :

« En cas de référence, qui décide généralement de l'endroit où le patient sera référé ? » Le choix de réponse est le suivant : 1. Moi-même ; 2. Le patient ; 3. Décision par consentement mutuel.

« En cas de référence, indiquez à quel point vous considérez l'élément suivant : Les préférences du patient sur le choix de l'endroit ». Le choix de réponse est le suivant : 1. Toujours ; 2. Parfois ; 3. Jamais. L'échelle a été inversée comme suit : 1 = Jamais ; 2 = Parfois ; 3 = Toujours.

Un score global a été calculé avec la moyenne des réponses des 2 questions. Ce score global varie de 1 à 3.

La question suivante est posée aux patients :

« Pensez à la consultation qui vient de se terminer. Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Le médecin m'a impliqué(e) dans les décisions concernant mon traitement ou mes objectifs liés à ma santé. ». Le choix de réponse est le suivant : 1. Oui ; 2. Non et il a été recodé comme suit : 0 = Non ; 1 = Oui.

Dans le but de créer l'indicateur, chacun des 2 scores globaux (un pour les médecins et l'autre pour les patients) a d'abord été transformé en score relatif (score global/score maximum possible de ce score * 100). L'indicateur correspond à la moyenne des 2 scores relatifs ainsi calculés.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 214.**Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré aux questions administratives liées aux assurances ou aux paiements pour des réclamations est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré aux questions administratives liées aux assurances ou aux paiements pour des réclamations est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quel point les situations suivantes sont-elles problématiques pour vous ou votre personnel ? A. Temps consacré aux questions administratives liées aux assurances ou aux paiements pour des réclamations

- Problème majeur
- Problème mineur
- Pas un problème
- Ne s'applique pas »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 215.**Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré à l'obtention de médicaments ou de traitements requis par leurs patients, à cause d'une couverture restreinte, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré à l'obtention de médicaments ou de traitements requis par leurs patients, à cause d'une couverture restreinte, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quel point les situations suivantes sont-elles problématiques pour vous ou votre personnel ? B. Temps consacré à l'obtention de médicaments ou de traitements requis par vos patients à cause d'une couverture restreinte

- Problème majeur
- Problème mineur
- Pas un problème
- Ne s'applique pas »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 216.**Proportion de médecins de famille pour qui la communication des données cliniques ou relatives à la qualité des soins au gouvernement ou à d'autres entités externes, telles que les régimes d'assurance maladie, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel****ANNÉE :** 2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION :**

Proportion de médecins de famille pour qui la communication des données cliniques ou relatives à la qualité des soins au gouvernement ou à d'autres entités externes, telles que les régimes d'assurance maladie, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « À quel point les situations suivantes sont-elles problématiques pour vous ou votre personnel ? C. Communication des données cliniques ou relatives à la qualité des soins au gouvernement ou à d'autres entités externes telles que les régimes d'assurance maladie.

- Problème majeur
- Problème mineur
- Pas un problème
- Ne s'applique pas »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 217.**Proportion des médecins de famille qui trouvent que leur travail est extrêmement stressant ou très stressant****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Négatif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui trouvent que leur travail est extrêmement stressant ou très stressant.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: « Dans quelle mesure votre travail est-il stressant

en tant que médecin de première ligne ?

- Extrêmement stressant/Très stressant
- Assez stressant
- Pas trop stressant/Pas du tout stressant »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 218.**Proportion des médecins de famille qui se disent satisfaits ou très satisfaits du temps passé avec chaque patient****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui se disent satisfaits ou très satisfaits du temps passé avec chaque patient.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: « Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) de l'aspect suivant de votre pratique médicale:

– Le temps que vous devez passer avec chaque patient.

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e) »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 219.**Proportion des médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques et qui en sont satisfaits ou très satisfaits****ANNÉE:** 2015**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Proportion des médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques et qui en sont satisfaits ou très satisfaits.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: « Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) des aspects suivants de votre pratique médicale.

– Le système électronique de dossiers médicaux que vous utilisez actuellement dans votre cabinet.

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e) »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 220.**Degré d'appréciation des conditions de travail par les médecins de famille****ANNÉE:** 2013**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION:**

Degré d'appréciation des conditions de travail par les médecins de famille (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins: « Êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes: Mon travail est surchargé

de tâches administratives inutiles; Je vis beaucoup de stress au travail.»

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 2 items inversés pour avoir une valence positive (1 = Fortement d'accord; 2 = D'accord; 3 = Pas d'accord; 4 = Pas du tout d'accord).

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 221.

Nombre de semaines consacrées à des activités de développement professionnel par les médecins de famille durant l'année

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Nombre de semaines consacrées à des activités de développement professionnel par les médecins de famille durant l'année.

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins: «Au cours des 12 derniers mois, environ combien de semaines avez-vous passées en dehors de votre clinique pour la raison suivante: Conférences ou autres activités de formation?»

L'indicateur correspond au nombre de semaines.

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 222.

Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits du revenu provenant de leur cabinet médical

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits du revenu provenant de leur cabinet médical.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) de l'aspect suivant de votre pratique médicale.

– Votre revenu provenant du cabinet médical.

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)»

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 223.

Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits de leur revenu comparativement à celui des médecins spécialistes

ANNÉE: 2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits de leur revenu comparativement à celui des médecins spécialistes.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante: «Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) de l'aspect suivant de votre pratique médicale.

– Votre revenu comparé aux revenus des médecins spécialistes

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)»

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 224.**Degré de reconnaissance professionnelle perçue par les médecins de famille**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Degré de reconnaissance professionnelle perçue par les médecins de famille (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes ? Être un médecin de famille est un emploi respecté ; Dans mon travail, il y a un bon équilibre entre les efforts fournis et les récompenses ».

L'indicateur correspond à la moyenne des scores de l'échelle suivante (1 = Pas du tout d'accord ; 2 = Pas d'accord ; 3 = D'accord ; 4 = Fortement d'accord).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 225.**Proportion de médecins de famille qui sont globalement très satisfaits ou satisfaits relativement à la pratique de la médecine**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion de médecins de famille qui sont globalement très satisfaits ou satisfaits relativement à la pratique de la médecine.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Quelle est votre satisfaction globale relativement à la pratique de la médecine ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)

- Plus ou moins insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)»

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 226.**Degré de mobilisation des médecins de famille (perception de l'utilité de son travail et intérêt porté envers son travail)**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Degré de mobilisation des médecins de famille (perception de l'utilité de son travail et intérêt porté envers son travail) (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux médecins : « Êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes ? 1. J'ai l'impression qu'une partie de mon travail n'est pas vraiment utile ; 2. Mon travail m'intéresse toujours autant que par le passé. »

L'indicateur correspond à la moyenne des scores de l'échelle suivante (1 = Pas du tout d'accord ; 2 = Pas d'accord ; 3 = D'accord ; 4 = Fortement d'accord). Les scores de l'item à valence négative ont été inversés pour être dans le même sens que l'item à valence positive.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 227.**Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)**

ANNÉES : 2013-2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections associées à environ 80 % de la mortalité hospitalière.

Le nombre de décès observés dans un hôpital est la somme des décès réels dans cet hôpital. Le nombre de décès prévus dans un hôpital correspond à la somme des probabilités de décès pour chaque cas à cet hôpital. Des coefficients dérivés de modèles de régression logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'un décès à l'hôpital. Pour chacun des 72 groupes de diagnostics, un modèle de régression logistique tient compte des variables indépendantes suivantes : l'âge, le sexe, la durée du séjour, la catégorie d'admission, la comorbidité et les transferts. De plus, tous les modèles sont fondés sur des données de l'ensemble des hôpitaux de soins de courte durée au Canada.

Un ratio de 100 signifie qu'il n'y a pas de différence entre le taux de mortalité à l'hôpital et le taux de mortalité moyen pour l'année de référence. Un ratio supérieur à 100 signifie que le taux de mortalité à l'hôpital est supérieur au taux de mortalité moyen, tandis qu'un ratio inférieur à 100 signifie que le taux de mortalité à l'hôpital est inférieur au taux de mortalité moyen. Les intervalles de confiance indiquent le degré de précision de l'estimation du RNMH. Les petits hôpitaux qui comptent moins de cas ont des estimations du RNMH moins précises et des intervalles de confiance plus larges.

SOURCE:

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

N° 228.

Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %

ANNÉES: 2013-2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus qui ont reçu un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique.

On considère que la survie à un AVC reflète la qualité des soins aigus, en particulier des modes de traitements efficaces, comme le traitement thrombolytique, et une offre de soins rapide et adéquate. En conséquence, les taux de décès à l'hôpital à la suite d'un AVC ont été utilisés pour des examens comparatifs des hôpitaux à l'intérieur des pays et entre les pays de l'OCDE (OCDE, 2013).

Ces données sont normalisées selon l'âge et le sexe en fonction de la population de référence des pays de l'OCDE âgée de 45 ans et plus admise à l'hôpital pour un AVC, en 2010, au moyen de la méthode directe de normalisation.

SOURCES:

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 229.

Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %

ANNÉES: 2013-2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus qui ont reçu un diagnostic principal d'infarctus aigu du myocarde (IAM).

Le taux de décès à l'hôpital, à la suite d'un IAM, est considéré comme une bonne mesure de la qualité des soins aigus, car il reflète les processus de soins en cas d'IAM, tels qu'une intervention médicale efficace comme la thrombolyse et l'administration précoce d'aspirine et de bêtabloquants, ainsi que le transport en temps voulu des patients (OCDE, 2013).

Ces données sont normalisées selon l'âge et le sexe en fonction de la population de référence des pays de l'OCDE âgée de 45 ans et plus admise à l'hôpital pour un IAM, en 2010, au moyen de la méthode directe de normalisation.

SOURCES:

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

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 230.

Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure

ANNÉES: 2013-2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure.

Le volume d'interventions chirurgicales pratiquées chaque année est considérable. Les complications au cours des soins chirurgicaux sont devenues une cause importante de mortalité. C'est pourquoi la sécurité des chirurgies, en plus d'être considérée comme une préoccupation majeure en matière de santé publique, a été l'un des premiers aspects choisis dans le cadre du Défi mondial pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé.

Des études ont prouvé l'importance de l'évaluation préopératoire de l'état du patient et des risques qu'il court, de la gestion peropératoire de la chirurgie et de l'anesthésie et du soutien postopératoire pour la prévention des décès résultant de la chirurgie. Bien qu'il soit impossible de prévenir tous les décès, la déclaration et la comparaison des taux de mortalité liés aux chirurgies majeures peuvent accroître la sensibilisation à la sécurité des chirurgies et inciter les hôpitaux à examiner leurs processus de soins avant, pendant et immédiatement après une chirurgie afin de déceler les possibilités d'amélioration de la qualité.

Une période de 30 jours est généralement utilisée pour la déclaration de la mortalité hospitalière, y compris la mortalité suivant une chirurgie majeure. Elle permet de déceler les complications découlant d'une chirurgie majeure, comme les troubles de sevrage, la sepsie, les AVC et l'insuffisance rénale.

SOURCE:

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

N° 231.

Nombre de patients qui ont eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

ANNÉES: 2012-2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Pourcentage des personnes qui ont connu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée, ajusté selon les risques, par rapport à toutes celles qui ont connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée dans les hôpitaux généraux au cours d'une année donnée.

Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites en chirurgie d'un jour successives dans les hôpitaux généraux. Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances ; la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques ; les

troubles de l'humeur ou affectifs ; les troubles anxieux ; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

La difficulté d'obtenir des soins et un soutien adéquats au sein de la collectivité ou d'obtenir des médicaments appropriés entraîne souvent des hospitalisations fréquentes.

Selon l'ICIS, les variations selon les provinces et les territoires peuvent refléter les différences dans les services offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale visant à les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité sans les hospitaliser. Cet indicateur peut contribuer à identifier une population d'utilisateurs fréquents, et des recherches plus poussées permettraient d'en établir les caractéristiques. Une meilleure compréhension de cette population peut aider à l'élaboration ou à l'amélioration de programmes qui pourraient réduire le recours aux hospitalisations fréquentes.

Les hospitalisations répétées pendant une période de 12 mois peuvent avoir lieu dans plusieurs établissements. L'exclusion des hôpitaux psychiatriques au moment de déterminer les épisodes de soins peut entraîner un biais.

Il est possible que la mauvaise date de sortie soit utilisée dans le cadre du suivi des hospitalisations répétées ou que 2 hospitalisations associées au même épisode soient attribuées à 2 épisodes, par erreur. Une analyse plus poussée a démontré que ce biais est minime et qu'il n'a pas d'incidence sur les résultats de l'indicateur.

SOURCES:

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)* et *Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)*.

N° 232.

Accroissement du sentiment de confiance et de contrôle du patient sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Accroissement du sentiment de confiance et de contrôle du patient sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients : «Au cours des 12 derniers mois, est-ce que la personne que vous avez vue le plus souvent à la clinique... Vous a donné le sentiment que vous êtes en contrôle de votre santé? Vous a aidé à penser que continuer votre traitement ferait une différence? Vous a aidé à vous sentir confiant(e) de pouvoir vous occuper de votre santé?» L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Oui, vraiment; 2. Oui, jusqu'à un certain point; 3. Non, pas vraiment; 4. Non, pas du tout.

«À quel point êtes-vous confiant(e) de pouvoir maintenir les changements dans vos habitudes de santé, comme l'alimentation et l'activité physique, même pendant des périodes de stress? L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Totalement confiant(e); 2. Très confiant(e); 3. Moyennement confiant(e); 4. Un peu confiant(e); 5. Pas très confiant(e).

«Après cette visite, j'ai l'impression de mieux faire face à ma maladie ou à mes problèmes de santé que je ne le pouvais avant. L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Oui; 2. Non; 3. Je ne sais pas.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 5 items recodés de manière à ce qu'un score élevé corresponde à une activation élevée.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 233.

Accroissement du sentiment de confiance du patient de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Accroissement du sentiment de confiance du patient de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients : «Au cours des 12 derniers mois, est-ce que la personne que vous avez vu le plus souvent à la clinique... Vous a aidé à sentir que vos activités de tous les jours, telles que votre alimentation et votre style de vie, font une différence sur votre santé? Vous a aidé à sentir que vous pouvez prévenir certains problèmes de santé?» L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Oui, vraiment; 2. Oui, jusqu'à un certain point; 3. Non, pas vraiment; 4. Non, pas du tout.

«À quel point savez-vous quoi faire pour prévenir les problèmes de santé?» L'échelle de réponse est la suivante, soit 1. Totalement; 2. Beaucoup; 3. Moyennement; 4. Un peu; 5. À peu près pas; 6. Je n'ai pas de problème de santé.

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 3 items recodés de manière à ce qu'un score élevé corresponde à une activation élevée.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 234.

Proportion des naissances de faible poids, en %

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

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 :

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

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

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Statistiques éclair*.

N° 235.**Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

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.

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).

SOURCES :

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Global Health Observatory data repository, 2016*.

Statistique Canada, *Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 236.**Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes**

ANNÉE : 2012

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

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 :

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Global Health Observatory data repository, 2016*.

Statistique Canada, *Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 237.**Proportion de la population inactivement physiquement durant les loisirs**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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)*.

N° 238.

Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

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)*.

N° 239.

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des fruits au moins une fois par jour

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des fruits au moins une fois par jour.

SOURCES:

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 240.

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des légumes au moins une fois par jour

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré manger des légumes au moins une fois par jour.

SOURCES:

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 241.

Proportion de la population atteinte d'obésité

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage d'adultes obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²), données autodéclarées.

SOURCES:

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

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 242. Taux de tabagisme

ANNÉE: 2013
SENS DE LA VARIATION: Négatif
DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:
Pourcentage de personnes qui fument actuellement.

SOURCES:
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 243. Pourcentage de femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement

ANNÉE: 2013
SENS DE LA VARIATION: Négatif
DISPONIBILITÉ: Autres pays comparables

DÉFINITION:
Pourcentage de femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement.

SOURCE:
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 244. Pourcentage d'hommes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement

ANNÉE: 2013
SENS DE LA VARIATION: Négatif
DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:
Pourcentage d'hommes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement.

SOURCES:
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 245. Proportion de personnes de 55 ans et plus qui fument ou qui font usage du tabac

ANNÉE: 2014
SENS DE LA VARIATION: Négatif
DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:
Proportion de personnes de 55 ans et plus qui fument ou qui font usage du tabac.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Fumez-vous la cigarette ou faites-vous usage du tabac ?

- Oui
- Non »

SOURCE:
Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 246. Consommation d'alcool

ANNÉE: 2013
SENS DE LA VARIATION: Négatif
DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:
Consommation annuelle moyenne d'alcool en litres par habitant (15 ans et plus).

SOURCES:
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 247. Taux d'allaitement

ANNÉE: 2014
SENS DE LA VARIATION: Positif
DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

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

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

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

N° 248.**Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants**

ANNÉE : 2012

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre de décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (codes : 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 – Base de données sur les naissances, Base de données 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)*.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 249.**Nombre de décès dus au suicide par 100 000 femmes**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre de décès dus au suicide par 100 000 femmes.

SOURCE :

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 250.**Nombre de décès dus au suicide par 100 000 hommes**

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Autres pays comparables

DÉFINITION :

Nombre de décès dus au suicide par 100 000 hommes.

SOURCE :

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 251.**Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge, dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée pour 100 000 habitants

Une blessure auto-infligée se dit d'une blessure corporelle volontaire qui peut ou non entraîner la mort. Une blessure de ce type résulte de comportements suicidaires ou d'automutilation, ou des deux. Il est possible, dans de nombreux cas, de prévenir les blessures auto-infligées grâce à la détection précoce, à l'intervention et au traitement des maladies mentales. Bien que certains facteurs de risque ne puissent être contrôlés par le système de santé, on peut interpréter les taux élevés d'hospitalisations à la suite d'une blessure auto-infligée comme le résultat de l'incapacité du système à prévenir les blessures auto-infligées qui sont suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Cet indicateur ne tient pas compte des blessures auto-infligées qui ont fait l'objet d'un traitement ambulatoire à l'urgence d'un hôpital ou dans un autre établissement médical, ni des suicides survenus avant l'hospitalisation. Ainsi, cet indicateur ne peut pas être utilisé pour estimer la prévalence des blessures auto-infligées dans la population générale. Il ne tient pas compte non plus des patients admis dans un hôpital psychiatrique qui se sont infligé des blessures durant leur séjour, mais dont l'état ne nécessitait pas une admission dans un hôpital général.

SOURCES :

Statistique Canada, *Division de la démographie*.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur les congés des patients (BDP)*, *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)* et *Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)*.

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

N° 252.**Proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente.

SOURCE :

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

N° 253.**Proportion de la population qui a une santé fonctionnelle bonne à pleine**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Pourcentage de la population qui a 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)*.

N° 254.**Perception de l'état de santé : proportion des personnes qui considèrent leur santé comme très bonne ou excellente, en %**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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)*.

N° 255.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent l'état général de leur santé comme étant excellent ou très bon**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent l'état général de leur santé comme étant excellent ou très bon.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « En général, comment décririez-vous votre état de santé ? »

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Correct
- Mauvais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 256.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un médecin leur a déjà dit qu'elles souffraient d'une maladie chronique**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un médecin leur a déjà dit qu'elles souffraient d'une maladie chronique comme : hypertension artérielle, maladie du cœur, y compris une crise cardiaque, diabète, asthme ou une maladie pulmonaire chronique, dépression, anxiété, ou un autre problème de santé mentale, cancer ou douleurs aux articulations ou arthrite.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez ?

- D'hypertension artérielle ;
- De maladie du cœur, y compris une crise cardiaque ;
- De diabète ;
- D'asthme ou d'une maladie pulmonaire chronique, du type bronchite chronique, emphysème ou MPOC
- De dépression, d'anxiété, ou d'un autre problème de santé mentale ;
- De cancer ;
- De douleurs des jointures ou de l'arthrite.
- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 257.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui prennent régulièrement ou en permanence au moins 2 médicaments prescrits différents**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui prennent régulièrement ou en permanence au moins 2 médicaments prescrits différents.

La question posée est la suivante : « Combien de médicaments prescrits différents prenez-vous régulièrement ou en permanence ? »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 258.**Proportion des médecins de famille qui considèrent que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui considèrent que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Lequel des énoncés suivants exprime le mieux votre opinion globale relativement au système de santé de votre pays ?

- Dans l'ensemble, le système fonctionne assez bien et seuls des changements mineurs sont nécessaires pour l'améliorer
- Notre système de santé comporte des aspects positifs, mais des changements fondamentaux sont requis
- Notre système de santé est à ce point inadéquat que nous devons le reconstruire dans sa totalité. »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 259.**Proportion des médecins de famille qui considèrent que la qualité des soins médicaux s'est améliorée depuis les 3 dernières années**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui considèrent que la qualité des soins médicaux s'est améliorée depuis les 3 dernières années.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « En général, pensez-vous que la qualité des soins médicaux, que vos patients reçoivent par l'entremise du système de santé, se soit améliorée, se soit détériorée ou soit semblable à la qualité d'il y a trois ans ?

- Améliorée
- Détériorée
- Semblable »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 260.

Proportion des médecins de famille qui considèrent que les patients reçoivent beaucoup trop peu ou trop peu de soins médicaux

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des médecins de famille qui considèrent que les patients reçoivent beaucoup trop peu ou trop peu de soins médicaux.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « En songeant aux soins médicaux que reçoivent vos patients – pas seulement de votre part, mais de tous leurs intervenants, y compris les spécialistes – que pensez-vous de la quantité de soins médicaux qu'ils reçoivent ? Est-ce... ?

- Beaucoup trop peu
- Trop peu
- Juste assez
- Trop
- Beaucoup trop »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 261.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Lequel des énoncés suivants exprime le mieux votre impression générale du système de soins de santé dans ce pays ?

- Le système dans son ensemble fonctionne bien et seuls des changements mineurs sont requis pour qu'il fonctionne encore mieux
- Notre système de soins de santé comprend certaines bonnes choses, mais il a besoin de changements fondamentaux pour qu'il fonctionne mieux
- Il y a tellement de choses qui ne vont pas avec notre système de soins de santé qu'il faudrait le rebâtir au complet »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 262.

Degré de confiance envers les médecins en général selon l'expérience du patient

ANNÉE : 2013

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION :

Degré de confiance envers les médecins en général selon l'expérience du patient (sur 4).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux patients : « Êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : « D'une manière générale, on peut faire confiance aux médecins. »

L'indicateur correspond au score de l'item (1 = Fortement contre ; 2 = Contre ; 3 = D'accord ; 4 = Fortement d'accord).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 263.**Degré de confiance concernant la possibilité d'obtenir les bons soins requis****ANNÉE :** 2013**SENS DE LA VARIATION :** Positif**DISPONIBILITÉ :** Québec et ensemble du Canada**DÉFINITION :**

Degré de confiance concernant la possibilité d'obtenir les bons soins requis (sur 10).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

La question suivante est posée aux patients : « Sur une échelle de 0 à 10, à quel point avez-vous confiance envers le fait que vous pouvez obtenir les soins de santé de première ligne dont vous avez besoin ? »

L'indicateur correspond au score de l'item (entre 0 = Aucune confiance et 10 = Confiance absolue).

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015 ; 16 : 20. doi : 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 264.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée****ANNÉES :** 2014-2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**DÉFINITION :**

Cet indicateur estime la présence de différences socio-économiques dans les taux de blessures auto-infligées menant à une hospitalisation.

Il mesure le rapport entre le taux de blessures auto-infligées menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 265.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une crise cardiaque menant à une hospitalisation****ANNÉES :** 2014-2015**SENS DE LA VARIATION :** Négatif**DISPONIBILITÉ :** Provinces canadiennes**DÉFINITION :**

Cet indicateur estime la présence de différences socio-économiques dans les taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation.

Il mesure le rapport entre le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 266.**Pourcentage de médecins de famille qui déclarent que leurs patients ont souvent de la difficulté à payer leurs médicaments ou autres frais de santé**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Pourcentage de médecins de famille qui déclarent que leurs patients ont souvent de la difficulté à payer leurs médicaments ou autres frais de santé.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de médecins de famille (2015). La description de cette enquête est présentée en annexe 1.

La question posée est la suivante : « Selon vous, à quelle fréquence vos patients vivent-ils les situations suivantes ?

– Ont de la difficulté à payer les médicaments ou autres frais de santé.

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

N° 267.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent ne pas avoir acheté un médicament d'ordonnance ou d'avoir sauté des doses de son médicament en raison du coût**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent ne pas avoir acheté un médicament d'ordonnance ou d'avoir sauté des doses de son médicament en raison du coût.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas acheter un médicament d'ordonnance ou de sauter des doses de votre médicament, en raison du coût ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 268.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût, au cours des 12 derniers mois**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût, au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas consulter un médecin à la suite d'un problème médical, en raison du coût ?

- Oui
- Non »

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 269.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir effectué un test médical, un traitement ou une visite de suivi recommandés par un médecin en raison du coût**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir effectué un test médical, un traitement ou une visite de suivi recommandés par un médecin en raison du coût.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas effectuer un test médical, un traitement ou une visite de suivi recommandés par un médecin, en raison du coût ?

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 270.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir eu de la difficulté à payer leurs factures de soins médicaux, ou qui ont été incapables de le faire, au cours des 12 derniers mois

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir eu de la difficulté à payer leurs factures de soins médicaux, ou qui ont été incapables de le faire, au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu de la difficulté à payer vos factures de soins médicaux, ou avez-vous été incapable de le faire ?

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 271.

Pourcentage d'individus qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé pour un problème médical en raison du coût

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION:

Pourcentage d'individus qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé pour un problème médical en raison du coût.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 3.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir un problème médical, mais de ne pas avoir consulté de médecin en raison du coût ?

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2013). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 272.

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas être allées chez le dentiste en raison du coût

ANNÉE: 2014

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas être allées chez le dentiste en raison du coût.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante: «Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu de la difficulté à payer vos factures de soins médicaux, ou avez-vous été incapable de le faire ?

- Oui
- Non »

SOURCE:

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 273.**Accessibilité de différents services par rapport aux obstacles financiers (fréquence des obstacles) selon l'expérience du patient**

ANNÉE: 2013

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Québec et ensemble du Canada

DÉFINITION:

Accessibilité de différents services par rapport aux obstacles financiers (fréquence des obstacles) selon l'expérience du patient (sur 5).

Cet indicateur est issu d'une enquête menée auprès de médecins de famille et de leurs patients (2013). La description de cette enquête est présentée en annexe 4.

Les questions suivantes sont posées aux patients : «Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où... 1. Vous n'avez pas pris des médicaments prescrits par un médecin à cause de leurs coûts ; 2. Vous avez eu de la difficulté à obtenir des soins de santé parce que vous deviez vous absenter du travail ; 3. Vous avez eu de la difficulté à obtenir des soins de santé à cause des coûts additionnels que ça implique (garde d'enfants, stationnement...) ; 4. Vous n'êtes pas allé(e) passer des tests de laboratoire ou des examens à cause de leurs coûts ; 5. Vous n'avez pas fait appel aux services non couverts par l'assurance maladie qui vous ont été recommandés par votre médecin de famille, à cause de leurs coûts (tels que la physiothérapie, la psychothérapie, la diététique, etc.).»

L'indicateur correspond à la moyenne des scores des 5 items, inversés de sorte qu'un score élevé corresponde à une accessibilité élevée (absence de barrière), soit 5. Jamais ; 4. Rarement ; 3. Quelques fois ; 2. Souvent ; 1. Très souvent.

SOURCE:

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16: 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.

N° 275.**Ratio des taux de disparité de revenu pour des conditions propices aux soins ambulatoires**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Les taux d'hospitalisations liées aux conditions propices aux soins ambulatoires sont des hospitalisations qui auraient pu être évitées si le patient avait reçu des soins appropriés.

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 d'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.

L'indicateur de ratio de disparité de revenu estime la présence de différences socioéconomiques dans les taux d'hospitalisations liées aux conditions propices aux soins ambulatoires. Il mesure le rapport entre le taux d'hospitalisations liées aux conditions propices aux soins ambulatoires selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE:

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 276.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins chirurgicaux**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Cet indicateur estime la présence de différences socioéconomiques dans les taux de réadmission à l'hôpital pour des soins chirurgicaux.

Il mesure le rapport entre le taux de réadmission à l'hôpital pour des soins chirurgicaux selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE:

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 277.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins médicaux**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Cet indicateur estime la présence de différences socio-économiques dans les taux de réadmission à l'hôpital pour des soins médicaux.

Il mesure le rapport entre le taux de réadmission à l'hôpital pour des soins médicaux selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 278.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins obstétricaux**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Cet indicateur estime la présence de différences socio-économiques dans les taux de réadmission à l'hôpital pour des soins obstétricaux.

Il mesure le rapport entre le taux de réadmission à l'hôpital pour des soins obstétricaux selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 279.**Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : patients de 19 ans et moins**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Cet indicateur estime la présence de différences socio-économiques dans les taux de réadmission à l'hôpital pour des patients de 19 ans et moins.

Il mesure le rapport entre le taux de réadmission à l'hôpital pour des patients de 19 ans et moins selon le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et ce même taux 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.

Un ratio égal à 1 indique l'absence de disparité entre le groupe le plus bas et le groupe le plus élevé.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Votre système de santé 2016*.

N° 280.**Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé**

ANNÉE : 2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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 sociale¹².» Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

12 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, Notes méthodologiques, p. 5.

N° 281.**Espérance de vie à la naissance****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre d'années en moyenne qu'une personne devrait vivre, en assumant que la mortalité à un âge spécifique demeure constante.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 282.****Espérance de vie à la naissance chez les hommes****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Espérance de vie à la naissance chez les hommes.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 283.****Espérance de vie à la naissance chez les femmes****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Espérance de vie à la naissance chez les femmes.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 284.****Espérance de vie à 65 ans****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

L'espérance de vie à 65 ans correspond au nombre d'années en moyenne qu'une personne devrait vivre au-delà de 65 ans, en assumant que la mortalité à un âge spécifique demeure constante.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 285.****Espérance de vie à 65 ans chez les hommes****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Espérance de vie à 65 ans chez les hommes.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.**N° 286.****Espérance de vie à 65 ans chez les femmes****ANNÉE:** 2012**SENS DE LA VARIATION:** Positif**DISPONIBILITÉ:** Provinces canadiennes et autres pays comparables**DÉFINITION:**

Espérance de vie à 65 ans chez les femmes.

SOURCES:Statistique Canada, *CANSIM, tableau 053-0003*.Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2015*.

N° 287.**Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants**

ANNÉE : 2012

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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 contraste¹³.»

Le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique possèdent des appareils mobiles d'IRM que 2 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.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2012*.

N° 288.**Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants**

ANNÉE : 2012

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

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 organes¹⁴.»

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.

SOURCE :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, 2012*.

N° 289.**Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment avoir dépensé 1 000 \$ et plus pour des traitements médicaux non assurés**

ANNÉE : 2014

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes et autres pays comparables

DÉFINITION :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment avoir dépensé 1 000 \$ et plus pour des traitements médicaux non assurés.

Cet indicateur provient d'une enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014). La description de cette enquête est présentée en annexe 2.

La question posée est la suivante : «Au cours des 12 derniers mois, environ combien d'argent vous et votre famille avez-vous dépensé pour des traitements médicaux ou des services non couverts par l'assurance maladie ou une assurance privée ?»

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

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

Trois catégories ont été créées, soit 1. Moins de 100 \$; 2. 100 \$ à 999 \$; 3. 1 000 \$ et plus.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

N° 290.**Nombre de services médicaux – médecine familiale pour 1 000 habitants**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Nombre de services médicaux en médecine familiale pour 1 000 habitants, pour une année. La médecine familiale comprend la résidence, la médecine générale, la médecine familiale, la médecine communautaire/santé publique et la médecine d'urgence.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

Le nombre de services est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins¹⁵. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE :

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

N° 291.**Nombre de services médicaux – spécialités médicales pour 1 000 habitants**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Positif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Nombre de services médicaux en spécialités médicales pour 1 000 habitants.

Les spécialités médicales comprennent la médecine interne (médecine interne générale, cardiologie, gastroentérologie, médecine respiratoire, endocrinologie, néphrologie, hématologie, rhumatologie, immunologie clinique et allergie, oncologie, gériatrie, médecine tropicale, génétique), la neurologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la dermatologie, la physiothérapie et la réadaptation ainsi que l'anesthésie.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

Le nombre de services est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins¹⁶. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE :

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

15 « Il existe 2 catégories de données sur la rémunération à l'acte : les données sur la facturation et les données sur les paiements. Les données sur la facturation correspondent au montant total que le médecin a facturé à la province pour un code de tarif particulier. Les données sur les paiements reflètent ce qui a été effectivement payé au médecin. Les 2 peuvent varier selon les ajustements appliqués en raison des valeurs-seuils, du plafonnement du revenu ou des dispositions de récupération. L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, soumettent des données sur les paiements. » (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Base de données nationale sur les médecins 2014-2015 – publication des données*, Notes méthodologiques, p. 5.)

16 *Loc. cit.*

N° 292.**Nombre de services médicaux – spécialités chirurgicales pour 1 000 habitants**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Positif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Nombre de services médicaux en spécialités chirurgicales pour 1 000 habitants.

Les spécialités chirurgicales comprennent la chirurgie générale, la chirurgie thoracique/cardiovasculaire, l'urologie, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et l'obstétrique/gynécologie.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

Le nombre de services est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins¹⁷. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE:

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

N° 293.**Coût par service médical – médecine familiale**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Coût par service médical en médecine familiale. La médecine familiale comprend la résidence, la médecine générale, la médecine familiale, la médecine communautaire/santé publique et la médecine d'urgence.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

Le coût par service est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins¹⁸. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE:

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

N° 294.**Coût par service médical – spécialités médicales**

ANNÉES: 2014-2015

SENS DE LA VARIATION: Négatif

DISPONIBILITÉ: Provinces canadiennes

DÉFINITION:

Coût par service médical en spécialités médicales.

Les spécialités médicales comprennent la médecine interne (médecine interne générale, cardiologie, gastroentérologie, médecine respiratoire, endocrinologie, néphrologie, hématologie, rhumatologie, immunologie clinique et allergie, oncologie, gériatrie, médecine tropicale, génétique), la neurologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la dermatologie, la physiothérapie et la réadaptation ainsi que l'anesthésie.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

17 *Loc. cit.*18 *Loc. cit.*

Le coût par service est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins¹⁹. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE :

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

Le coût par service est calculé d'après les paiements directs bruts aux médecins. Il est à noter qu'au Québec, contrairement aux autres provinces, ces données proviennent plutôt de la facturation des médecins²⁰. Sont exclus les paiements des services à facturation réciproque et les autres modes de paiement, comme le salaire ou la capitation. Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, les données soumises sont ajustées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales et territoriales.

SOURCE :

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

N° 295.**Coût par service médical – spécialités chirurgicales**

ANNÉES : 2014-2015

SENS DE LA VARIATION : Négatif

DISPONIBILITÉ : Provinces canadiennes

DÉFINITION :

Coût par service médical en spécialités chirurgicales.

Les spécialités chirurgicales comprennent la chirurgie générale, la chirurgie thoracique/cardiovasculaire, l'urologie, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et l'obstétrique/gynécologie.

Les services médicaux comprennent les consultations et les visites, soit les consultations régulières, les évaluations majeures, les évaluations autres, les jours de soins hospitaliers, les visites spéciales ainsi que la psychothérapie et le counseling. Les services incluent également les interventions, comme la chirurgie majeure, la chirurgie mineure, l'aide chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux, les services diagnostiques ou thérapeutiques, les services spéciaux et les services divers. L'indicateur sélectionné correspond au total de ces services médicaux.

¹⁹ *Loc. cit.*

²⁰ *Loc. cit.*

ANNEXE 1

Enquête menée auprès de médecins de famille (2015)

Plus de 11 000 médecins issus de 10 pays ont participé à l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2015. La collecte de données a eu lieu de mars à juin 2015. Elle a été réalisée par Social Science Research Solutions (SSRS) pour le compte du Commonwealth Fund. Dans la plupart des pays, dont le Canada, le questionnaire a été envoyé aux médecins par la poste et par courriel. Il était donc possible de répondre en ligne ou sur papier.

L'échantillon de médecins canadiens a été tiré d'une liste contenant 65 000 médecins canadiens. Afin de maximiser les taux de réponse, SSRS a effectué jusqu'à 4 relances auprès de chacun des médecins sélectionnés. De plus, un chèque de 25 \$ US était offert aux participants. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario et du Québec. Les données ont été pondérées afin de refléter la population de médecins de première ligne dans chacun des pays. Les variables de pondération diffèrent d'un pays à l'autre. Au Canada, la province, le sexe et l'âge ont été utilisés afin de rendre l'échantillon comparable aux données du fichier central de 2015 de l'Association médicale canadienne.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 148 p.

ANNEXE 2

Enquête menée auprès de la population de 55 ans et plus (2014)

Le sondage a été réalisé par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de personnes de 55 ans et plus. Un peu plus de 25 000 personnes, issues de 11 pays, ont participé à l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2014. Au Canada, un échantillon aléatoire de personnes de 55 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 entrevues ont été réalisées du 4 mars 2014 au 28 mai 2014.

Les données ont été pondérées afin de refléter la population de 55 ans et plus dans chacun des pays. Les variables de pondération diffèrent d'un pays à l'autre. Au Canada, le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la connaissance des langues officielles et la province ont été utilisés afin de rendre l'échantillon comparable à la population du pays (selon les données du recensement de 2011).

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

ANNEXE 3

Enquête menée auprès de la population (2013)

Un peu plus de 20 000 personnes, issues de 10 pays, ont participé à l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2013. Le sondage a été réalisé par téléphone auprès de la population de 18 ans et plus. Les entrevues ont été réalisées du 4 mars 2013 au 5 juin 2013.

Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec. Les données ont été pondérées afin de refléter la population de 18 ans et plus dans chacun des pays. Les variables de pondération diffèrent d'un pays à l'autre. Au Canada, le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la connaissance des langues officielles et la province ont été utilisés afin de rendre l'échantillon comparable à la population du pays.

SOURCE :

Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé — Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 172 p.

ANNEXE 4

Enquête QUALICOPC (2013)

QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care) est une étude internationale coordonnée par le Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Réalisée auprès de médecins de famille et de leurs patients, l'étude a pour but d'évaluer les systèmes de soins et services de première ligne dans chacun des pays et juridictions participants, tant du point de vue des médecins que de celui des patients. Au total, 34 pays y participent, dont le Canada, grâce au concours de chacune des provinces.

Au Canada, un total de 792 médecins de première ligne ont participé à l'étude, dont 218 médecins au Québec. Étant donné que parmi les médecins de l'échantillon du Québec, certains pratiquent dans la même clinique médicale, un seul de ces médecins par clinique a été sélectionné au hasard. Ainsi, 24 médecins ont été exclus. Deux autres médecins du Québec ont été exclus puisque le recrutement de leurs patients n'a pu avoir lieu. L'échantillon final est composé de 766 médecins, dont 192 (25 %) médecins du Québec.

Un total de 7 172 patients canadiens ont participé à l'étude. De ceux-ci, 79 (1,1 %) ont été exclus en raison de plus de la moitié des items manquants parmi ceux utilisés pour le calcul des indicateurs. Un total de 210 autres patients qui avaient consulté les médecins « doublons » du Québec ayant été exclus ont été retranchés. L'échantillon final est composé de 6 883 patients, dont 1583 (23 %) du Québec. L'échantillon comprend en moyenne 8,8 patients par médecin.

Il est à noter que les valeurs sont présentées pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement, puisque la divulgation de l'information pour les autres provinces n'est pas autorisée dans l'entente de partage de données concernant le présent rapport.

SOURCE :

Wong et coll. (2015). *An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICOPC) : recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada*. BMC Fam Pract. 2015; 16 : 20. doi: 10.1186/s12875-015-0236-7.

L'analyse, effectuée dans le cadre de la présente étude, a été effectuée à partir de données recueillies dans la province de Québec et incluses dans la base de données dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est titulaire dans le cadre du projet QUALICOPC.