

DOCUMENT MÉTHODOLOGIQUE DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE

Commissaire à la santé et au bien-être

2015

Québec 

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Document mis à jour par
Geneviève Tremblay

Révision linguistique et édition
Anne-Marie Labbé

© Gouvernement du Québec, 2015

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-550- 73852-7 (PDF)

REMERCIEMENTS

Le Commissaire à la santé et au bien-être tient à remercier tous les organismes cités comme sources de données dans ce document pour leur contribution à l'appréciation globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux québécois par la production et la publication des indicateurs utilisés dans le cadre d'analyse globale de la performance.

TABLE DES MATIÈRES

RÉALISATION.....	2
REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION.....	12
QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « PERFORMANCE »?	12
POURQUOI ANALYSER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX?	13
UNE APPROCHE POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE : LE CHOIX DU MODÈLE ET SES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS	14
LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE	14
LES FONCTIONS, DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS.....	14
LA MISE EN RELATION DES DIMENSIONS ET DES SOUS-DIMENSIONS DU MODÈLE.....	15
<i>Les alignements (modèle conceptuel)</i>	16
<i>Analyse des enjeux</i>	17
LES INDICATEURS UTILISÉS	20
<i>Les critères de sélection</i>	20
<i>Les sources d'information utilisées</i>	21
LES REGROUPEMENTS TERRITORIAUX	24
LE BALISAGE : UNE MÉTHODE PERMETTANT DES COMPARAISONS BASÉES SUR L'EXCELLENCE	26
QU'ENTEND-ON PAR « BALISAGE »?	26
ATTRIBUTION D'UN SCORE DE PERFORMANCE : LES TYPES DE NORMES ET LES DIFFÉRENTS CALCULS DE BALISAGE	26
<i>La relation des indicateurs à la performance : le sens de variation</i>	26
<i>Les types de normes et les différents calculs de balisage</i>	27
<i>Le calcul des résultats agrégés par dimension et sous-dimension</i>	29
<i>Une échelle qualitative de la performance</i>	32
<i>L'attribution de rangs : un outil comparatif supplémentaire</i>	32
LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS D'UNE TELLE MÉTHODE	33
L'ANALYSE DE SENSIBILITÉ.....	33
LES LIMITES DE L'ANALYSE	34
INDICATEURS DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE	35
INDICATEURS INTERNATIONAUX	36
<i>Adaptation</i>	36
Taux de médecins, pour 1 000 habitants.....	36
Taux de pharmaciens, pour 100 000 habitants	36
Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	37
Taux d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	37
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment qu'il était très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail, en %	38
<i>Production</i>	40
Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme, pour 100 000 sorties médicales et chirurgicales chez les patients de 15 ans et plus	40

Taux de cas de septicémie postopératoire, pour 100 000 sorties chirurgicales chez les patients de 15 ans et plus	40
Proportion ajustée des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	41
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	41
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	42
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté une bonne coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	42
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille, en %	43
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste, en %	44
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, en %	45
Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à leur sortie de l'hôpital, en %	46
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	47
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, en %	48
<i>Atteinte des buts</i>	49
Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique	49
Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal d'infarctus aigu du myocarde	49
Proportion des naissances de faible poids, en %	50
Proportion des médecins considérant que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble, en %	51
Proportion des personnes de 55 ans et plus considérant que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble, en %	52
INDICATEURS INTERPROVINCIAUX	53
<i>Adaptation</i>	53
Dépenses publiques de santé par habitant, en \$ CAN	53
Total des dépenses de santé par habitant, en \$ CAN	53
Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	54
Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	54
Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	55
Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	56
Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants	56
Nombre d'appareils en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 000 habitants	57
Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	58
Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	59
Solde migratoire des médecins	59
Proportion des médecins utilisant des dossiers papier seulement pour prendre en note de l'information sur leurs patients, en %	60
Proportion des médecins utilisant un dossier électronique pour entrer et récupérer les données cliniques des patients, en %	60
Proportion des médecins utilisant des outils électroniques d'avertissement pour les interactions médicamenteuses, en %	61
Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour des références à d'autres médecins, en %	62

Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques, en %	63
Proportion des médecins utilisant des dossiers médicaux électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, en %.....	64
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	64
Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %.....	65
Proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi en soirée et les fins de semaine, en %	66
Proportion des personnes de 55 ans et plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail, en %	66
Nombre d'examens en tomодensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	67
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	68
Dépenses en médicaments prescrits par habitant, en \$.....	70
Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	70
Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants.....	71
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.....	71
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	72
Valeur moyenne des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus, en \$ CAN	73
Nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus	73
<i>Production</i>	75
Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %.....	75
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu au moins deux jours pour voir un médecin, en %	75
Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois, en %	76
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques, en %	76
Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, en %	77
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	77
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %.....	78
Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %.....	78
Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie, en %.....	79
Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission, pour 1 000 sorties	79
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par rapport au nombre total d'hospitalisations, pour les moins de 75 ans, en %	80
Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	81
Taux de césariennes à faible risque, en %	82
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %.....	82
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %.....	83
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	84
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	85
Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %.....	86
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomодensitométrie (TDM), ratio.....	87
Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	88
Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en \$ CAN.....	90
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers ..	90
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	91
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	92
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	93
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %.....	94
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	94

Proportion des femmes de 20 à 69 ans ayant subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années, en %.....	94
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	95
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui indiquent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %.....	96
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	97
Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à la sortie de l'hôpital, en %	98
Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	99
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille.....	100
Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste.....	101
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, en %	101
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, en %	102
<i>Atteinte des buts.....</i>	<i>104</i>
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	104
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	104
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	105
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	106
Nombre de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	106
Proportion des naissances de faible poids, en %	107
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	108
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	109
Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants.....	109
Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	110
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	111
Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %.....	111
Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	112
Taux de tabagisme, en %	113
Taux de consommation d'alcool, en %	113
Taux d'allaitement, en %	113
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	114
Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	114
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	115
Espérance de vie à 65 ans, en années	116
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %.....	116
Taux de satisfaction globale des médecins à l'égard du système de santé, en %.....	117
Taux de satisfaction globale des personnes de 55 ans et plus à l'égard du système de santé, en %	118
Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	118
Écart intraprovincial entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	119

Ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation	120
Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	121
<i>Panorama sociosanitaire de la population</i>	122
Espérance de vie à la naissance, en années.....	122
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %.....	122
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	123
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %.....	123
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants.....	123
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	124
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants.....	125
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.....	125
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants.....	126
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	126
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	127
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	127
INDICATEURS INTERRÉGIONAUX	129
<i>Adaptation</i>	129
Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en \$ CAN.....	129
Coût ajusté par habitant du programme-service santé physique, en \$ CAN	130
Coût ajusté par habitant du programme-service santé mentale, en \$ CAN	131
Coût ajusté par habitant de 65 ans et plus du programme-service perte d'autonomie liée au vieillissement, en \$ CAN	132
Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en \$ CAN.....	133
Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	133
Nombre de médecins omnipraticiens en GMF, pour 1 000 habitants.....	134
Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	135
Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	136
Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants	137
Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (etc), pour 1 000 habitants	138
Nombre de pharmaciens, pour 1 000 habitants.....	139
Nombre de lits en soins physiques de courte durée, pour 1 000 habitants	139
Nombre de lits de soins de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.....	140
Nombre de lits en soins palliatifs, pour 1 000 habitants	141
Taux de lits en soins psychiatriques, pour 1 000 habitants	141
Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	142
Taux d'encadrement.....	142
Proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %.....	142
Proportion d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	143
Proportion du recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières, en %	144
Proportion d'inhalothérapeutes requis par rapport aux effectifs en emploi, en %.....	144
Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine de famille, en %	145
Pourcentage d'atteinte des prem en médecine spécialisée, en %	146
Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, pour 100 000 habitants.....	146
Proportion des médecins utilisant des dossiers papier seulement pour prendre en note de l'information sur leurs patients, en %	147
Proportion des médecins utilisant un dossier électronique pour entrer et récupérer les données cliniques des patients, en %	148

Proportion des médecins utilisant des outils électroniques d'avertissement pour les interactions médicamenteuses, en %	148
Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour des références à d'autres médecins, en %	149
Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques, en %	150
Proportion des médecins utilisant des dossiers médicaux électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, en %	151
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	151
Proportion d'occupation des lits de soins de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation	152
Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants	153
Nombre total de GMF implantés, pour 100 000 habitants	153
Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, en %, au 31 mars	154
Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	155
Nombre d'examens en tomodensitométrie (tdm), pour 1 000 habitants	155
Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (irm), pour 1 000 habitants	156
Indice de consommation des services médicaux en omnipratique	156
Indice de consommation des services médicaux spécialisés	157
Taux d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	158
Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	158
Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	159
Taux d'utilisation des services en clsc, pour 1 000 habitants	160
Proportion des dons dans le budget des établissements de santé d'une région, en %	160
Taux pondéré de rétention des hospitalisations, en %	161
Taux pondéré de desserte extrarégionale des hospitalisations, en %	162
Solde migratoire des hospitalisations	163
Production	164
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche, en %	164
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, en %	164
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	165
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, en %	165
Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, en %	166
Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, en %	166
Proportion des personnes évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, en %	167
Délai moyen d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse, en jours	168
Délai moyen d'attente pour l'application des mesures de protection de la jeunesse, en jours	168
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'accessibilité des services	169
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services	170
Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	170
Proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, en %	171
Taux d'incidence des DACD nosocomiales, pour 10 000 jours-présence	171
Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission, pour 1 000 sorties	172
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par rapport au nombre total d'hospitalisations, pour les moins de 75 ans, en %	173
Taux de césariennes à faible risque, en %	174
Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	174
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	175
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	176
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	177

Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	178
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	179
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services	179
Taux d'utilisation des salles d'opération, en % des heures potentielles.....	180
Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %.....	181
Coût par visite à l'urgence ajusté par le nirru, en \$ CAN	182
Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en \$ CAN.....	183
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en soins aigus (ajustée pour le nirru et l'âge), en jours..	183
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (avc), en jours	184
Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour infarctus du myocarde, en jours	185
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	185
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	186
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	187
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	188
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %.....	188
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre le pneumocoque, en %	189
Proportion d'élèves ayant reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite b en 4 ^e année du primaire, en %.....	190
Proportion des filles ayant reçu le vaccin contre le virus du papillome humain en 4 ^e année du primaire, en %	191
Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %	191
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	192
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarité.....	193
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement	193
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients	194
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel.....	195
Proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées, en %	196
Proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 heures, en %	197
Proportion des patients à l'urgence pour des problèmes de santé mentale sur civière pendant plus de 48 heures, en %	197
Ratio des minutes par jour-présence des patients en chsld consacrées aux activités d'animation et de loisirs	198
Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité.....	198
Proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en chsld, en %	199
Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services, en %.....	200
Assignation d'une infirmière pivot en oncologie, en %	200
Maintien et développement	202
Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	202
Proportion du budget consacré à la formation, en %.....	202
Proportion des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, en %	202
Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	203
Proportion des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau, en %	203
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation	204
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication.....	204
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration.....	205
Degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien	205
Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication	206
Degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership.....	206
Proportion des médecins assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle, en %.....	207
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec leurs patients, en %	207
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille, en %.....	208
Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités, en %	208

Proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels, en %.....	209
Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance-salaire, en %.....	209
<i>Atteinte des buts.....</i>	<i>210</i>
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	210
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	210
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus du myocarde, en %	211
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	212
Taux ajusté d'hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %	213
Proportion ajustée des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %	214
Proportion ajustée des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %	214
Proportion des naissances de faible poids, en %	215
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	215
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	217
Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants.....	217
Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	218
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	219
Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %.....	220
Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	220
Taux de tabagisme, en %	221
Taux de consommation d'alcool, en %	221
Taux d'allaitement, en %	222
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	222
Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge, à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants.....	223
Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	223
Espérance de vie à 65 ans, en années	224
Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %.....	225
Nombre de plaintes, pour 10 000 habitants	225
Degré de satisfaction globale des usagers.....	225
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio.....	226
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio	227
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio	227
Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	228
Écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	228
Écart intrarégional entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	229
<i>Panorama sociosanitaire de la population.....</i>	<i>231</i>
Espérance de vie à la naissance, en années.....	231
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %.....	231
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	232
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %.....	233
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants.....	233
Proportion des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, en %	234

Années potentielles de vie perdues pour les traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	234
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants.....	235
années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	236
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants.....	236
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	237
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	237
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	238
MÉDIAGRAPHIE	239

INTRODUCTION

Le présent document s'adresse à tous ceux qui souhaitent parfaire leur compréhension du modèle d'analyse de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être. En plus d'expliquer le modèle d'analyse de la performance, il contient des détails théoriques et méthodologiques sur les calculs et leur interprétation, ainsi que des exemples illustrant les propos. Autrement dit, ce document axé sur la méthodologie donne des clés interprétatives qui permettront une lecture plus fructueuse du rapport d'appréciation globale de la performance produit par le Commissaire.

Après une brève mise en contexte de l'analyse de la performance et de son application au domaine de la santé et des services sociaux, le cadre d'appréciation et ses composantes sont présentés. Sont ensuite abordés les critères de sélection de ces indicateurs et la manière de les regrouper pour calculer les résultats agrégés, les sources de données utilisées ainsi que les regroupements territoriaux effectués pour affiner les comparaisons interrégionales. Les méthodes de calcul des résultats agrégés sont aussi détaillées, de même que certaines limites et difficultés inhérentes à une telle approche globale et intégrée d'appréciation de la performance.

QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « PERFORMANCE »?

Dans le contexte des systèmes de santé et de services sociaux ou d'autres organisations complexes, la performance renvoie à un ensemble de mesures qui cherchent à établir le résultat optimal pouvant être produit. Elle est essentiellement tributaire de la bonne organisation des ressources humaines et matérielles. En effet, non seulement faut-il des structures performantes, mais il est aussi nécessaire que les personnes qui agissent à l'intérieur de ces structures le soient également. La performance consiste donc à faire les bonnes choses, de la bonne façon, au bon moment, au moindre coût, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes. La manière de comprendre la performance évolue selon les conditions sociales et économiques, de même que selon les circonstances historiques et le contexte dans lesquels évolue le système de santé et de services sociaux. En ce qui concerne ce dernier, d'autres facteurs viennent caractériser la performance, telles l'équité, l'autonomie, l'acceptabilité et la justice sociale.

Ainsi, le Commissaire à la santé et au bien-être en est venu à définir la performance de la manière suivante : un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs, qui réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui l'animent, et qui optimise sa production compte tenu des ressources dont il dispose.

POURQUOI ANALYSER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX?

Un système de santé et de services sociaux public et universel implique des coûts importants, on le constate par la part considérable que les budgets de santé occupent dans les dépenses publiques avec plus de 49 % des dépenses de programmes en 2013-2014 (ministère des Finances et de l'Économie, 2012, p. C26). Dans ce contexte, la recherche de l'excellence et des meilleures pratiques est essentielle. De plus, ce système public est une institution complexe et dynamique, composée d'un ensemble vaste et diversifié d'acteurs qui produisent une multitude de services pour des populations présentant des besoins de soins et services tout aussi complexes et variés.

Il faut souligner que le Québec n'est pas le seul à accorder une place importante à l'appréciation de la performance et que plusieurs autres provinces et pays se sont dotés d'organismes avec des mandats similaires à celui du Commissaire à la santé et au bien-être. Au niveau pancanadien, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) se consacre surtout à la production et à la diffusion d'information dans le domaine de la santé. Sur le plan provincial, il y a notamment le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick ainsi que l'Ontario Health Quality Council, qui apprécient la performance des systèmes de santé de leur territoire respectif. Si les méthodologies et les mandats de ces organismes varient entre eux, l'objectif est le même, c'est-à-dire fournir aux dirigeants du réseau de la santé, de même qu'aux responsables politiques et à la population en général, des informations utiles en vue de l'amélioration des soins et services de santé.

Par ailleurs, comme notre système est en constante évolution, son évaluation est une démarche continue et permanente. Il se caractérise par des objectifs multiples, une organisation à plusieurs niveaux et l'interaction d'un bon nombre d'acteurs interdépendants. Pour comprendre ce système et éclairer la prise de décision relative à son développement et à sa gestion, il faut se pencher sur la façon dont il est structuré, sur les ressources dont il dispose, sur les services qu'il rend à la population et les résultats qu'il obtient, en plus d'être sensible au contexte dans lequel il évolue.

UNE APPROCHE POUR L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE : LE CHOIX DU MODÈLE ET SES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS

Un modèle théorique permet de simplifier la compréhension des données recueillies pour plusieurs indicateurs, et ce, en les agrégeant. Par contre, aucun modèle ne peut rendre parfaitement compte de la réalité et chacun a ses forces et ses faiblesses. Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions : 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles qui sont nécessaires, répondre aux besoins et aux attentes des citoyens; 2) produire des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité; 3) maintenir et développer des valeurs et la qualité du milieu de travail; 4) atteindre ses buts, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux.

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE

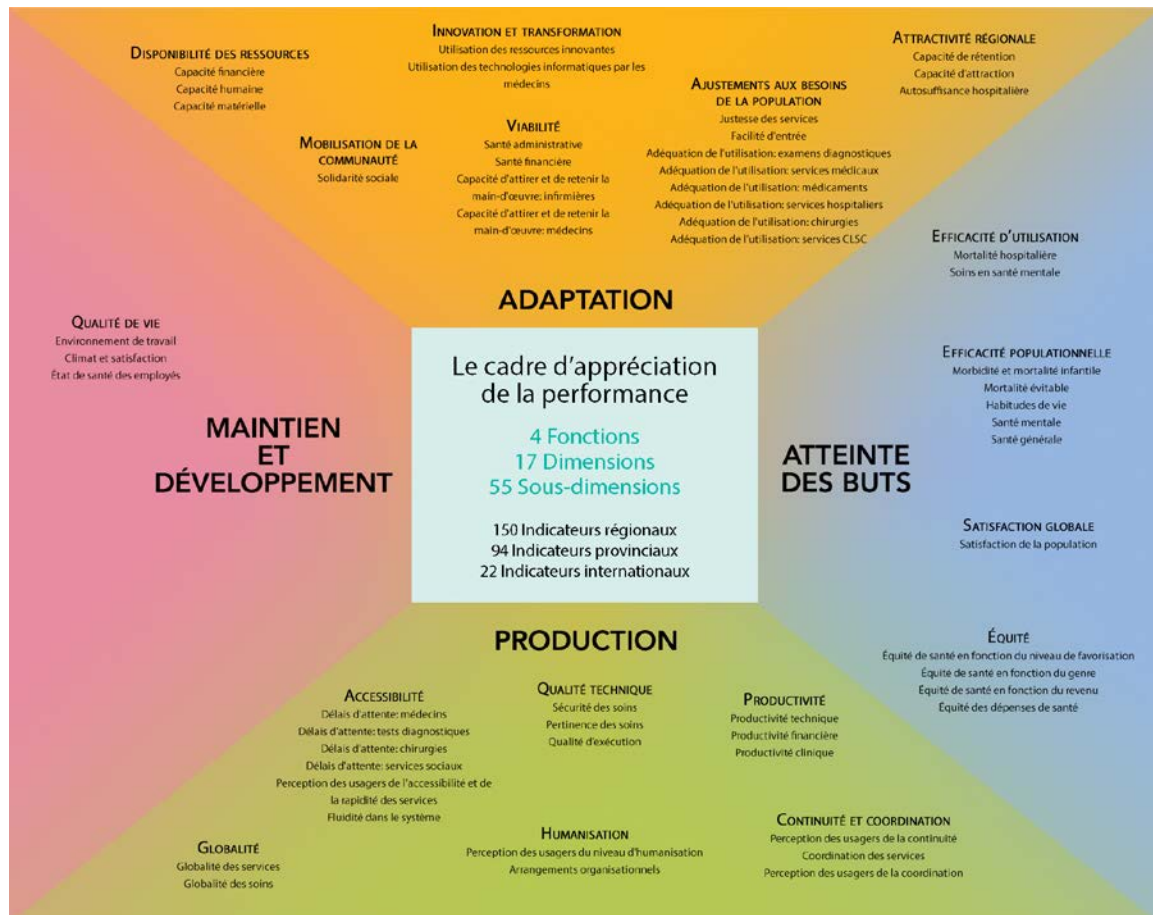
La méthode se base sur la synthèse des renseignements disponibles permettant de comparer la performance à l'égard des quatre fonctions des systèmes de santé et de services sociaux à divers degrés de comparaison. Les indicateurs présentés permettent de comparer le Québec à d'autres provinces canadiennes ainsi que les régions du Québec entre elles. Dans le rapport d'appréciation du Commissaire, les données sont présentées à l'échelle provinciale et régionale. Quant à l'analyse à l'échelle internationale, c'est désormais en comparant le Québec aux meilleurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et ceux participant aux enquêtes de santé du Commonwealth Fund que nous cherchons à évaluer la performance provinciale dans son contexte plus large. Pour les comparaisons avec l'OCDE, les pays sélectionnés les plus comparables au Québec en ce qui a trait au système de santé sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, et la Suède. Toutefois, pour la majorité des indicateurs retenus, plusieurs pays ne présentent pas de données, ce qui fait en sorte que la sélection ne se base pas toujours sur 18 pays. On compte 11 pays participant aux enquêtes de santé du Commonwealth Fund : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

LES FONCTIONS, DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS

Les fonctions précédemment définies sont elles-mêmes composées de plusieurs dimensions et sous-dimensions, qui permettent d'étendre l'analyse à plusieurs facettes de la performance du système de santé et de services sociaux. On peut alors parler d'appréciation globale et intégrée de la performance, puisque le jugement du Commissaire repose, notamment, sur un ensemble de données dans plusieurs domaines évaluable. La figure 1 illustre l'organisation de l'information dans le modèle d'analyse.

Figure 1

Fonctions, dimensions et sous-dimensions du cadre d'appréciation



La figure 1 est importante dans la mesure où l'analyse s'appuie sur les dimensions qui composent les fonctions de la performance. Cela permet de relever des constats plus près de la réalité du système.

LA MISE EN RELATION DES DIMENSIONS ET DES SOUS-DIMENSIONS DU MODÈLE

Les éléments qui suivent sont inspirés ou tirés du rapport préparé pour le Commissaire par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal sur le modèle EGIPSS, plus particulièrement sur le thème des alignements et des autres liens logiques qui en découlent. Ce modèle s'est révélé utile pour l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

De plus, le modèle EGIPSS laisse entrevoir d'autres possibilités et outils d'analyse. En effet, il permet d'obtenir des renseignements pertinents et d'observer des tendances pour les quatre fonctions qui composent le modèle. Le Commissaire commence aussi à développer des outils permettant de mieux comprendre les interactions entre les fonctions et leurs dimensions (alignements), de même qu'entre les dimensions et sous-dimensions et leurs indicateurs (liens logiques). Le but consiste à produire une analyse

de plus en plus juste et éclairante sur la performance du système et, évidemment, sur les facteurs qui contribuent à son succès ou qui expliquent ses difficultés. Ainsi, le fait de mieux comprendre les liens entre les sous-dimensions et les indicateurs du modèle permet d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspective. C'est l'objectif de l'analyse des alignements, dont il sera question dans la section suivante.

LES ALIGNEMENTS (MODÈLE CONCEPTUEL)

Comme l'exprime Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos de l'équipe de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, « [l']appréciation et la gestion de la performance reposent donc d'une part sur l'évaluation du fonctionnement [des] quatre fonctions essentielles et sur l'analyse de la dynamique de tension (l'équilibre) qui existe entre les quatre pôles qui décrivent le fonctionnement d'une organisation » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 38). Voici les alignements :

- > **L'alignement stratégique** (adaptation-atteinte des buts)
Cette dimension de la performance évalue « la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts) [ainsi que] [...] la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 40).
- > **L'alignement allocatif** (adaptation-production)
Cette dimension de la performance évalue « la justesse d'allocation des moyens (l'adaptation) [et] [...] comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 40).
- > **L'alignement tactique** (atteinte des buts-production)
Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production [et] [...] comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 40).
- > **L'alignement opérationnel** (maintien et développement-production)
Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération de valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, [...] l'impact des impératifs et les résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnelles » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 40).
- > **L'alignement légitimatif** (maintien et développement-atteinte des buts)
Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels [et] [...] comment le choix et la poursuite des buts

de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999, p. 41).

> **L'alignement contextuel** (maintien et développement-adaptation)

Cette dimension de la performance évalue « la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1998, p. 41).

Ces alignements permettent de documenter les liens entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle. Ils fournissent de l'information additionnelle pour apprécier la cohérence des composantes du système de santé et de services sociaux. Ils permettent d'interpréter les résultats avec plus de perspectives et de mieux comprendre la performance globale du système ainsi que de déterminer des leviers potentiels d'amélioration. Nous utiliserons cette capacité d'analyse relationnelle pour discuter de certains enjeux récurrents du système de santé et de services sociaux.

ANALYSE DES ENJEUX

Pour analyser les enjeux et identifier des leviers potentiels d'amélioration, deux sources d'information ont été utilisées. La première résulte d'une revue des connaissances sur les déterminants de chaque enjeu (effectuée par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal). La deuxième source d'information est constituée par les relations empiriques trouvées entre les sous-dimensions du modèle EGIPSS pour les quinze régions du Québec.

Pour ce faire, l'importance relative de l'influence des différentes dimensions et sous-dimensions sur l'enjeu examiné a été estimée. La principale limite de cette analyse est le nombre restreint de régions. En effet, le nombre de régions sociosanitaires considérées (15 régions) affecte la puissance statistique des analyses. Cependant, ces tests fournissent des pistes sur des tendances qui méritent d'être soulignées et intégrées dans les réflexions sur l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux.

La méthode utilisée pour la mesure de l'importance relative est la régression par moindres carrés partiels. Il s'agit d'un modèle explicatif par régression construit sur un nombre optimal d'axes orthogonaux. Cette méthode est principalement utilisée pour l'élaboration de modèles prédictifs lorsque les variables explicatives sont nombreuses et que plusieurs d'entre elles sont corrélées. La difficulté de cette méthode réside principalement dans la détermination du nombre optimal d'axes (Wold, Sjöström et Erickson, 2001).

L'importance relative mesure l'impact d'une variable sur l'enjeu à l'étude, en excluant toute contribution qui pourrait être partagée avec d'autres variables faisant aussi partie du modèle. C'est donc la contribution exclusive des variables explicatives que l'on cherche à mesurer et elle doit exclure toute colinéarité, c'est-à-dire toute corrélation avec les autres variables ayant elles aussi un impact sur l'enjeu. L'équation 1 ci-après présente un modèle de régression par moindres carrés partiels. Les équations 2 et 3

présentent la manière dont l'importance relative est estimée pour chacune des variables prédictives : le produit du poids calculé pour chaque axe et pour chacune des variables.

$$(1) \quad y = \sum_{h=1}^m c_h \left(\sum_{j=1}^p w_{hj}^* x_j \right) + e$$

$$(2) \quad \hat{y} = \sum_{j=1}^p \left(\sum_{h=1}^m c_h w_{hj}^* \right) x_j$$

$$(3) \quad \hat{y} = \sum_{j=1}^p b_j x_j$$

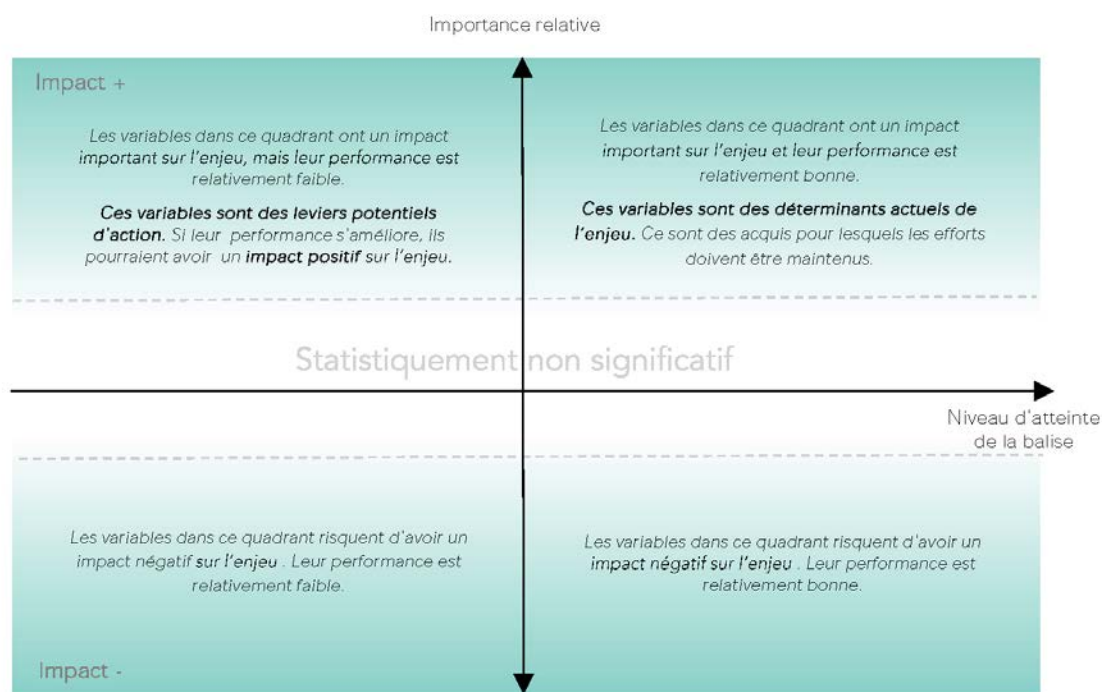
Légende

m : nombre optimal d'axes
h : chaque axe
p : nombre de variables
j : chaque variable
x : variables prédictives
y : valeur de l'enjeu à prédire
e : l'erreur sur la mesure

On obtient ainsi b_j , l'importance relative calculée pour chacune des variables du modèle.

$$b_j = \sum_{h=1}^m c_h w_{hj}^*$$

Dans le graphique des enjeux, l'axe horizontal représente la limite en deçà de laquelle l'impact d'une variable est jugé peu important. Cette limite est fixée à 5 % de l'ensemble de l'impact mesuré. Il peut arriver qu'une variable soit relativement importante, mais qu'elle ait un impact négatif. Dans ce cas, elle sera associée aux variables ayant un faible impact, puisqu'une amélioration à cet égard entraînerait une détérioration de la performance globale de l'enjeu.



Au total, cinq enjeux ont été retenus :

- 1- Les résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux
- 2- L'accessibilité des soins
- 3- La productivité
- 4- La qualité de vie au travail
- 5- L'efficience du réseau

Pour l'analyse de l'efficacité d'utilisation, les principaux déterminants fournis par la littérature sont la sécurité et la pertinence des soins, la qualité de vie au travail, la facilité d'entrée, l'humanisation des soins, la disponibilité des ressources ainsi que l'innovation et transformation.

Quant à l'accessibilité des soins, les déterminants retenus sont la disponibilité des ressources, la facilité d'entrée, la productivité, la pertinence des soins ainsi que l'innovation et transformation.

Les déterminants de la productivité sont liés à la qualité de vie au travail, à l'attractivité régionale, à l'accessibilité et à la disponibilité des ressources.

Pour l'analyse de la qualité de vie au travail, les principaux déterminants sont la disponibilité des ressources, l'innovation et transformation, la justesse des services, les soins en santé mentale, la facilité d'entrée, la mobilisation de la communauté, l'accessibilité, la productivité, la mortalité hospitalière, la sécurité des soins, la pertinence et l'humanisation des soins.

L'analyse de l'efficacité met en relation le niveau de disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. La disponibilité des ressources (capacités financière, humaine et matérielle) a un impact sur plusieurs dimensions de la performance, dont la viabilité, la facilité d'entrée, la qualité technique, la continuité et la coordination, l'efficacité d'utilisation et l'efficacité populationnelle.

Enfin, toutes les relations et tous les liens logiques qu'il est possible d'établir entre les divers éléments qui composent le système de santé et de services sociaux montrent bien la complexité des analyses visant à mesurer leur équilibre. Néanmoins, ce secteur constitue une zone d'analyse importante pour mesurer la performance et, surtout, tenter d'expliquer les diverses interactions entre les aspects mesurés.

LES INDICATEURS UTILISÉS

Ultimement, l'appréciation globale, dans son volet quantitatif, repose sur des indicateurs de performance. Ceux-ci sont regroupés dans les diverses sous-dimensions des quatre fonctions du modèle, en plus des indicateurs de santé globale de la population (nous en comptons 258). L'indicateur est en quelque sorte l'unité de base du modèle. Chaque indicateur révèle une information précise relative au système de santé et de services sociaux ou à la santé de la population. Les indicateurs ne permettent cependant pas de cerner toute sa réalité et sa complexité, mais lorsqu'ils sont regroupés, ils permettent l'émergence de certains constats sur le système ou l'état de santé de la population.

LES CRITÈRES DE SÉLECTION

Nous avons sélectionné les indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de multiplier inutilement l'information. Chaque indicateur a été retenu selon divers critères, tels que sa validité, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et sa pertinence, soit sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux. En plus de ces critères généraux, mentionnons que l'indicateur doit être pratique, c'est-à-dire simple et compréhensible. Il faut aussi que les informations relatives aux indicateurs choisis soient disponibles sur une base régulière, voire annuelle, afin d'assurer un monitoring qui évolue au fil des ans. La plupart du temps, les indicateurs utilisés correspondent conséquemment aux plus récentes années disponibles. Les données doivent également être disponibles en temps opportun pour être compatibles avec le calendrier d'appréciation du Commissaire. Dans la majorité des cas, les indicateurs disponibles répondent à l'ensemble de ces critères; toutefois, certains n'y répondent que partiellement. Par ailleurs, si beaucoup d'indicateurs sont recensés pour les fonctions d'adaptation, de production et d'atteinte des buts, la fonction de maintien et développement est moins bien pourvue, principalement en ce qui concerne les données pour d'autres provinces ou pays. Enfin, pour améliorer ses outils d'appréciation globale et intégrée de la performance, le Commissaire travaille chaque année à bonifier son cadre d'appréciation, en collaboration avec divers partenaires du milieu de la recherche et du réseau de la santé et des services sociaux.

LES SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES

Pour dresser le tableau de la performance de notre système de santé et de services sociaux, nous avons recueilli un ensemble important d'indicateurs. En ce qui a trait aux données interprovinciales, les indicateurs retenus proviennent surtout de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Ces indicateurs bénéficient de définitions opérationnelles précises qui balisent le transfert d'information à partir des provinces. En ce qui concerne les données de l'ESCC, une méthode d'enquête uniforme est utilisée à travers le Canada. Pour la comparaison des provinces, ces sources d'information sont ainsi considérées comme les plus complètes. Voici la liste détaillée des sources d'information en santé pour l'analyse provinciale :

Institut de la statistique du Québec et Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes

- > Tableau statistique canadien, février 2015

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

- > Tendances des dépenses nationales de santé
- > Base de données médicales Scott's (BDMS)
- > Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDII)
- > Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale
- > Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)
- > Base de données sur les congés des patients (BDGP)
- > Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- > Base de données sur les avortements thérapeutiques (BDAT)
- > Registre national des traumatismes (RNT)
- > Base de données sur les pharmaciennes et les pharmaciens (BDPP)
- > Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)
- > Indicateurs de santé 2013
- > Base de données canadiennes SIG – indicateurs de rendement financier des hôpitaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Statistique Canada

- > Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)
- > Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

- > Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation (ECDBP)
- > Base de données du Registre canadien du cancer (RCC)
- > Statistique de l'état civil du Canada
- > Base de données sur les naissances
- > Base de données sur les décès
- > Division de la démographie (estimations de la population)

Sondage national des médecins

- > Sondage national des médecins 2014

Commissaire à la santé et au bien-être

- > *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*
- > *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 2012*
- > *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*

À l'échelle régionale, les indicateurs ont été alimentés en grande partie à partir des bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Pour certains indicateurs particuliers, le Commissaire a extrait les données des systèmes de renseignements du MSSS. D'autres indicateurs ont aussi été documentés à même les données transmises par l'Institut national de santé publique du Québec. Enfin, pour quelques indicateurs précis, les données reposent sur de grandes enquêtes, telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada et l'Enquête sur la satisfaction des usagers de l'Institut de la statistique du Québec. De multiples renseignements provenant de sondages ou d'autres sources de données ont permis de compléter le tableau. Voici la liste détaillée des sources d'information en santé pour l'analyse régionale :

Conseil québécois d'agrément

- > Sondage sur la satisfaction de la clientèle
- > Sondage sur la mobilisation du personnel

Eco-Santé Québec

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

- > Base de données sur les congés des patients (BDGP)
- > Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC)
- > Indicateurs de santé 2012
- > Base de données canadiennes SIG – indicateurs de rendement financier des hôpitaux
- > Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Institut national de santé publique du Québec

- > Infocentre de santé publique du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- > Accès aux services médicaux spécialisés
- > Banque du personnel du réseau (R-25)
- > CONSOM
- > Données de surveillance des infections à *Clostridium difficile* dans les centres hospitaliers au Québec
- > Fichier des décès
- > Fichier des mortinaissances
- > Fichier des naissances
- > Fichier des naissances vivantes
- > Fichier des tumeurs
- > INFO-BASSINS
- > INFO-CONTOUR
- > INFO-MED-ÉCHO
- > INFO-ORG.COM
- > INFO-SÉRUM
- > INFO-SIFO
- > INFO-STATS
- > Intégration-CLSC (I-CLSC)
- > Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480)
- > Rapport financier des établissements (AS-471)
- > Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478)
- > Système Projet intégration jeunesse (PIJ)

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

- > Fichier des hospitalisations hors Québec
- > Statistiques annuelles

Statistique Canada

- > Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Sondage national des médecins

- > Sondage national des médecins 2010

LES REGROUPEMENTS TERRITORIAUX

Quoiqu'il soit généralement très utile de comparer les régions du Québec à la moyenne de l'ensemble de la province, de même que les provinces à la moyenne de l'ensemble du Canada, nous avons décidé de faire aussi des comparaisons qui se limitent aux régions comparables selon des critères démographiques ou géographiques. Ainsi, les régions du Québec sont regroupées en cinq ensembles : les régions universitaires, les régions en périphérie des régions universitaires, les régions intermédiaires, les régions éloignées et les régions isolées. En effet, pour les décideurs locaux, il est beaucoup plus utile de se situer par rapport aux régions ayant des caractéristiques semblables. Par exemple, une comparaison entre Montréal et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine pour le taux de médecins spécialistes serait intéressante en soi, mais peu éclairante pour l'appréciation de la performance. En effet, les régions ayant des missions universitaires requièrent forcément un taux de spécialistes plus élevé que celui des autres régions. Il est toutefois important de noter que ces regroupements servent avant tout à simplifier la présentation de l'information et que certaines régions, du fait de leur étalement géographique, possèdent aussi le caractère d'autres regroupements de régions. C'est le cas, par exemple, du Bas-Saint-Laurent, qui présente les particularités d'une région éloignée dans ses territoires les plus à l'est. La région de l'Outaouais présente aussi, à certains égards, les caractéristiques d'une région en périphérie des régions universitaires, du fait de sa proximité avec la région universitaire d'Ottawa et de l'utilisation par ses citoyens de services de santé en Ontario.

Voici les régions par groupe d'appartenance :

Les régions universitaires

03 – Capitale-Nationale

05 – Estrie

06 – Montréal

Les régions universitaires se distinguent par des services spécialisés dont elles assument la responsabilité pour l'ensemble du Québec (centres de greffes d'organes, services aux grands brûlés, etc.) et par une attraction forte de la clientèle des régions limitrophes. On y trouve des facultés de médecine et elles produisent des services au-delà de la consommation de leur population résidente.

Les régions en périphérie des régions universitaires

12 – Chaudière-Appalaches

13 – Laval

14 – Lanaudière

15 – Laurentides

16 – Montérégie

Ce groupe de régions comprend la région de la Chaudière-Appalaches, située en périphérie de Québec, et les quatre régions en périphérie de Montréal, soit Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. En ce qui concerne leur consommation de services de santé, ces régions présentent une forte mobilité interrégionale, et ce, autant pour des services spécialisés que pour des services généraux (de base).

Les régions intermédiaires

01 – Bas-Saint-Laurent

02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean

04 – Mauricie et Centre-du-Québec

07 – Outaouais

Les centres régionaux des régions intermédiaires sont situés à moins de quatre heures de route des centres universitaires de Québec ou de Montréal. Leur population respective compte environ 200 000 personnes et plus.

Les régions éloignées

08 – Côte-Nord

09 – Abitibi-Témiscamingue

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Les centres régionaux des régions éloignées sont situés à plus de six heures de route de Québec ou de Montréal. Leur population respective compte de 90 000 à 160 000 personnes.

Les régions isolées

10 – Nord-du-Québec

17 – Nunavik

18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

Les régions isolées comptent de 7 000 à 20 000 personnes. Elles se caractérisent par leur situation géographique isolée des grands centres et par une faible densité de population. Elles présentent ainsi un contexte particulier qui les rend difficilement comparables aux autres régions.

LE BALISAGE : UNE MÉTHODE PERMETTANT DES COMPARAISONS BASÉES SUR L'EXCELLENCE

QU'ENTEND-ON PAR « BALISAGE »?

Par le terme « balisage », nous entendons une méthode d'analyse qui consiste à comparer des régions sur la base de cibles de performance. Cette cible, ou « balise », est l'objectif chiffré qui correspond à ce vers quoi l'ensemble des régions doit tendre. La balise peut être fixée, pour chaque indicateur, en identifiant les régions qui ont les meilleurs résultats. Ces régions performantes sont ensuite comparées à toutes les autres. Cette méthode est souvent connue sous le nom de benchmarking. Il serait toutefois incomplet de prétendre qu'il s'agit des seules balises de performance utilisées afin de dresser le portrait de l'appréciation globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux. Différentes manières permettent d'établir la donnée « balise », lesquelles seront détaillées ci-après.

ATTRIBUTION D'UN SCORE DE PERFORMANCE : LES TYPES DE NORMES ET LES DIFFÉRENTS CALCULS DE BALISAGE

LA RELATION DES INDICATEURS À LA PERFORMANCE : LE SENS DE VARIATION

Pour chaque indicateur, une balise d'excellence est déterminée, c'est-à-dire un résultat considéré comme hautement performant. Pour mesurer ce résultat, il faut d'abord tenir compte de la relation de l'indicateur à la performance. Cette relation peut être **positive**, c'est-à-dire que plus une valeur est jugée performante, plus elle est élevée. On peut penser au taux de médecins omnipraticiens, au degré de satisfaction des usagers ou à l'espérance de vie à 65 ans.

La relation peut être, à l'inverse, **négative**. C'est le cas lorsque la performance est d'autant plus importante que la valeur est petite. Les indicateurs de mortalité infantile, les taux de réadmissions, le séjour moyen à l'urgence et le taux de tabagisme en constituent des exemples.

Une autre relation de performance est celle dite **parabolique**. Il s'agit d'une relation où l'on observe une performance optimale lorsque les valeurs de l'indicateur se situent entre deux bornes définies, ou se rapprochent d'une valeur précise. Par exemple, le taux de césariennes est un indicateur dont les valeurs devraient se trouver entre deux bornes définies. À l'extérieur de ces bornes, la performance diminue. Il en va de même pour une valeur précise : pour certains indicateurs d'équité, tels que le ratio de l'écart intrarégional entre les populations favorisées et les populations défavorisées pour le faible poids à la naissance, l'équité maximale est atteinte pour un ratio de 1. Plus les valeurs s'éloignent de ce ratio, plus la performance diminue.

Enfin, certains indicateurs servent à présenter de nouvelles pratiques ou des tendances historiques, à informer la population ou à donner une vue d'ensemble d'un phénomène

par ailleurs mesuré. Ils ne sont pas utilisés pour porter un jugement de performance. De tels indicateurs n'ont pas de sens de variation déterminé, ils sont présentés à titre informatif. L'indicateur portant sur le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées pour les régions du Québec en constitue un exemple.

LES TYPES DE NORMES ET LES DIFFÉRENTS CALCULS DE BALISAGE

Le type de balise le plus couramment utilisé est la **norme empirique d'excellence**. Le plus souvent, la performance est jugée en fonction d'une cible à atteindre correspondant à la moyenne des résultats atteints par les trois meilleures régions ou provinces, selon le niveau d'analyse. Ajoutons que la balise établie pour les indicateurs au niveau international correspond généralement au meilleur tiers de la sélection disponible. Les régions sont comparées à cette donnée « repère » avec laquelle est établi un rapport (ou une proportion d'atteinte de la balise), en pourcentage.

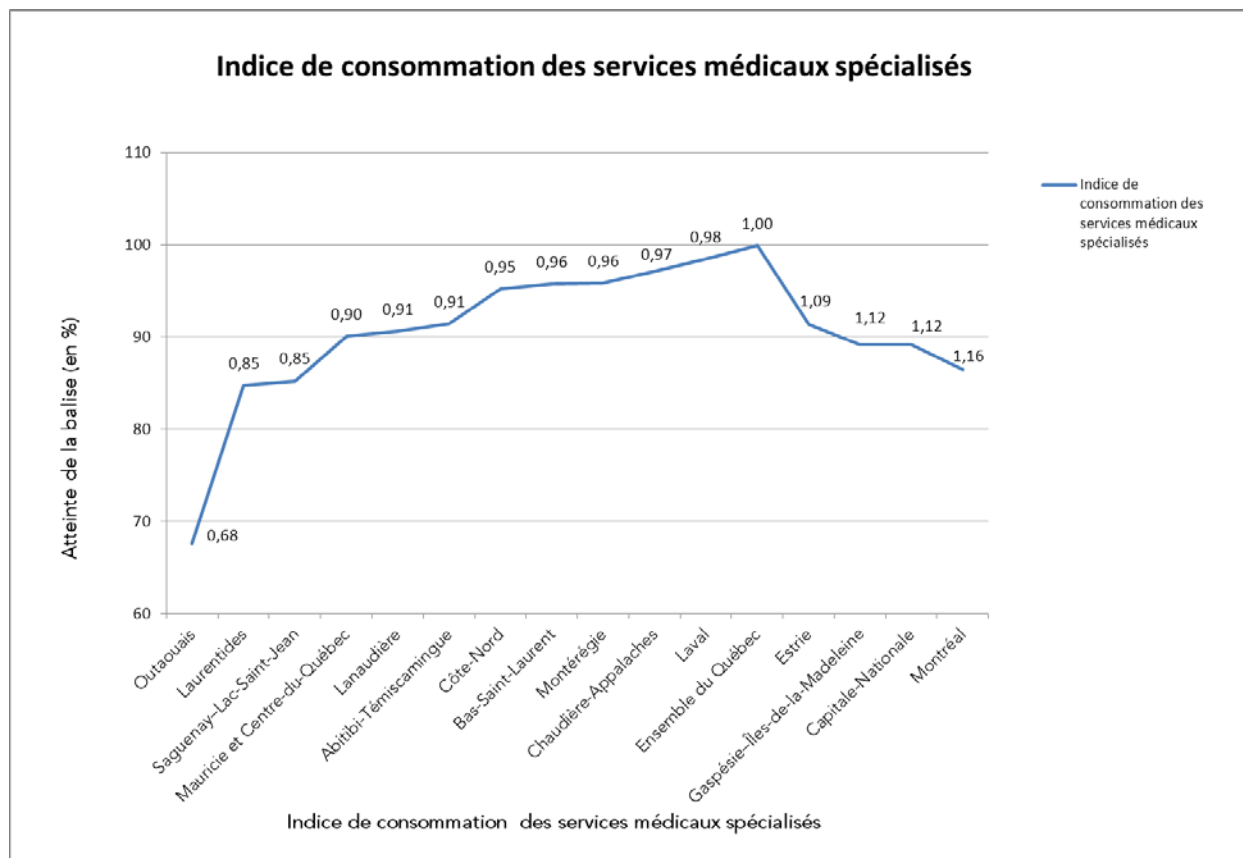
Par exemple, pour l'indicateur A, les trois régions les plus performantes obtiennent des résultats de 210, 200 et 190. La moyenne de ces trois résultats, en l'occurrence 200, est donc désignée comme la balise à atteindre. La région Y a obtenu la valeur de 180. Pour calculer le pourcentage d'atteinte de la balise de la région Y, le calcul suivant est fait : $180/200 \times 100 \% = 90 \%$. Le pourcentage d'atteinte de la balise pour la région ayant obtenu 200 est donc $100 \% : 200/200 \times 100 \% = 100 \%$. Il en va de même pour la région ayant obtenu 210, car on ne peut pas obtenir un pourcentage d'atteinte de la balise supérieur à 100% . Cet exemple convient pour un indicateur qui a un sens de variation positif. Pour un indicateur ayant un sens de variation négatif (comme le taux de mortalité infantile), le calcul est inversé, c'est-à-dire que si l'on détermine que la balise est de 8 pour la région R, l'atteinte de la balise pour la région S, qui a une valeur de 12, devient $8/12 \times 100 \% = 66,7 \%$. Cela permet de fixer un objectif de performance réaliste basé sur les résultats d'un groupe de trois régions. Néanmoins, il arrive que la norme empirique d'excellence corresponde au score de la meilleure région ou province ou encore à la moyenne des trois meilleurs scores parmi l'ensemble des données régionales et provinciales pour les indicateurs se trouvant aux deux niveaux. Cette approche permet, dans certains cas, de fixer une norme davantage significative en matière de performance. L'un des principaux avantages d'utiliser ce type de balise est que la valeur « repère » constitue une cible qui est atteignable, puisqu'une ou plusieurs régions (ou provinces) ont obtenu cette valeur.

La **norme raisonnée** est l'un des ajouts les plus importants en ce qui a trait au balisage de la performance. La balise peut être fixée grâce à des données empiriques, autant régionales et provinciales qu'internationales. La base théorique de la norme peut aussi émaner de la littérature scientifique, des normes cliniques reconnues ou du consensus d'un comité d'experts. Les normes raisonnées peuvent être utilisées pour des indicateurs dont le sens de variation est positif, négatif ou parabolique. Dans le cas d'une norme raisonnée avec un sens de variation parabolique, le calcul peut s'effectuer pour une donnée précise ou un intervalle entre deux bornes délimitées. Par exemple, il est établi que la balise de performance pour l'indicateur de l'indice de consommation des services médicaux spécialisés est 1. Ainsi, plus le résultat de la région se rapproche de 1, meilleur est son score de balisage. On dira donc qu'un résultat de 0,98 [$0,98/1 \times 100 \% = 98 \%$] sera meilleur qu'un résultat de 1,12 [$1/1,12 \times 100 \% = 89,3 \%$]. La figure 2

ci-après nous permet de visualiser la forme parabolique créée par le sens de variation de cette balise raisonnée.

Figure 2

Indice de consommation des services médicaux spécialisés



Pour tous les indicateurs mesurés dans La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 – Résultats et analyses, l’une ou l’autre des méthodes présentées préalablement est utilisée afin de déterminer les scores de balisage. Il appert cependant que des ajustements sont nécessaires pour rendre les résultats plus conformes à la réalité telle qu’elle est véhiculée par les données brutes. En ce sens, certaines vérifications relatives à la validité statistique des données nous amènent, pour quelques indicateurs, à modifier le résultat de balisage afin de prendre en compte les intervalles de confiance et le coefficient de variation. C’est le cas des indicateurs d’exécution compétente en qualité technique, de même que des indicateurs d’équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation. L’ensemble des modifications apportées aux résultats de balisage est indiqué dans les sources et définitions des indicateurs, présentées plus loin dans ce document.

Précisons qu’il faut éviter de parler d’indicateurs favorables ou défavorables, en croissance ou en décroissance, ou toute expression semblable, puisque les indicateurs ne font qu’une chose : indiquer. Ce sont plutôt les résultats qui sont favorables ou défavorables et qui évoluent dans le temps. C’est ce que l’analyse des indicateurs permet de constater.

LE CALCUL DES RÉSULTATS AGRÉGÉS PAR DIMENSION ET SOUS-DIMENSION

Parmi les nombreuses innovations mises de l'avant par le Commissaire pour présenter des résultats plus près de la réalité du système de santé et de services sociaux, on compte la mise à jour des calculs de résultats agrégés par sous-dimension et dimension. Désormais, pour chaque indicateur est attribué un poids relatif à l'intérieur de la sous-dimension, de manière à ce que les poids relatifs cumulés égalent toujours 100 % d'une sous-dimension. Le score est calculé en multipliant la pondération donnée à un indicateur par le score de balisage de ce même indicateur et en additionnant le résultat de tous les indicateurs de la sous-dimension. Par exemple, une sous-dimension comprenant quatre indicateurs pourrait être séparée de la façon suivante :

Indicateur B = 30 %
Indicateur C = 30 %
Indicateur D = 20 %
Indicateur E = 20 %
Total de la sous-dimension = 100 %

Admettons maintenant que, pour une région R, les résultats d'atteinte de la balise pour les quatre indicateurs mentionnés précédemment soient multipliés par leur pondération :

Indicateur B = 85 % X 30 % = 25,5 %
Indicateur C = 79 % X 30 % = 23,7 %
Indicateur D = 64 % X 20 % = 12,8 %
Indicateur E = 91 % X 20 % = 18,2 %
Total de la sous-dimension = 25,5 % + 23,7 % + 12,8 % + 18,2 % = 80,2 %

La pondération des indicateurs peut se baser sur différents critères. Par exemple, le poids d'un indicateur de la capacité financière par rapport à un programme-service peut être relatif au poids budgétaire de ce programme-service sur l'ensemble du budget consacré aux différents programmes-services. De même, il apparaît plus juste de conférer un poids plus grand au taux de lits de soins aigus qu'à celui de lits de longue durée, en raison de la quantité de lits et de l'intensité des ressources investies en soins aigus, comparativement aux soins de longue durée.

Un autre motif courant de pondérations différenciées des indicateurs d'une même sous-dimension vient d'un autre niveau conceptuel d'agrégation des indicateurs. Cela signifie qu'il arrive souvent que plusieurs réalités soient représentées dans une même sous-dimension. Par contre, le nombre d'indicateurs rendant compte de ces réalités est rarement le même, ce qui implique que, pour trois réalités différentes au sein d'une même sous-dimension, l'une peut être calculée grâce à trois indicateurs, une autre avec un seul indicateur et une dernière par deux indicateurs. Les concepts déterminés dans les résultats de balisage amènent des pondérations conséquemment différenciées.

Pour obtenir le score de balisage d'une dimension, le même processus a cours, mais transposé au niveau des sous-dimensions. Une pondération est conférée à chacune et elle est multipliée par le résultat global de la sous-dimension. On additionne ensuite les résultats par sous-dimension pour obtenir le score global par dimension.

Supposons des sous-dimensions ainsi pondérées :

Sous-dimension F = 25 %

Sous-dimension G = 25 %

Sous-dimension H = 40 %

Sous-dimension I = 10 %

Total de la dimension = 100 %

On multiplie le score de balisage obtenu par la pondération :

Sous-dimension F = 78 % X 25 % = 19,5 %

Sous-dimension G = 93 % X 25 % = 23,3 %

Sous-dimension H = 81 % X 40 % = 32,4 %

Sous-dimension I = 77 % X 10 % = 7,7 %

Total de la dimension = 19,5 % + 23,3 % + 32,4 % + 7,7 % = 82,9 %

L'utilité de l'attribut de pondérations aux sous-dimensions à l'intérieur des dimensions est, d'un point de vue conceptuel, très proche de ce qui est mentionné pour les indicateurs. Le premier critère est évidemment l'importance de ce qui est mesuré en regard du système de santé et de services sociaux. Par exemple, dans la fonction d'atteinte des buts, l'un des aspects mesurés est l'efficacité. Selon les experts qui se sont penchés sur le modèle d'appréciation du Commissaire, l'efficacité d'utilisation, mesurée pour les régions du Québec, est très importante dans la mesure globale de l'efficacité. Toutefois, peu d'indicateurs viennent pour le moment détailler cet aspect de la dimension d'efficacité par rapport à l'efficacité populationnelle. Le poids de balisage conféré à l'efficacité d'utilisation est donc plus grand que la proportion d'indicateurs qu'il occupe dans l'ensemble de la dimension portant sur l'efficacité. Les pondérations s'appuient sur le constat que, bien que les sous-dimensions représentent toutes des facettes importantes du système de santé et de services sociaux, elles ne participent pas toutes également à sa performance. De plus, la pondération des sous-dimensions est parfois ajustée selon la quantité de données et leur validité statistique, laquelle peut varier en raison des différents types de données (sondages populationnels, données système, etc.) et des échantillons plus ou moins grands, selon ce qui est ciblé et le niveau d'analyse. À titre d'exemple, certaines données recueillies par sondage ont une grande fiabilité statistique pour l'analyse des provinces, alors que les résultats pour les régions sociosanitaires du Québec sont basés sur des échantillons beaucoup plus petits. Cela peut nous amener à revoir à la baisse la pondération de ces indicateurs.

Bien que l'ajout de pondérations constitue un changement dans l'optique de rendre compte de manière plus juste de la performance du système de santé et de services sociaux, ce travail s'inscrit dans une démarche qui se veut évolutive et perfectible. La valeur absolue d'un indicateur a somme toute peu d'intérêt, parce qu'une telle valeur n'a de sens que si l'on peut la comparer à une valeur dite de référence, une « cible » ou « balise » en quelque sorte. Ainsi, le fait de reporter ces résultats en degrés d'atteinte de la balise, qui s'expriment en pourcentage, permet de faire des comparaisons beaucoup plus intéressantes, que ce soit par rapport à des régions comparables ou encore à la moyenne canadienne ou québécoise. Cela permet aussi d'agrèger les résultats de plusieurs indicateurs selon la pondération qui leur est attribuée pour obtenir un score pour l'ensemble d'une sous-dimension de la performance. Le résultat est

ensuite calculé pour l'ensemble d'une dimension à partir des scores agrégés obtenus pour les sous-dimensions qui la composent.

Bref, ce tour d'horizon met en lumière l'ampleur des ajustements permis grâce à cette méthode de pondération qui illustre avec davantage de précision la performance. Avec un modèle renouvelé et plus complet ainsi qu'avec l'ajout d'indicateurs et de multiples sous-dimensions, de même que la mesure d'aspects du système de santé et de services sociaux jusqu'ici non répertoriés, l'analyse est plus étoffée. Elle est aussi concentrée sur les niveaux agrégés des dimensions et des sous-dimensions. C'est donc dire que les fonctions ne se voient plus attribuées de scores de balisage. En raison de la diversité des indicateurs et de l'ajout de multiples dimensions et sous-dimensions, ces résultats globaux n'offrent pas la possibilité de faire une analyse à la fois aussi poussée et décomposée.

Il est à noter qu'une méthodologie particulière s'applique lorsqu'une ou plusieurs données ne sont pas disponibles pour une région à l'intérieur d'une sous-dimension. La pondération des indicateurs disponibles pour cette région est revue afin que le résultat de balisage de la sous-dimension soit égal à 100 %, alors que doit être conservé le poids relatif des indicateurs disponibles les uns par rapport aux autres. C'est ce que montre l'exemple suivant :

Pondération des indicateurs de la sous-dimension X

Indicateur A = 33,3 %

Indicateur B = 33,3 %

Indicateur C = 16,7 %

Indicateur D = 16,7 %

Résultats des indicateurs de la sous-dimension X

Indicateur A = 80 %

Indicateur B = Pas de résultat

Indicateur C = 75 %

Indicateur D = 64 %

Nouvelle pondération des indicateurs de la sous-dimension X

Indicateur A = 50 %

Indicateur B = 0 %

Indicateur C = 25 %

Indicateur D = 25 %

Cela signifie que l'indicateur pour lequel il n'y a pas de résultat disponible n'est pas pris en considération dans le calcul de balisage de la sous-dimension.

Aussi, les résultats de balisage des indicateurs des régions isolées du Québec (le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne sont pas agrégés par sous-dimension et dimension. Le manque de données et la non-représentativité des résultats de balisage forcent à écarter cette possibilité pour se concentrer sur les résultats par indicateur, lorsqu'ils sont disponibles.

UNE ÉCHELLE QUALITATIVE DE LA PERFORMANCE

Dans l'optique d'outiller les décideurs publics, autant pour la province que pour chacune des régions sociosanitaires du Québec, une échelle qualitative de la performance est utilisée afin de statuer de manière plus précise sur le niveau d'atteinte de la performance relativement à la balise (figure 3). Si les scores de balisage permettent de juger de la performance comparative d'une province ou d'une région à l'autre, l'échelle qualitative offre, quant à elle, la possibilité pour chacune des régions d'obtenir l'équivalent d'un tableau de bord permettant de prendre action.

Score de balisage :

Excellente performance : 90,0 % à 100,0 % d'atteinte de la balise

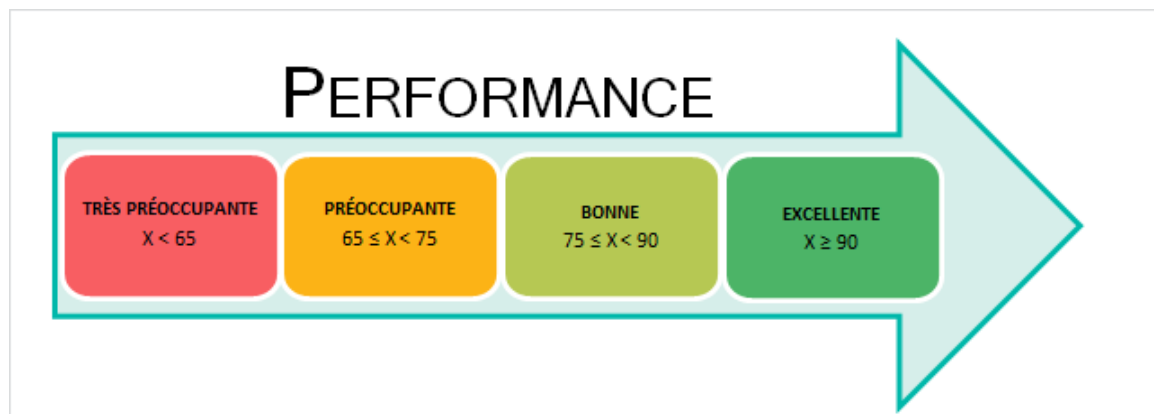
Bonne performance : 75,0 % à 89,9 % d'atteinte de la balise

Performance préoccupante : 65,0 % à 74,9 % d'atteinte de la balise

Performance très préoccupante : 64,9 % et moins d'atteinte de la balise

Figure 3

Échelle qualitative de la performance



X = résultat en % d'atteinte de la balise

Par conséquent, la région peut mettre l'accent sur les résultats préoccupants, tout en cherchant à conserver ses résultats favorables. Cette échelle se veut donc un levier d'action supplémentaire dans la prise de décision en ce qui a trait à la performance du système de santé et de services sociaux.

L'ATTRIBUTION DE RANGS : UN OUTIL COMPARATIF SUPPLÉMENTAIRE

En plus de l'utilisation des balises d'excellence et de l'échelle qualitative, la mesure du rang est aussi un outil intéressant pour dresser le tableau de la performance. En effet, le pourcentage d'atteinte de la balise, en dehors de toute comparaison, ne fournit qu'une information partielle. Le rang permet de voir qu'une région peut présenter de bons résultats même si elle arrive au 15^e rang. Le contraire est tout aussi vrai : une région pourrait se retrouver en 3^e position et obtenir un score sous la barre des 80 % d'atteinte de la balise, ce qui est considéré comme préoccupant. Par conséquent, pour chacune

des analyses, le classement par rang viendra souvent s'ajouter aux résultats afin de les situer dans un univers de comparaison plus large. Il importe de noter que ces classements se basent sur un ordre décroissant de performance (de la meilleure performance à la moins bonne). Le premier rang est ainsi attribué à la province ou à la région présentant la meilleure performance, peu importe le sens de variation de l'indicateur.

LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS D'UNE TELLE MÉTHODE

L'attribution de rangs permet d'obtenir un aperçu global qui met en lumière les aspects pour lesquels une performance favorable ou défavorable est observée. De plus, une telle approche permet au public et aux décideurs de cerner rapidement les grandes tendances parmi l'étendue des préoccupations et des priorités apparemment conflictuelles à l'intérieur même du système. Cette approche facilite également les représentations graphiques ainsi que les communications avec le public et les acteurs du réseau. Enfin, cette approche globale et intégrée permet de porter des jugements plus équilibrés sur une situation complexe.

Dans les limites de notre analyse, nous avons porté un regard global sur les indicateurs, en basant notre examen sur le degré d'atteinte des balises d'excellence au Québec et dans les différentes régions. Cette analyse systématique et globale permet de porter notre attention sur le degré de performance à l'égard des différentes dimensions et sous-dimensions plutôt que de procéder à une analyse indicateur par indicateur. Si elle était basée sur chaque indicateur, l'analyse serait à la fois fastidieuse et difficile à communiquer, en plus d'être difficile à interpréter de manière rigoureuse. En effet, chaque indicateur pris isolément n'est qu'un reflet partiel de réalités plus complexes. La prise en considération d'un ensemble plus grand d'indicateurs permet aussi de mieux comprendre la portée des variations relevées et d'avoir une plus grande fiabilité dans la mesure et l'analyse. De plus, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés et par rapport à ce qui est désiré, ils ne permettent pas de comprendre pour autant les raisons qui expliquent ces écarts, ni même parfois le sens qu'il faut leur attribuer. Par exemple, le fait qu'il se produise plus d'exams en imagerie par résonance magnétique (IRM) en Alberta qu'au Québec veut peut-être dire qu'il y a moins de besoins à cet égard au Québec, ou encore que ces exams y sont moins disponibles par manque de ressources. En ce sens, le travail plus pointu d'analyse et d'interprétation des données doit interpeller les acteurs plus près du terrain pour être complet. Néanmoins, les alignements permettent de chercher des réponses plus précises, bien qu'il ne soit guère possible d'affirmer que les liens tissés entre certains ensembles d'indicateurs soient corrélés de manière exhaustive. Enfin, soulignons que plusieurs indicateurs peuvent être influencés par d'autres facteurs qui ne sont pas liés directement à l'action du système de santé et de services sociaux, par exemple la culture, le climat et la génétique.

L'ANALYSE DE SENSIBILITÉ

Nous sommes conscients que le fait de faire des regroupements d'indicateurs influence le score global obtenu pour une fonction. L'ajout de pondérations donne la possibilité de présenter des résultats de dimensions et sous-dimensions plus fidèles à la réalité du système de santé et de services sociaux. Nous procédons donc chaque année à une analyse de sensibilité du modèle d'appréciation du Commissaire afin d'évaluer la

variation potentielle des résultats en fonction du choix de regroupements des indicateurs servant à l'analyse de la performance. Autrement dit, nous cherchons à mesurer, par l'analyse de sensibilité, la différence entre les résultats agrégés obtenus avec le cadre d'appréciation et les résultats qui auraient été observés si chacun des indicateurs avait été calculé sans tenir compte du découpage en sous-dimensions de ce même modèle. L'analyse nous permet donc de vérifier les écarts de résultats en fonction des pondérations des sous-dimensions à l'intérieur des dimensions, ainsi que de la pondération des indicateurs à l'intérieur des sous-dimensions et des dimensions. Il convient donc de faire preuve de discernement dans l'interprétation des résultats et de bien comprendre les enjeux liés à la dualité entre la précision et la communicabilité des informations présentées.

LES LIMITES DE L'ANALYSE

L'analyse d'indicateurs de monitoring comporte toujours des limites sur le plan de la méthode. Notre démarche n'en est pas exempte non plus. Parmi ces limites, certaines méritent une attention particulière. Nous avons d'abord recensé les indicateurs disponibles les plus valides, qui sont le reflet de divers aspects de l'action des systèmes de santé et de services sociaux, et nous les avons mis en relation en adoptant un cadre systématique et global d'analyse. Malgré cela, ces indicateurs demeurent limités dans leur capacité à refléter la complexité du système de santé et de services sociaux. En effet, tout indicateur est plus ou moins imparfait et ne décrit pas la réalité qu'il recouvre avec autant de clarté qu'il est souhaité. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'objectif de l'analyse quantitative du Commissaire est de faire ressortir de grandes tendances dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les partenaires du réseau sont invités à reconnaître cet objectif et à utiliser convenablement les informations produites, en les confrontant aux réalités observées dans les établissements. Par ailleurs, dans son jugement global, le Commissaire fait aussi des études plus qualitatives sur différentes thématiques.

Aussi, même si les indicateurs présentés offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, ceux-ci peuvent comporter des écarts temporels qui varient d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes ou de la fréquence des mises à jour des données publiées. En ce sens, les années des données utilisées pour chaque indicateur sont inscrites dans les tableaux et certaines reposent sur une moyenne de plusieurs années afin d'en augmenter la validité sur le plan statistique.

La prochaine section présente les sources et définitions pour l'ensemble des indicateurs utilisés dans nos analyses, aussi bien au niveau international et interprovincial qu'interrégional. En tout, on en recense 276.

INDICATEURS DE L'ANALYSE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE



INDICATEURS INTERNATIONAUX



ADAPTATION

TAUX DE MÉDECINS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

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

Australie, Suède et Allemagne

Définition :

Nombre de médecins professionnellement actifs, pour 1 000 habitants.

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

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

Sources :

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

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

TAUX DE PHARMACIENS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

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

Québec, France et Canada

Définition :

Nombre de pharmaciens, pour 100 000 habitants.

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

États-Unis, Australie et Pays-Bas

Définition :

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

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

Australie, États-Unis et Québec

Définition :

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

Les tomodensitomètres utilisent « les rayons X et la technologie informatisée pour produire des images transversales du corps (souvent nommées coupes), tant horizontales que verticales. Les tomodensitogrammes présentent des coupes détaillées de diverses parties du corps, y compris les os, les muscles, les graisses et les organes. Ils sont plus précis que les radiographies¹ ».

Sources :

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

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI AFFIRMENT QU'IL ÉTAIT TRÈS DIFFICILE OU ASSEZ DIFFICILE D'OBTENIR DES SOINS MÉDICAUX APRÈS LES HEURES NORMALES DE TRAVAIL, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 29

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.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

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

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.

PRODUCTION

TAUX DE PROCÉDURES AU COURS DESQUELLES UN CORPS ÉTRANGER A ÉTÉ LAISSÉ DANS L'ORGANISME, POUR 100 000 SORTIES MÉDICALES ET CHIRURGICALES CHEZ LES PATIENTS DE 15 ANS ET PLUS

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 9) : États-Unis, Suède, Allemagne et Royaume-Uni

Définition :

Sorties de patients 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, Base de données sur les congés des patients, 2010-2011 et 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

TAUX DE CAS DE SEPTICÉMIE POSTOPÉRATOIRE, POUR 100 000 SORTIES CHIRURGICALES CHEZ LES PATIENTS DE 15 ANS ET PLUS

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 9) : Québec, États-Unis et Canada

Définition :

Sorties de patients ayant 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, Base de données sur les congés des patients, 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

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

Australie, Pays-Bas et Royaume-Uni

Définition :

Pourcentage de la population des 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois d'après la réponse « oui » à la question « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe? » et la réponse « moins d'un an » à la question « À quand remonte la dernière fois? ».

Sources :

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

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Pays-Bas, États-Unis et Nouvelle-Zélande

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 deux 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 :

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

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 6) :
États-Unis, Allemagne et Canada

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 effectivement. 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.

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 90

Définition :

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

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

Le sondage portait sur la confiance des répondants envers le système de santé ainsi que sur l'utilisation des services, notamment en ce qui a trait à la perception globale du système de santé, aux problèmes d'accessibilité des soins, à la santé globale, aux

relations et à l'expérience avec le médecin, aux erreurs médicales ainsi qu'à l'utilisation des médicaments.

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UN BON NIVEAU DE TRANSFERT D'INFORMATIONS DU SPÉCIALISTE AU MÉDECIN DE FAMILLE, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 90

Définition :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

La question posée est la suivante : « Au cours des deux dernières années, est-il arrivé après que vous ayez vu le spécialiste, que votre médecin attitré/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 deux 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.

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UN BON NIVEAU DE TRANSFERT D'INFORMATIONS DU MÉDECIN DE FAMILLE AU SPÉCIALISTE, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 90

Définition :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

La question posée est la suivante : « Au cours des deux dernières années, est-il arrivé que le spécialiste n'avait pas vos renseignements médicaux ou les résultats des examens de votre médecin attitré/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 deux 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.

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, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 87

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.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

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 consulté un spécialiste durant les deux 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.

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

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

États-Unis, Royaume-Uni et Canada

Définition :

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

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

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

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

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

Source :

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : le Québec comparé – Résultats de*

l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011, Québec, Gouvernement du Québec, 118 p.

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 76

Définition :

Pourcentage des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant déclaré que leur médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins.

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

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

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES 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, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 76

Définition :

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.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

La question posée est la suivante : « À quelle fréquence votre médecin attitré ou quelqu'un de son cabinet vous aide 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 eu besoin de coordination »

Cette question s'adresse aux personnes ayant un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

Cette question s'adresse aux personnes qui ont consulté un spécialiste durant les deux 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.

ATTEINTE DES BUTS

POURCENTAGE DE DÉCÈS À L'HÔPITAL DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'ADMISSION, POUR LES PATIENTS DE 45 ANS ET PLUS AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) ISCHÉMIQUE

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 10) :
États-Unis, Suède et Allemagne

Définition :

Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant 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, Base de données sur les congés des patients, 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

POURCENTAGE DE DÉCÈS À L'HÔPITAL DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'ADMISSION, POUR LES PATIENTS DE 45 ANS ET PLUS AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (3 meilleurs résultats sur 10) :
Suède, Nouvelle-Zélande et Australie

Définition :

Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant 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, Base de données sur les congés des patients, 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Suède, Québec et Nouvelle-Zélande

Définition :

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

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

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

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

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

Sources :

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

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

PROPORTION DES MÉDECINS CONSIDÉRANT QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ FONCTIONNE ASSEZ BIEN DANS SON ENSEMBLE, EN %

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni

Définition :

Proportion des médecins considérant que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble.

Le sondage a été réalisé par la poste auprès d'un échantillon aléatoire de médecins. Un peu plus de 8 500 médecins, dans 10 pays, ont participé à l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2014. Au Canada, un échantillon aléatoire de médecins a été recueilli à travers les dix provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec. Les entrevues ont été réalisées du 19 mars au 9 juillet 2012.

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, le sexe, l'âge et la province ont été utilisés afin de rendre l'échantillon comparable à celui du sondage national des médecins de 2010.

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 (2013). *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 2012, Québec, Gouvernement du Québec, 142 p.

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS CONSIDÉRANT QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ FONCTIONNE BIEN DANS SON ENSEMBLE, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

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

Royaume-Uni, Australie et Nouvelle-Zélande

Définition :

Proportion de la population âgée de 55 ans et plus considérant que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

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, 139 p.

INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



ADAPTATION

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, EN \$ CAN

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Dépenses publiques de santé par habitant, en dollars canadiens.

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale². » Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Dépenses totales de santé par habitant, en dollars canadiens.

« Les dépenses de santé comprennent toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé. Cette définition permet l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des

² Ibid., p. 66.

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 santé³. » Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

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

Source :

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

NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement⁴. »

Source :

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

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

³ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2013). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, p. 86.

⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2008, ICIS, p. 83.

Définition :

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

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement⁵. »

Source :

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

NOMBRE DE MÉDECINS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, les résultats peuvent varier selon les sources de publication en raison des différences de méthodologie; le lecteur devrait par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement⁶. »

Source :

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

⁵ Loc. cit.

⁶ Loc. cit.

NOMBRE D'INFIRMIÈRES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

Le nombre d'infirmières exclut les inscriptions secondaires. Les taux peuvent différer de ceux publiés par les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation en raison des méthodes de collecte, de traitement et de déclaration des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Plus de détails sur la méthodologie, la collecte et la comparabilité des données sont disponibles dans le rapport de l'ICIS *Infirmières réglementées : Tendances canadiennes, 2006 à 2011*.

Source :

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

NOMBRE DE PHARMACIENS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants.

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« La tomodensitométrie (TDM) est utilisée pour créer des images en trois dimensions des structures de l'organisme. Les clichés obtenus par radiographie (rayons X) sont d'abord traités par ordinateur pour créer des coupes virtuelles de la région examinée. Ces données sont ensuite transformées en images présentant une coupe transversale des tissus et des organes⁷. »

Les données sont en date du 1^{er} janvier.

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

Sources :

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

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

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

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

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« L'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilise trois composantes pour créer des images détaillées de l'organisme : des atomes d'hydrogène qui se trouvent dans les tissus, un aimant externe puissant et des ondes radio intermittentes. En présence d'un fort champ magnétique, les atomes s'alignent comme des éclats de fer sur un aimant. Des ondes à fréquence radioélectrique (comparables à celles utilisées dans un four à micro-ondes) viennent gêner cet alignement. Lorsque les atomes retrouvent leur position antérieure, ils émettent l'énergie captée des ondes, ce qui révèle leur environnement moléculaire et leur emplacement. Par exemple, le noyau d'un atome d'hydrogène émettra un signal différent s'il se trouve dans une molécule de graisse ou dans une protéine musculaire. L'IRM peut fournir des images détaillées de tous les tissus de l'organisme à l'exception des os (où les protons sont étroitement liés entre eux et moins susceptibles d'être influencés par un champ magnétique). Les images sont créées à l'aide d'algorithmes semblables à ceux employés en tomographie. Les techniques d'IRM peuvent être améliorées par l'injection d'une substance, comme les chélateurs de gadolinium, de la même façon que les images radiographiques sont rendues plus claires par l'utilisation d'un agent de contraste⁸. »

Les données sont en date du 1^{er} janvier.

Le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique possèdent des appareils mobiles d'IRM que deux hôpitaux ou plus se partagent. Dans cette statistique éclair, un appareil mobile d'IRM est compté une seule fois, indépendamment du nombre d'hôpitaux qui se le partagent.

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

Sources :

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

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

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

DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 3,6 %

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

SOLDE MIGRATOIRE DES MÉDECINS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 1

Définition :

Nombre de médecins ayant élu domicile dans la province en 2013 par rapport au nombre de médecins l'ayant quitté.

Migration entre provinces ou territoires des médecins de famille et des spécialistes qui étaient au Canada le 31 décembre 2012 et le 31 décembre 2013.

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, Base de données médicales Scott's, 2013..

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS PAPIER SEULEMENT POUR PRENDRE EN NOTE DE L'INFORMATION SUR LEURS PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 13,2 %

Définition :

Proportion des médecins qui utilisent seulement des dossiers papier pour prendre en note de l'information sur leurs patients. Les données incluent les médecins de famille et les médecins spécialistes.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous prenez en note de l'information sur vos patients, utilisez-vous...? »

- Des dossiers papier seulement
- Une combinaison de dossiers papier et électroniques pour entrer et récupérer les données cliniques sur les patients
- Des dossiers électroniques seulement pour entrer et récupérer les données cliniques sur les patients »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UN DOSSIER ÉLECTRONIQUE POUR ENTRER ET RÉCUPÉRER LES DONNÉES CLINIQUES DES PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 82,8 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour entrer et récupérer les données cliniques dans des dossiers dans le cadre des soins donnés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES D'AVERTISSEMENT POUR LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 65,4 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour signaler des interactions médicamenteuses dans les soins donnés aux patients à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES POUR DES RÉFÉRENCES À D'AUTRES MÉDECINS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 56,9 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour des références à d'autres médecins dans le cadre des soins donnés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques

- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES POUR LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE OU DIAGNOSTIQUES, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 94,0 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour les résultats de laboratoire et d'imagerie diagnostique à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES POUR LE RAPPEL DES SOINS RECOMMANDÉS AUX PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 52,6 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée ajusté selon l'âge pour des conditions

où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes de moins de 75 ans.

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

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

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95 %

Définition :

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

Pour les années 2003 et 2005, la question était la suivante : « Avez-vous un médecin de famille régulier? » Par « médecin de famille régulier », on désignait un médecin de famille ou un omnipraticien consulté pour la plupart des soins de routine d'un individu (par exemple, examen annuel, analyses de sang et vaccins contre la grippe). Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). La définition s'est élargie en 2007 pour inclure tous les types de généralistes. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âges de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 2006.

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES AYANT EU DE LA DIFFICULTÉ À ACCÉDER À DES SOINS DE ROUTINE OU DE SUIVI EN SOIRÉE ET LES FINS DE SEMAINE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare avoir eu des difficultés d'accès à des soins de routine ou de suivi (prodigués par un médecin de famille) les soirs et les fins de semaine (de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi, ou de 9 h à 21 h les samedis et dimanches) au cours des 12 derniers mois.

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. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une population type permet de calculer des taux dont la comparaison est plus significative, car les taux ainsi obtenus sont corrigés pour la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS AYANT EU DE LA DIFFICULTÉ À OBTENIR DES SOINS MÉDICAUX APRÈS LES HEURES NORMALES DE TRAVAIL, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 29 %

Définition :

Proportion de la population âgée de 55 ans et plus qui déclare avoir eu de la difficulté à obtenir des soins médicaux en dehors des heures normales de travail sans avoir à se rendre aux urgences.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

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 :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*.

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

Année : 2012

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

Nombre d'exams en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants.

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen⁹. » Le nombre d'exams comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé *L'imagerie médicale au Canada 2007*, dans lequel on exclut du nombre total d'exams ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'exams¹⁰ ».

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

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

« La tomодensitométrie (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 organes¹¹. »

Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente¹².

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2012

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen¹³. » Le nombre d'examens comprend

¹¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2007). L'imagerie médicale au Canada, ICIS, p. 7.

¹² Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Notes techniques : Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement, ICIS, p. 4.

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

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

« 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 contraste¹⁵. »

Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente¹⁶.

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

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

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

¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). L'imagerie médicale au Canada, ICIS, p. 19.

¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Notes techniques : Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement, p. 4.

Sources :

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

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

DÉPENSES EN MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR HABITANT, EN \$

Année : 2012

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Dépenses en médicaments prescrits par habitant.

Cet indicateur mesure le montant dépensé par habitant pour des médicaments prescrits. On le calcule en divisant les dépenses en médicaments prescrits par le nombre d'habitants.

Cet indicateur vise à fournir des renseignements sur le montant moyen qu'une personne dépense pour des médicaments prescrits. Les dépenses en médicaments prescrits et les caractéristiques de la population peuvent influencer sur les résultats de cet indicateur.

Une valeur élevée signifie que les dépenses en médicaments prescrits par habitant sont plus élevées, sans égard à l'âge et au sexe de la population et à d'autres facteurs d'utilisation.

Sources :

Statistique Canada, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2012.

Institut canadien d'information sur la santé; recensement de la population.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

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

Pour le dénombrement et la comparabilité des données entre provinces, il est à noter que deux petits établissements de soins de courte durée de l'Ontario n'ont soumis aucune période de données à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en

2010-2011. Depuis 2006-2007, les données sur les lits en santé mentale pour adultes hospitalisés en Ontario ne figurent plus dans la BDMH. Ainsi, en vue de faciliter les comparaisons au fil du temps à l'échelle de l'Ontario et du Canada, les données à compter de 2006-2007 du SIOSM ont été ajoutées à celles sur les hospitalisations en soins de courte durée.

Sources :

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

ICIS, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

TAUX NORMALISÉ SELON L'ÂGE D'HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Indéterminé

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.

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie de la hanche. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention à la hanche gauche et à la hanche droite dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations sera compté deux fois. Le taux s'appuie sur les estimations démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour

référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDCP).

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie du genou. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention au genou gauche et au genou droit dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations, sera compté deux fois. Le taux s'appuie sur les estimations démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

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

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Le bénévolat peut se faire sous deux formes : l'aide encadrée et l'aide directe à autrui (ou bénévolat non encadré). L'aide encadrée réfère aux bénévoles qui ont fourni un service sans rémunération pour le compte d'un groupe ou d'un organisme au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette définition comprend toute aide non rémunérée fournie à une école, à un organisme religieux ou à une association

communautaire ou sportive. Quant à l'aide directe à autrui (ou bénévolat non encadré), elle réfère aux bénévoles qui ont aidé les autres de leur propre chef, c'est-à-dire sans l'entremise d'un groupe ou d'un organisme au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cela inclut l'aide prodiguée aux amis, aux voisins et aux personnes apparentées, mais exclut l'aide fournie aux personnes habitant dans le même ménage que le répondant (Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes : bénévolat au Canada, n°93).

Source :

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

PRODUCTION

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS AYANT ATTENDU MOINS D'UN MOIS POUR UNE VISITE CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 70 %

Définition :

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI ONT ATTENDU AU MOINS DEUX JOURS POUR VOIR UN MÉDECIN, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 32 % correspondant à la moyenne des 11 pays ayant participé à l'enquête du Fonds du Commonwealth

Définition :

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

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, dans 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 dix provinces et les trois 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 :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*.

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS AYANT EU DE LA DIFFICULTÉ À ACCÉDER À DES SOINS DE ROUTINE OU DE SUIVI AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100 %

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 100 %

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 100 %

Définition :

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

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PATIENTS TRAITÉS À L'INTÉRIEUR DE 28 JOURS POUR UNE RADIOTHÉRAPIE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 100 %

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 deux 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), Les temps d'attente au Canada.

TAUX AJUSTÉ SELON LES RISQUES DE SEPSIE DIAGNOSTIQUÉE APRÈS L'ADMISSION, POUR 1 000 SORTIES

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 2 %

Définition :

Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission.

On obtient le taux de sepsies à l'hôpital ajusté selon les risques en divisant le nombre observé de cas dont l'enregistrement de sortie comporte un diagnostic de sepsie à l'hôpital pour un hôpital donné par le nombre prévu de cas dans cet hôpital, puis en multipliant le quotient par le taux moyen de sepsies à l'hôpital au Canada. Les résultats sont calculés à l'aide de deux modèles de régression logistique, l'un pour les enfants (moins de 18 ans) et l'autre pour les adultes (18 ans et plus).

L'indicateur est exprimé comme le nombre de sorties de l'hôpital associées à un événement de sepsie à l'hôpital par 1 000 sorties.

La sepsie est un syndrome clinique qui se manifeste sous forme de complication d'une infection. Elle correspond à une réponse inflammatoire systémique causée par une infection. La sepsie constitue l'une des principales causes de mortalité et est associée à une utilisation accrue des ressources hospitalières ainsi qu'à des séjours prolongés aux unités de soins intensifs. Des mesures préventives et thérapeutiques appropriées pendant l'hospitalisation peuvent réduire le taux d'infections ou d'évolution de l'infection en sepsie.

Sources :

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

ICIS, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES, PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL D'HOSPITALISATIONS, POUR LES MOINS DE 75 ANS, EN %

Année : 2012

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des hospitalisations en soins de courte durée liées à des conditions où des soins ambulatoires appropriés peuvent éviter ou réduire la nécessité d'une admission pour les moins de 75 ans, en %.

L'unité de mesure de cet indicateur est la sortie. L'indicateur est exprimé par le nombre de sorties d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires divisé par le nombre de sorties d'hospitalisations en soins de courte durée, multiplié par 100, selon la situation géographique de l'hôpital.

Numérateur :

Cas inclus dans le dénominateur, où une condition propice aux soins ambulatoires était codée en diagnostic principal.

Dénominateur :

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dont la sortie s'est effectuée du 1^{er} avril au 31 mars de l'exercice parmi les patients âgés de moins de 75 ans au moment de l'admission.

Exclusions : personne décédée avant d'obtenir son congé, nouveau-né, mortinaissance, cas obstétricaux et de santé mentale, personne non canadienne.

Source :

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

TAUX D'ACCOUCHEMENTS VAGINAUX APRÈS UNE CÉSARIENNE, EN %

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 31,3 %

Définition :

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

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

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

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

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

Source :

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

TAUX DE CÉSARIENNES À FAIBLE RISQUE, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée entre 5 et 15 %

Définition :

Pourcentage des femmes accouchant 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. 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.

* 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).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 5,9 %

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 (ICIS) (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues).

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 11,7 %

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 (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues).

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

* 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).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1,5 %

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 à la grossesse et à l'accouchement (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues).

Sont exclus du numérateur les épisodes où l'on trouve la présence des codes suivants : accouchement (CIM-10-CA : O10-O16, O21-O29, O30-O37, O40-O46, O48, O60-O69,

O70-O75, O85-O89, O90-O92, O95, O98, O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2; ou Z37 inscrit dans tout champ de diagnostic) ainsi que le code de diagnostic principal de chimiothérapie pour une tumeur (CIM-10-CA : Z51.1).

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

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

Source :

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

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

Année : 2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 8,3 %

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.

* 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).

TAUX DE RÉADMISSION DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS AUX PATIENTS ÂGÉS DE 19 ANS OU MOINS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 5,3 %

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 (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues).

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen¹⁷. » Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé L'imagerie médicale au Canada 2007, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de

¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). L'imagerie médicale au Canada, ICIS, p. 2.

recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens¹⁸ ».

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

Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente¹⁹.

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

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

¹⁸ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Notes techniques : Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement, ICIS, p. 4.

¹⁹ Ibid., p. 4.

Définition :

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

« On définit l'examen comme une investigation technique effectuée à l'aide d'un appareil d'imagerie afin d'étudier une structure, un appareil ou une partie anatomique. L'examen donne une ou plusieurs coupes à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ainsi, un examen peut exiger plus d'un balayage). Cela exclut les examens de routine pratiqués sur plusieurs structures corporelles et, selon la pratique courante ou le protocole établi, comptés comme un seul examen²⁰. » Le nombre d'examens comprend « les examens réalisés à l'aide de tous les appareils, y compris ceux utilisés exclusivement aux fins de recherche (cette méthode correspond à la publication de données de 2009, mais diffère de la méthode employée dans le rapport de l'ICIS intitulé L'imagerie médicale au Canada 2007, dans lequel on exclut du nombre total d'examens ceux qui sont réalisés à l'aide d'appareils dont l'utilisation clinique est estimée à moins de 50 %). Ce changement est nécessaire parce que les appareils utilisés aux fins de recherche produisent des examens dans le contexte des essais cliniques. Les exclure occasionnerait par conséquent une sous-estimation du nombre total d'examens²¹ ».

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

Les examens n'ont pas été déclarés pour un certain nombre d'appareils situés dans des hôpitaux et des établissements autonomes au Québec. On a estimé le nombre d'examens effectués par ces appareils en fonction du nombre moyen d'examens par appareil dans les hôpitaux et les établissements autonomes au Québec qui ont produit des déclarations, ou en se basant sur les données recueillies par l'établissement au cours de l'année précédente²².

« 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

²⁰ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). L'imagerie médicale au Canada, ICIS, p. 2.

²¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Notes techniques : Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement, ICIS, p. 4.

²² Ibid., p. 4.

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 contraste²³. »

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

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

Source :

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

COÛT D'UN SÉJOUR STANDARD À L'HÔPITAL, EN \$ CAN

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

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.

Sources :

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

ICIS, Base de données canadienne SIG (BDCS).

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DE PATIENT HOSPITALISÉ DANS L'UNITÉ DE SOINS INFIRMIERS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

²³ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). L'imagerie médicale au Canada, ICIS, p. 19.

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 42,9 %

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).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 0,90 %

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 1,10 %

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1,79 %

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 70,5 %

Définition :

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

Sources :

Statistique Canada, ESCC, 2012
OCDE, Base de données sur la santé 2013.

PROPORTION DES FEMMES DE 20 À 69 ANS AYANT SUBI UN TEST DE PAPANICOLAOU (TEST PAP) AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 82 %

Définition :

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.

Le test de dépistage du cancer du col utérin (communément appelé test PAP, une abréviation de Papanicolaou) permet de détecter les lésions prémalignes du col de l'utérus avant que le cancer ne se développe.

Sources :

ESCC, 2012, Statistique Canada.

OCDE, Base de données sur la santé 2013.

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 90 %

Définition :

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

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

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

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

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

pondérées en utilisant la structure d'âge et de sexe ainsi que la proportion des personnes hospitalisées dans l'échantillon du Québec. Enfin, les données du Canada ont été pondérées afin que les répondants du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du reste du Canada représentent adéquatement la répartition de la population du Canada.

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES PRÉSENTANT LES PLUS GRANDS BESOINS DE SANTÉ QUI INDIQUENT QU'UN MÉDECIN DE FAMILLE COORDONNE TOUJOURS OU SOUVENT LEURS SOINS, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 76 %

Définition :

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

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

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 14 %

Définition :

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

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

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 64 %

Définition :

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

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

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 75 %

Définition :

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

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

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

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UN BON NIVEAU DE TRANSFERT D'INFORMATIONS DU SPÉCIALISTE AU MÉDECIN DE FAMILLE

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 90 %

Définition :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille.

La question posée est la suivante : « Au cours des deux dernières années, est-il arrivé après que vous ayez vu le spécialiste, que votre médecin attitré/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 deux dernières années et qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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, 139 p.

PROPORTION DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS QUI ONT EXPÉRIMENTÉ UN BON NIVEAU DE TRANSFERT D'INFORMATIONS DU MÉDECIN DE FAMILLE AU SPÉCIALISTE

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 90 %

Définition :

Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste.

La question posée est la suivante : « Au cours des deux dernières années, est-il arrivé que le spécialiste n'avait pas vos renseignements médicaux ou les résultats des examens de votre médecin attitré/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 deux dernières années et qui ont un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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, 139 p.

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, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 76 %

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.

La question posée est la suivante : « À quelle fréquence votre médecin attitré ou quelqu'un de son cabinet vous aide 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 eu besoin de coordination »

Cette question s'adresse aux personnes ayant un médecin de famille ou un lieu habituel pour les soins.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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, 139 p.

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, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 87 %

Définition :

Pourcentage 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.

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 ayant été hospitalisées au cours des deux dernières années.

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, dans 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 dix provinces et les trois 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, 139 p.

ATTEINTE DES BUTS

RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE (RNMH)

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100

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.

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC), EN %

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 8,7

Définition :

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les

30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC).

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, Base de données sur les congés des patients, 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE, EN %

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 4,9

Définition :

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour 100 admissions (y compris les admissions le jour même) concernant des patients ayant 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, Base de données sur les congés des patients, 2011-2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, 2011.

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UNE CHIRURGIE MAJEURE, POUR 100 CAS DE CHIRURGIE MAJEURE

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1,2

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.

Sources :

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

ICIS, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

NOMBRE DE PATIENTS AYANT EU DES HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 7,6

Définition :

Pourcentage des personnes ayant connu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée, ajusté selon les risques, par rapport à toutes celles

ayant 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 deux hospitalisations associées au même épisode soient attribuées à deux 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).

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

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

ICIS, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 4,3

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même année. Les mortinaissances ne sont pas prises en compte.

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

Sources :

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

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

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

Statistique Canada, Base de données sur les naissances.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

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

Il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. À titre d'exemple, certains décès de causes traitables sont inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou d'autres problèmes de santé, tandis que certains décès de causes pouvant être prévenues sont attribuables à des événements imprévisibles pour lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise.

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

Sources :

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

Statistique Canada, Statistique de l'état civil.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

TAUX NORMALISÉ DE MORTALITÉ LIÉE À DES CAUSES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

La mortalité évitable de causes pouvant être prévenues porte précisément sur les décès prématurés de causes qui auraient pu être évitées par des efforts de prévention primaire, comme des modifications apportées au mode de vie ou des interventions au sein de la population (par exemple, les campagnes de vaccination ou la prévention des blessures). L'indicateur oriente les mesures visant à réduire le nombre de cas initiaux, ou l'incidence, puisqu'on évite les décès en empêchant l'apparition de nouveaux cas.

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

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

Il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. À titre d'exemple, certains décès de causes traitables sont inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou d'autres problèmes de santé, tandis que certains décès de causes pouvant être prévenues sont attribuables à des événements imprévisibles pour lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise.

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

Sources :

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

Statistique Canada, Statistique de l'état civil.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 40,5

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 50,8

Définition :

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

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

La charge de morbidité mondiale imputable à la faible consommation de fruits et légumes se répartit entre les maladies cardiovasculaires pour près de 85 % et les cancers, pour 15 %. Le rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO publié récemment sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques fixe les objectifs en matière de nutriments pour la population et recommande une consommation d'un minimum de 400 g de fruits et légumes par jour pour la prévention des maladies chroniques, telles que les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité (OMS, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/fr/index.html>).

Source :

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

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE D'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 14,3

Définition :

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

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

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

Source :

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

TAUX DE TABAGISME, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 17,0

Définition :

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

Source :

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

TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 14,9

Définition :

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

Source :

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

TAUX D'ALLAITEMENT, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 97,1

Définition :

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

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

Source :

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

Sources :

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

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

TAUX D'HOSPITALISATIONS DANS UN HÔPITAL GÉNÉRAL À LA SUITE D'UNE BLESSURE AUTO-INFLIGÉE, NORMALISÉ SELON L'ÂGE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 32,6

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 (BDGP).

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

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

ICIS, Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 86,4

Définition :

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

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

L'Indice de l'état de santé (IES) – aussi appelé Health Utility Index Mark 3 (HUI3) –, élaboré à l'Université McMaster, mesure la santé fonctionnelle d'une personne selon huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'état émotif, la cognition et la douleur. Chaque attribut comporte plusieurs niveaux allant d'absence de déficience à déficience grave. Par exemple, les niveaux de mobilité vont de marcher sans difficulté à être incapable de marcher. Les niveaux intermédiaires de mobilité sont

de marcher avec difficulté, d'avoir besoin d'aide pour marcher et d'avoir besoin d'un fauteuil roulant. Un score global de 0,8 à 1,0 est associé à une bonne ou pleine santé fonctionnelle; les scores inférieurs à 0,8 témoignent d'une santé fonctionnelle passable ou mauvaise.

Source :

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

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Année : 2007-2009

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

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

Sources :

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

Statistique Canada, Base de données sur les naissances.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 63

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).

TAUX DE SATISFACTION GLOBALE DES MÉDECINS À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ, EN %

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 56,7

Définition :

Satisfaction globale relativement à la pratique de la médecine en fonction des caractéristiques des participants du Québec.

Le sondage a été réalisé par la poste auprès d'un échantillon aléatoire de médecins. Un peu plus de 8 500 médecins, dans 10 pays, ont participé à l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2014. Au Canada, un échantillon aléatoire de médecins a été recueilli à travers les dix provinces et les trois territoires. Un suréchantillonnage a été effectué pour les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et du Québec. Les entrevues ont été réalisées du 19 mars au 9 juillet 2012.

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, le sexe, l'âge et la province ont été utilisés afin de rendre l'échantillon comparable à celui du sondage national des médecins de 2010.

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 (2013). *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 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 142 p.

TAUX DE SATISFACTION GLOBALE DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 58,0

Définition :

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, dans 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 dix provinces et les trois 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).

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, 139 p.

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

Années : 2007-2009

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait vivre en principe une personne de 65 ans si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants au cours de sa vie.

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

L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

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

Sources :

Statistique Canada, Base de données sur les naissances.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

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

Années : 2005-2007

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) par les hommes de 0 à 74 ans, par rapport aux années potentielles de vie perdues par les femmes de 0 à 74 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans. Sont exclus les décès des non-résidents du Canada, les décès des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et les décès de personnes d'âge inconnu.

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

Sources :

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

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1.

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Base de données sur les congés des patients.

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

« Les dépenses du secteur public comprennent les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Le secteur public est subdivisé en quatre niveaux : le secteur des gouvernements provinciaux, le secteur fédéral direct, le secteur des gouvernements municipaux et les caisses de sécurité sociale²⁴. » Il est à noter que les données présentées sont basées sur des estimations.

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

Source :

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

²⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2013). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, p. 87.

PANORAMA SOCIO SANITAIRE DE LA POPULATION

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Années : 2007-2009

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Sources :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

Sources :

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

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

Source :

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

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS À LA SUITE D'UNE BLESSURE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Registre national des traumatismes (RNT).

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

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

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

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

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

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

Sources :

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

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

Années : 2005-2007

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

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

Sources :

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

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

Années : 2005-2007

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada et les mortinaissances. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

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

Sources :

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

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

Années : 2005-2007

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



ADAPTATION

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Dépenses publiques de santé pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, par habitant, ajustées selon le solde migratoire des hospitalisations.

Afin de tenir compte des dépenses publiques de santé investies dans les soins donnés aux patients, le calcul de l'indicateur prend en considération les dépenses des programmes-services, et non celles des programmes-soutien, tout en l'ajustant par rapport à la mobilité des hospitalisations selon le calcul suivant :

$$(((A*0,5)/B) + (A*0,5))$$

A = Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en \$ CAN

B = Solde migratoire des hospitalisations

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

Sources :

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

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

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

L'indice de besoins correspond au ratio régional de la consommation attendue ajustée selon les caractéristiques individuelles et régionales de la population à celle obtenue au prorata de la population non ajustée. À la base, la consommation attendue est évaluée pour les hospitalisations, la chirurgie d'un jour, l'urgence, les consultations externes spécialisées et les services diagnostiques courants qui font suite à une consultation médicale. La consommation totale est la somme de la consommation pour chacun de ces services en prenant soin de les relativiser en fonction de leur coût moyen. L'an dernier, les écarts régionaux entre la consommation observée et attendue pour les chirurgies étaient limités à 3 % maximum. Dorénavant, cet ajustement n'est plus apporté.

Par la suite, la répartition de la consommation attendue par région est modifiée pour prendre en considération les pressions supplémentaires sur le système de soins de santé de certaines régions, causées par l'absence de cabinets privés et par les caractéristiques régionales. Parce que l'écart est parfois très élevé, il est limité à 10 % et des analyses additionnelles sont requises pour déterminer les causes des écarts régionaux supérieurs à 10 %. L'an dernier, le calcul de l'indicateur de besoins reposait sur la moyenne des indicateurs de besoins des trois dernières années disponibles. Cette année, l'indicateur de besoins s'appuie essentiellement sur la dernière année disponible, en l'occurrence 2010-2011. (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2012-2013).

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Le coût par habitant mesure la disponibilité des ressources financières pour le secteur d'activité Santé mentale en fonction de la population pondérée du territoire au 1^{er} juillet de l'année à l'étude. Le calcul se fait en divisant les dépenses du secteur d'activité Santé mentale des établissements d'une région au 31 mars de l'année à l'étude par le nombre de personnes ciblées par ce même secteur habitant le territoire de l'établissement de santé au 1^{er} juillet de l'année à l'étude.

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

L'indice de besoins est formé de trois composantes :

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

L'indice de besoins pour les troubles graves a été mis à jour, ce qui a modifié l'indicateur et retiré la variable « Taux de personnes adultes schizophrènes ». En ce qui concerne les deux autres indicateurs, les paramètres n'ont pas changé. Cependant, le profil populationnel de la défavorisation utilisé est celui de 2006 (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2011-2012 et 2012-2013).

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

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

Sources :

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

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

COÛT AJUSTÉ PAR HABITANT DE 65 ANS ET PLUS DU PROGRAMME-SERVICE PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT, EN \$ CAN

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

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

L'indicateur de besoins PALV équivaut à la moyenne pondérée par le poids financier respectif de chacun des indicateurs de besoins pour les trois volets du programme (MSSS, Direction de l'allocation des ressources – Mode d'allocation des ressources 2012-2013).

Un programme-service désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services

sociaux, ou encore aux besoins d'un groupe de personnes ayant une problématique commune.

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

Sources :

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

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Système SBF-R.

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

NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de médecins omnipraticiens actifs, pour 1 000 habitants.

Il s'agit des médecins omnipraticiens exerçant au Québec et qui ont présenté au moins une demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les omnipraticiens

sont des médecins inscrits au tableau du Collège des médecins du Québec qui ont terminé leur formation de base et obtenu leur permis d'exercice après deux années de résidence en médecine familiale. Les médecins sont comptabilisés indépendamment de leur mode de rémunération (à l'acte, sur honoraires forfaitaires, à salaire ou sur honoraires fixes, à la vacation ou autres).

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

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

Sources :

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

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

NOMBRE DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN GMF, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de médecins de famille qui pratiquent en groupe de médecine de famille (GMF).

Les médecins qui exercent en cabinet ou en CLSC sont ceux qui sont susceptibles de faire partie d'un GMF.

Dans le cadre des actions prioritaires pour la consolidation des services de première ligne (volet médical), l'un des objectifs est d'augmenter, d'ici 2015, le nombre de médecins de famille facturant en première ligne (CLSC et cabinets) qui pratiquent dans des GMF.

Les résultats et le rythme de progression de cet indicateur sont difficilement prévisibles, car ce dernier est déterminé par des facteurs contextuels qui ne sont pas prédictibles. L'augmentation de la proportion des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF est tributaire de l'accréditation ou de la reconnaissance de nouveaux groupes, elles-mêmes dépendantes de l'émergence de projets sur le terrain. En effet, les médecins de famille sont libres de choisir cette organisation fonctionnelle ou non comme mode de pratique.

Un dernier élément contextuel permettant d'éclairer l'interprétation de cet indicateur et les concepts qui en découlent réside dans la relation (non linéaire) entre cet indicateur et les objectifs poursuivis par les GMF (ou équivalents) :

- Assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF;
- Permettre à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille;
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne;
- Développer une plus grande complémentarité des services avec le centre de santé et de services sociaux;
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

L'une des façons d'atteindre ces objectifs consiste à mesurer la proportion des médecins qui choisissent de pratiquer en GMF (ou équivalents).

Source :

MSSS (2013-2014), Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée (DOSPLI).

NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de médecins spécialistes actifs, pour 1 000 habitants.

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

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

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

Le taux a été ajusté par rapport à la mobilité des hospitalisations selon le calcul suivant :
 A/B

où

A = Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants

B = Solde migratoire des hospitalisations

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

NOMBRE DE MÉDECINS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

Le taux a été ajusté par rapport à la mobilité des hospitalisations selon le calcul suivant :
 A/B

où

A = Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants

B = Solde migratoire des hospitalisations

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

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

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

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

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

Le taux a été ajusté par rapport à la mobilité des hospitalisations selon le calcul suivant :
 A/B

où

A = Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants

B = Solde migratoire des hospitalisations

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

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

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

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

NOMBRE DE PHARMACIENS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de pharmaciens, pour 1 000 habitants.

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

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

Source :

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

NOMBRE DE LITS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

Le taux a été ajusté par rapport à la mobilité des hospitalisations selon le calcul suivant :

A/B

où

A = Nombre de lits en soins physiques de courte durée, pour 1 000 habitants

B = Solde migratoire des hospitalisations

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

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

Institut de la statistique du Québec (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*.

NOMBRE DE LITS EN SOINS PALLIATIFS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de lits consacrés aux soins palliatifs pour 1 000 habitants.

Les soins palliatifs de fin de vie s'adressent aux clientèles atteintes de cancer ou de maladies chroniques ainsi qu'aux personnes âgées. Il s'agit d'interventions faites à des usagers en phase préterminale ou terminale en raison d'une maladie à issue fatale, en raison de leur âge, ou encore en raison de leur trajectoire de services. L'étape préterminale correspond le plus souvent à une période où la maladie évolue lentement, alors que la plupart des traitements curatifs ont déjà été abandonnés. La phase terminale est associée à une condition clinique instable qui provoque une perte accélérée d'autonomie. Si l'on évite toute application rigide de critères basés sur le pronostic de survie, ces phases pourraient généralement s'étendre aux six derniers mois de la vie des usagers.

Source :

Commission de la santé et des services sociaux – ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015. Réponse aux questions particulières, deuxième groupe d'opposition. Volume 2.*

TAUX DE LITS EN SOINS PSYCHIATRIQUES, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de lits dressés pour des soins psychiatriques pour 1 000 habitants.

Sont inclus dans les soins psychiatriques les unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie (6010), en psychiatrie pour adultes (6020) et en gériopsychiatrie (6030) ainsi que la psychiatrie légale (6100).

Les lits dressés représentent les lits réellement à la disposition des usagers (qu'ils aient été occupés ou non au 31 mars).

Source :

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

DÉPENSES ADMINISTRATIVES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 3,6 %

Définition :

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

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

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

Source :

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

TAUX D'ENCADREMENT

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) d'effectifs non cadres par rapport au nombre d'équivalents temps complet (ETC) du personnel d'encadrement au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Le nombre d'ETC se définit comme le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés ainsi que le nombre d'heures du poste pour une année (nombre d'heures par semaine multiplié par 52,18). Les heures supplémentaires sont exclues du calcul de l'ETC.

Source :

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

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

Années : 2011-2012 à 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Pourcentage d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, au 31 mars 2013. Écart relatif entre la projection de l'effectif disponible et la projection de l'effectif requis.

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

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

Source :

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

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

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

PROPORTION D'INHALOTHÉRAPEUTES REQUIS PAR RAPPORT AUX EFFECTIFS EN EMPLOI, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage d'inhalothérapeutes requis par rapport aux effectifs en emploi, au 31 mars 2013. Écart relatif entre la projection de l'effectif disponible et la projection de l'effectif requis.

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

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

Source :

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

POURCENTAGE D'ATTEINTE DES PREM EN MÉDECINE DE FAMILLE, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100 %

Définition :

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

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

Source :

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

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

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100 %

Définition :

Nombre de postes occupés en médecine spécialisée, par rapport au nombre de postes autorisés en médecine spécialisée au 8 octobre.

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

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

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOMBRE D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées pour 100 000 habitants.

Les infirmières praticiennes spécialisées sont des infirmières qui possèdent une expérience clinique dans un domaine spécifique et qui ont reçu une formation avancée de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé a permis d'actualiser le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée. En plus des 14 activités réservées à la profession d'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée peut exercer 5 activités médicales, en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les

infirmières et les infirmiers, et ce, à certaines conditions. Ces activités jusqu'alors réservées aux médecins sont les suivantes :

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

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

Source :

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, rapports statistiques sur l'effectif infirmier.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS PAPIER SEULEMENT POUR PRENDRE EN NOTE DE L'INFORMATION SUR LEURS PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 13,2 %

Définition :

Proportion des médecins qui utilisent seulement des dossiers papier pour prendre en note de l'information sur leurs patients. Les données incluent les médecins de famille et les médecins spécialistes.

La question posée est la suivante : « Lorsque vous prenez en note de l'information sur vos patients, utilisez-vous...? »

- Des dossiers papier seulement
- Une combinaison de dossiers papier et électroniques pour entrer et récupérer les données cliniques sur les patients
- Des dossiers électroniques seulement pour entrer et récupérer les données cliniques sur les patients »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT UN DOSSIER ÉLECTRONIQUE POUR ENTRER ET RÉCUPÉRER LES DONNÉES CLINIQUES DES PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 82,8 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour entrer et récupérer les données cliniques dans des dossiers dans le cadre des soins donnés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES D'AVERTISSEMENT POUR LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 65,4 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes,

qui ont utilisé des outils électroniques pour signaler des interactions médicamenteuses dans les soins donnés aux patients à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES POUR DES RÉFÉRENCES À D'AUTRES MÉDECINS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 56,9 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour des références à d'autres médecins dans le cadre des soins donnés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé

- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES OUTILS ÉLECTRONIQUES POUR LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE OU DIAGNOSTIQUES, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 94,0 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour les résultats de laboratoire et d'imagerie diagnostique à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

PROPORTION DES MÉDECINS UTILISANT DES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES POUR LE RAPPEL DES SOINS RECOMMANDÉS AUX PATIENTS, EN %

Année : 2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 52,6 %

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, qui ont utilisé des outils électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, à partir d'un ordinateur de bureau ou d'un portable.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer, parmi les outils électroniques suivants, lesquels vous utilisez dans le cadre des soins que vous dispensez à vos patients. [Sur un ordinateur de bureau ou un portable] [Sur une tablette]

- Dossiers pour entrer et récupérer les données cliniques
- Rappels pour soins recommandés au patient
- Commande de tests de laboratoire
- Commande de tests diagnostiques
- Réception de visites à l'hôpital et d'information sur le congé
- Outils d'aide à la décision clinique
- Liste de tous les médicaments pris par un patient
- Avertissement pour interaction médicamenteuse
- Interface vers les pharmacies/pharmaciens
- Résultats de tests de laboratoire/diagnostiques
- Référence à d'autres médecins
- Transfert sécurisé d'information sur un patient
- Accès aux systèmes provinciaux/territoriaux d'information sur le patient
- Interface vers des professionnels de la santé non médecins »

Source :

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins 2014.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

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

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

PROPORTION D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS DE COURTE DURÉE POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE, EN % DES JOURS D'OCCUPATION

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 3 %

Définition :

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

Cet indicateur reflète l'utilisation des ressources destinées aux soins aigus pour un usage pour lequel il n'est pas destiné. L'utilisation des lits de soins de courte durée

(soins aigus) pour des soins d'hébergement illustre un manque de ressources en hébergement et entraîne des problèmes de congestion des lits dans les unités de soins de courte durée. Cette situation engendre à son tour un débordement aux urgences.

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

Seuls les CHSGS sont retenus, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée. Le taux est ajusté selon l'âge et se base sur les années financières (1^{er} avril au 31 mars).

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

Sources :

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

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

NOMBRE TOTAL DE GMF IMPLANTÉS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Somme des GMF (groupes de médecine de famille) qui ont fait l'objet d'une

accréditation par le ministre de la Santé et des Services sociaux et qui sont toujours en fonction.

Un GMF implanté a été accrédité par le ministre et sa convention est toujours en vigueur.

La cible chiffrée prévue au Plan stratégique 2010-2015 du ministère est de 300 GMF implantés d'ici 2014-2015.

Les objectifs poursuivis par les GMF (ou équivalents) sont les suivants :

- Assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF;
- Permettre à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille;
- Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne.
- Développer une plus grande complémentarité des services avec le centre de santé et de services sociaux;
- Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Source :

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée (DOSPLI).

PROPORTION DE LA POPULATION INSCRITE AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE, EN %, AU 31 MARS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 70 %

Définition :

Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille au 31 mars, par rapport à l'ensemble de la population.

Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille comprend la clientèle générale et la clientèle vulnérable.

Un médecin de première ligne est défini par sa pratique en cabinet, en CLSC, en clinique réseau ou en UMF. Le médecin de première ligne est présenté une seule fois dans la région dont les revenus en première ligne sont les plus élevés. De plus, son revenu en première ligne doit être de 5000\$ ou plus. Un médecin qui pratique dans plus d'un GMF ou dans deux régions différentes est comptabilisé une seule fois. Le médecin est présenté dans la région dont son revenu en GMF est le plus élevé.

L'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille est au centre des préoccupations reliés aux services de première ligne au Québec depuis

plusieurs années déjà. L'orientation 2.1 du Rapport annuel de gestion du Ministère de la Santé et des Services sociaux énonce d'ailleurs son objectif 2.1.1 ainsi : « Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès D'un médecin de famille » (MSSS, Rapport annuel de gestion 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 18).

Sources :

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Statistiques annuelles.
MSSS (2010). La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026.

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95 %

Définition :

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

Pour les années 2003 et 2005, la question était la suivante : « Avez-vous un médecin de famille régulier? » Par « médecin de famille régulier », on désignait un médecin de famille ou un omnipraticien consulté pour la plupart des soins de routine d'un individu (par exemple, examen annuel, analyses de sang, vaccins contre la grippe et autres). Les données excluent la non-réponse (« ne sait pas », « non déclaré » et « refus »). La définition s'est élargie en 2007 pour inclure tous les types de généralistes. Les taux sont normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du recensement de la population du Canada de 2006.

Source :

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

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

Année : 2011

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

Les examens de tomodensitométrie incluent ceux réalisés dans le système de santé public québécois, mais excluent ceux réalisés à l'extérieur du Québec et dans le secteur

privé. Le calcul est établi en fonction de la région de résidence des bénéficiaires et non pas du lieu de production.

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.

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

Année : 2011

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

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

Sources :

Eco-Santé Québec.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Année : 2012

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

Le calcul de la consommation se fait en cumulant les coûts ajustés de l'ensemble des services reçus par la population résidant sur un territoire donné. Ces coûts sont ensuite

divisés par le revenu moyen des médecins actifs (après ajustement des tarifs) afin de chiffrer à combien de médecins ETC correspond cette consommation.

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

Source :

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

INDICE DE CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Année : 2012

Sens de la variation : Parabolique

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

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

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

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

Sources :

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

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

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie de la hanche. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention à la hanche gauche et à la hanche droite dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations, sera compté deux fois. Le taux est basé sur les estimations

démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

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

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

Ce taux exclut les interventions annulées, antérieures, hors de l'hôpital et abandonnées en cours d'intervention. Il se fonde sur le nombre total de sorties de l'hôpital à la suite d'une arthroplastie du genou. Par conséquent, un patient qui a subi une intervention au genou gauche et au genou droit dans la même année, mais au cours de deux hospitalisations, sera compté deux fois. Le taux est basé sur les estimations démographiques au 1^{er} octobre 2010, mais le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012).

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

Sources :

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

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDCP).

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

TAUX D'UTILISATION DES SERVICES EN CLSC, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de personnes qui utilisent les services offerts en CLSC, pour 1 000 habitants.

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

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

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

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

Source :

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

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

Années : 2009-2010 à 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 0,89 %

Définition :

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

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

Source :

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

TAUX PONDÉRÉ DE RÉTENTION DES HOSPITALISATIONS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

MSSS, INFO-BASSINS.

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

TAUX PONDÉRÉ DE DESSERTE EXTRARÉGIONALE DES HOSPITALISATIONS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Indéterminé

Définition :

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

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

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

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

Sources :

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

MSSS, INFO-BASSINS.

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

SOLDE MIGRATOIRE DES HOSPITALISATIONS

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 100 %

Définition :

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

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

Sources :

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

MSSS, INFO-BASSINS.

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

PRODUCTION

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

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 80,0

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 80,0

Définition :

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 80,0

Définition :

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

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

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

Source :

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

PROPORTION DES PATIENTS OPÉRÉS À L'INTÉRIEUR DE TROIS MOIS POUR UNE CHIRURGIE D'UN JOUR, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, par rapport au nombre de chirurgies réalisées. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie élective.

À noter que depuis 2012-2013, la chirurgie bariatrique qui était jusqu'alors dans les données de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation a été isolée pour produire un autre indicateur. Cet indicateur n'a pas été retenu en raison du faible nombre de patients.

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

Source :

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

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

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, par rapport au nombre de chirurgies réalisées. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Depuis le 1^{er} juillet 2007, tous les établissements du Québec suivent une démarche standardisée pour inscrire, sur une liste, les patients en attente d'une chirurgie électorive.

À noter que depuis 2012-2013, la chirurgie bariatrique qui était jusqu'alors dans les données de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation a été isolée pour produire un autre indicateur. Cet indicateur n'a pas été retenu en raison du faible nombre de patients.

Sont exclues les chirurgies cardiaques (pontage et valve).

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

Source :

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

PROPORTION DES PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR À 28 JOURS, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours depuis le 1^{er} avril, par rapport au nombre de patients traités par chirurgie oncologique depuis le 1^{er} avril. Le nombre de patients est calculé selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

Cet indicateur permet de calculer le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, pour un cancer suspecté ou confirmé. Ce délai est calculé à partir de la date à laquelle un diagnostic de cancer est posé et la décision d'opérer est prise (date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien) jusqu'à la date de la réalisation de la chirurgie.

Les patients dont le traitement chirurgical est conditionnel à une amélioration de leur santé, aux résultats d'un autre traitement ou d'une autre investigation diagnostique ne sont pas pris en compte. La non-disponibilité du patient (pour des raisons médicales ou personnelles) ou son refus de recevoir le traitement ne sont pas non plus pris en compte.

Les patients considérés sont ceux qui sont inscrits au mécanisme central d'accès à la chirurgie pour une chirurgie oncologique.

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

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES ÉVALUÉES EN DÉPENDANCE DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION DANS UN DÉLAI DE 15 JOURS OUVRABLES OU MOINS, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 80,0 %

Définition :

Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. Le délai de 15 jours ouvrables ou moins correspond à 22 jours de calendrier.

Il s'agit de la somme du nombre d'utilisateurs différents qui ont été évalués dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, divisée par la somme du nombre d'utilisateurs différents qui ont eu une évaluation spécialisée dans la période de référence.

L'indicateur vise à évaluer un taux de respect du délai d'accès à une évaluation spécialisée dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) du Québec selon les cibles déterminées.

La littérature scientifique indique que le délai d'attente pour obtenir un premier service est crucial chez l'utilisateur pour poursuivre ses démarches avec le CRPAT choisi. Après 15 jours d'attente pour l'évaluation spécialisée, plusieurs ont rencontré un médecin, pris un médicament, éprouvé des problèmes chroniques ou été hospitalisés pour des problèmes de santé physique. Par conséquent, les services d'évaluation spécialisée doivent être offerts dans un délai ne dépassant pas 15 jours ouvrables afin d'assurer aux usagers des services spécialisés adaptés.

Source :

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

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE POUR UNE ÉVALUATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

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

MSSS, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE POUR L'APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, EN JOURS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

Sources :

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

MSSS, Rapports statistiques annuels des centres jeunesse (AS-480).

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 95

Définition :

Satisfaction des utilisateurs concernant la disponibilité et l'accès des services sur le plan de la géographie, des installations physiques (accessibles par le transport en commun), des heures d'ouverture (semaine, fin de semaine, soir), de la langue et de la culture.

Le degré de satisfaction des utilisateurs à l'égard de l'accessibilité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les utilisateurs sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA RAPIDITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité pour recevoir des services, par rapport au délai pour obtenir une réponse à une demande de service, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

La demande de service, ou le service lui-même, englobe la demande de rendez-vous avec un professionnel, le délai d'attente lorsque l'utilisateur n'a pas de rendez-vous, l'obtention des résultats des examens ou d'évaluation et l'obtention des services diagnostiques (prise de sang, scanner et radiographie).

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN HEURES

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 12

Définition :

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

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

Source :

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

PROPORTION DES SÉJOURS DE 24 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 15

Définition :

Pourcentage de la clientèle couchée sur des civières, au cours d'une période, dont le séjour à l'urgence est de 24 heures et plus. Il s'agit de la somme du nombre de séjours de 24 heures et plus des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence, divisée par la somme du nombre de séjours des personnes qui ont occupé une civière à l'urgence. Ce résultat est ensuite multiplié par 100.

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

Source :

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

TAUX D'INCIDENCE DES DACD NOSOCOMIALES, POUR 10 000 JOURS-PRÉSENCE

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Taux d'incidence des diarrhées associée au *Clostridium difficile* (DACD) nosocomiales, pour 10 000 jours-présence.

Un nouveau cas de DACD répond à l'un des trois critères suivants : 1) présence de diarrhée (au moins trois selles liquides ou semi-liquides qui épousent la forme d'un contenant à l'intérieur de 24 heures et une diarrhée qui dure plus de 24 heures sans autre cause évidente) ou de mégacôlon toxique et confirmation de la présence de toxine de *Clostridium difficile* (A ou B) par le laboratoire; 2) diagnostic de pseudomembranes lors d'une sigmoïdoscopie, d'une coloscopie ou d'une tomodensitométrie (scan); 3) diagnostic histopathologique de colite à *Clostridium difficile* (avec ou sans diarrhée). Sont exclus les bénéficiaires ayant un diagnostic de présence de toxine de *Clostridium difficile* lors des récives, définies comme la

réapparition des symptômes moins de huit semaines après le diagnostic initial (INSPQ, 2009).

Une infection est nosocomiale si elle est contractée à la suite de la prestation de soins dans un établissement de santé (MSSS, 2006). Un cas de DACD est d'origine nosocomiale si les symptômes du bénéficiaire ont débuté 72 heures après l'admission ou l'enregistrement à l'urgence, quelle que soit la durée de l'hospitalisation, ou au cours des quatre semaines suivant son congé de l'installation déclarante, qu'il y ait ou non été hospitalisé à nouveau pendant cette période (INSPQ, 2009).

Une infection à *Clostridium difficile*, aussi désignée *C. difficile*, est causée par une bactérie qui se développe dans l'intestin, souvent à la suite d'un traitement aux antibiotiques. Sont plus souvent victimes les personnes âgées ayant déjà des problèmes de santé et étant hospitalisées pour une longue durée. Les complications comprennent une inflammation grave de l'intestin ou une déshydratation menant dans certains cas au décès (MSSS, 2006).

Du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, 95 installations de santé ont participé à la surveillance des diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), pour un cumul de 5 121 300 jours-présence.

On divise le nombre de cas observés de DACD par le nombre total de jours-présence pour le traceur à l'étude, multiplié par 10 000.

Source :

Institut national de santé publique du Québec, Comité de surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN).

TAUX AJUSTÉ SELON LES RISQUES DE SEPSIE DIAGNOSTIQUÉE APRÈS L'ADMISSION, POUR 1 000 SORTIES

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission.

On obtient le taux de sepsies à l'hôpital ajusté selon les risques en divisant le nombre observé de cas dont l'enregistrement de sortie comporte un diagnostic de sepsie à l'hôpital pour un hôpital donné par le nombre prévu de cas dans cet hôpital, puis en multipliant le quotient par le taux moyen de sepsies à l'hôpital au Canada. Les résultats sont calculés à l'aide de deux modèles de régression logistique, l'un pour les enfants (moins de 18 ans) et l'autre pour les adultes (18 ans et plus).

L'indicateur est exprimé comme le nombre de sorties de l'hôpital associées à un événement de sepsie à l'hôpital par 1 000 sorties.

La sepsie est un syndrome clinique qui se manifeste sous forme de complication d'une infection. Elle correspond à une réponse inflammatoire systémique causée par une infection. La sepsie constitue l'une des principales causes de mortalité et est associée à une utilisation accrue des ressources hospitalières ainsi qu'à des séjours prolongés aux unités de soins intensifs. Des mesures préventives et thérapeutiques appropriées pendant l'hospitalisation peuvent réduire le taux d'infections ou d'évolution de l'infection en sepsie.

Sources :

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

ICIS, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS LIÉES À DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES, PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL D'HOSPITALISATIONS, POUR LES MOINS DE 75 ANS, EN %

Année : 2012

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Proportion des hospitalisations en soins de courte durée liées à des conditions où des soins ambulatoires appropriés peuvent éviter ou réduire la nécessité d'une admission pour les moins de 75 ans, en %.

L'unité de mesure de cet indicateur est la sortie. L'indicateur est exprimé par le nombre de sorties d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires divisé par le nombre de sorties d'hospitalisations en soins de courte durée, multiplié par 100, selon la situation géographique de l'hôpital.

Numérateur :

Cas inclus dans le dénominateur où une condition propice aux soins ambulatoires était codée en diagnostic principal.

Dénominateur :

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dont la sortie s'est effectuée du 1^{er} avril au 31 mars de l'exercice parmi les patients âgés de moins de 75 ans au moment de l'admission.

Exclusions : personne décédée avant d'obtenir son congé, nouveau-né, mortinaissance, cas obstétricaux et de santé mentale, personne non canadienne.

Source :

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

TAUX DE CÉSARIENNES À FAIBLE RISQUE, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée entre 5 et 15 %.

Définition :

Pourcentage des femmes accouchant 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. 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.

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).

TAUX D'ACCOUCHEMENTS VAGINAUX APRÈS UNE CÉSARIENNE, EN %

Année : 2010-2011

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 31,3

Définition :

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

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de l'Outaouais et du Bas-Saint-Laurent est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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

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

Une variété de facteurs, comme une mauvaise planification des congés et un manque de soins de suivi opportuns, peuvent influencer sur les taux de réadmissions à l'hôpital. Le suivi des réadmissions imprévues ou qui pourraient être évitées, dans les 30 jours suivant

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais et de Laval est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de Chaudière-Appalaches, du Bas-St-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de Lanaudière, de l'Outaouais, de l'Estrie et de l'Abitibi-Témiscamingue est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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

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

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

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

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

Source :

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

TAUX DE RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS SUIVANT DES SOINS AUX PATIENTS ÂGÉS DE 19 ANS OU MOINS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie, des Laurentides, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Chaudière-Appalaches est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

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

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

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

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Taux de réadmissions, ajusté selon les risques, à la suite d'un congé de l'hôpital en raison d'une maladie mentale.

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.

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

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

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA FIABILITÉ DES SERVICES

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services. La fiabilité réfère à une aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation des pratiques diagnostiques et thématiques sécuritaires et au moindre risque, en assurant le meilleur résultat en matière de santé et de bien-être, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

TAUX D'UTILISATION DES SALLES D'OPÉRATION, EN % DES HEURES POTENTIELLES

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme fixée à 75 % des 2 808 heures potentielles d'utilisation des salles d'opération par année.

Définition :

Nombre d'heures d'utilisation des salles d'opération, par rapport au nombre d'heures potentielles de leur utilisation.

Pour calculer les heures potentielles d'utilisation des salles d'opération, la norme retenue est la suivante : 10 heures par jour pendant 5 jours en semaine = 50 heures. À cela s'ajoutent 4 heures pour le samedi, ce qui totalise 54 heures d'utilisation des blocs opératoires par semaine. Pour obtenir le total d'heures potentielles d'utilisation par année, il faut multiplier le nombre d'heures obtenues par semaine (54 heures) par le nombre de semaines dans une année (52 semaines), ce qui totalise 2 808 heures.

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

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Base de données sur les salles d'opération.

MSSS, Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (AS-478).

PROPORTION DES USAGERS HOSPITALISÉS QUI AURAIENT PU ÊTRE TRAITÉS EN CHIRURGIE D'UN JOUR, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

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

accouchement), ainsi que tous les bébés de 28 jours et moins (le code d'âge doit être inférieur à 300).

- > Le traitement opératoire fait partie d'une liste de traitements admissibles pour cet indicateur. Cette liste est constituée à partir des traitements pour lesquels plus de 40 % des cas retenus sont traités en chirurgie d'un jour.

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

Source :

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

COÛT PAR VISITE À L'URGENCE AJUSTÉ PAR LE NIRRU, EN \$ CAN

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Cet indicateur mesure le coût d'un séjour à l'urgence, en \$ CAN, pondéré selon la lourdeur des cas.

Le numérateur est calculé à partir du Rapport financier des établissements et permet de compiler le coût brut par visite à l'urgence des établissements ayant un service des urgences.

Le dénominateur correspond au NIRRU moyen des visites à l'urgence pour chacun des établissements retenus (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Rapport méthodologique; évaluation de la performance des établissements membres de l'AQESSS, novembre 2012, p. 199-200). Le NIRRU signifie le niveau d'intensité relative des ressources utilisées.

Pour obtenir un coût régional, il faut faire le cumul des établissements de la région et pondérer selon la proportion du nombre de visites à l'urgence sur le total de visites dans la région.

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

Sources :

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

Fichier du MSSS « Performance des établissements en santé physique – Résultats des modèles d'efficience », onglet « Urgence », NIRRU de l'onglet « Urgence ». Fichier disponible sur le site Internet de l'Espace informationnel du MSSS.

COÛT D'UN SÉJOUR STANDARD À L'HÔPITAL, EN \$ CAN

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultat retenu pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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.

Sources :

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

ICIS, Base de données canadienne SIG (BDCS).

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SOINS AIGUS (AJUSTÉE POUR LE NIRRU ET L'ÂGE), EN JOURS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

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

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) associé aux patients hospitalisés en CHSGS et la structure par âge de la population.

Les séjours sont calculés selon la région de traitement et non selon la région de résidence.

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

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

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données classées en ordre croissant en deux parties comportant le même nombre d'éléments.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

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

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte la structure par âge de la population.

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

Sources :

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

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

DURÉE MÉDIANE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS POUR INFARCTUS DU MYOCARDE, EN JOURS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Médiane de la durée de séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des patients âgés de 15 à 84 ans à l'admission et hospitalisés pour un infarctus du myocarde (CIM 10 : I21. ^, I22. ^).

La médiane est la valeur partageant l'ensemble des données classées en ordre croissant en deux parties comportant le même nombre d'éléments.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM-10 : B24, Z21, R75);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de traumatisme violent (CIM-10 : V01-V99, W00, W02. ^, W09, W11-W17, W20-W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W77, W81-W99, X00-X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7, Y36. ^);
- > Patients résidants hors du Québec;
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

Les séjours sont ajustés afin de prendre en compte la structure par âge de la population.

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

Sources :

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

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

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR CAS PONDÉRÉ DE PATIENT HOSPITALISÉ DANS L'UNITÉ DE SOINS INFIRMIERS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 42,9

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).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 0,91

Définition :

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

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

Le dénominateur inclut le nombre total de cas pondérés de soins de courte durée, à l'exception de la chirurgie d'un jour. Idéalement, cet indicateur portera uniquement sur

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

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

Source :

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

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 1,10

Définition :

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

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

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

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Projet de production de rapport sur les hôpitaux canadiens (PPRHC).

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 1,79

Définition :

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

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

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

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

Source :

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

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

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 70,5

Définition :

Proportion de la population de 65 ans et plus déclarant avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois, d'après les réponses aux questions suivantes : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe? À quand remonte la dernière fois? »

Source :

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

PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS VACCINÉES CONTRE LE PNEUMOCOQUE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque au cours de leur vie parmi la population de 65 ans et plus.

L'information est obtenue à partir d'une question posée par téléphone : « Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la pneumonie? »

Le pneumocoque est une bactérie courante présente dans les voies respiratoires et pouvant causer plusieurs types de maladies graves comme la bactériémie (infection du sang), la méningite (infection de l'enveloppe du cerveau) et la pneumonie. Ces complications peuvent être mortelles, surtout chez les aînés. Les personnes ayant développé une méningite risquent de souffrir de surdité ou d'autres problèmes neurologiques (MSSS, 2009).

Étant donné la population ciblée par la question (65 ans et plus), l'indicateur mesure uniquement le niveau de couverture du vaccin polysaccharidique, l'un des deux types de vaccins contre le pneumocoque offerts gratuitement au Québec. Le vaccin polysaccharidique est administré, depuis 1999, aux personnes de 2 ans et plus présentant une condition médicale particulière ainsi que, depuis 2000, à toutes les personnes de 65 ans et plus. Le second vaccin, le vaccin conjugué, est administré à tous les enfants âgés de 2 à 59 mois depuis 2004. Le vaccin contre le pneumocoque n'est habituellement donné qu'une seule fois dans la vie. L'objectif du Programme national de santé publique est la vaccination de 80 % des personnes ciblées par la vaccination contre le pneumocoque, notamment celles âgées de 65 ans et plus (MSSS, 2009).

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

PROPORTION D'ÉLÈVES AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE LE VIRUS DE L'HÉPATITE B EN 4^E ANNÉE DU PRIMAIRE, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre d'élèves en 4^e année du primaire ayant reçu toutes les doses prévues du vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) parmi les élèves en 4^e année du primaire du cheminement régulier inscrits à l'école au moment de l'administration de la dernière dose.

L'hépatite est une maladie du foie qui peut être causée par un virus, comme le VHA ou le VHB. L'atteinte grave du foie est une complication commune à ces deux virus et mène parfois au décès. Les personnes atteintes de l'hépatite B sont en outre plus susceptibles de développer une cirrhose ou un cancer du foie (MSSS, 2009).

Depuis 2008-2009, le programme de vaccination gratuite contre le VHB prévoit l'administration en deux doses d'un vaccin bivalent contre les hépatites A et B aux élèves qui arrivent en 4^e année du primaire des secteurs publics et privés. Jusqu'à l'année scolaire 2007-2008, seul le vaccin contre le VHB était administré gratuitement aux élèves en 4^e année, mais en trois doses échelonnées sur une année scolaire (MSSS, 2008).

Le Programme national de santé publique vise la vaccination de 90 % des jeunes en 4^e année du primaire (MSSS, 2008).

Les informations sont recueillies, lors de la vaccination par les centres de santé et de services sociaux, au moyen d'un formulaire uniforme de collecte de données. Le dénominateur, fourni par les autorités scolaires, inclut les nouveaux élèves et exclut ceux ayant quitté l'école au cours de l'année scolaire au moment de la dernière dose. Il est à noter que les élèves du cheminement particulier ou autres âgés de 9 ans au 30 septembre sont également visés par ces programmes de vaccination.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année scolaire, de septembre à juin de l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

PROPORTION DES FILLES AYANT REÇU LE VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN EN 4^E ANNÉE DU PRIMAIRE, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre de filles en 4^e année du primaire ayant reçu toutes les doses prévues du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) parmi les filles en 4^e année du primaire du cheminement régulier inscrites à l'école au moment de l'administration de la dernière dose.

Le programme de vaccination contre le VPH chez les filles en 4^e année du primaire prévoit l'administration d'un total de trois doses échelonnées en deux étapes, soit deux doses pendant l'année scolaire et la troisième lorsqu'elles arrivent en 3^e année du secondaire. Les experts québécois jugent que le calendrier allongé proposé en 4^e année du primaire offre une protection comparable à celle du calendrier sur six mois, tout en ayant l'avantage d'assurer une protection optimale au moment de l'administration de la troisième dose en 3^e année du secondaire, soit vers l'âge des premières relations sexuelles. Depuis l'automne 2008, les filles qui arrivent en 4^e année du primaire des secteurs publics et privés reçoivent gratuitement le vaccin contre le VPH (MSSS, 2009).

Dans le Programme national de santé publique, on vise la vaccination de 90 % des filles en 4^e année du primaire. Le vaccin utilisé permet de combattre quatre types de virus du papillome humain (VPH), soit les types 6, 11, 16 et 18. Il existe plus d'une centaine de types de VPH, dont plusieurs sont responsables d'infections anogénitales. Certains peuvent causer des lésions précancéreuses, qui mènent parfois au cancer du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, dont les plus fréquents en Amérique du Nord sont les types 16 et 18. D'autres types de VPH, en particulier les types 6 et 11, apparaissent sous forme de verrues génitales incommodes, aussi appelées condylomes (MSSS, 2009).

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année scolaire, de septembre à juin de l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

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

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

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

La mammographie est un test de dépistage du cancer du sein. Les données sur la mammographie proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elles comprennent l'ensemble des mammographies bilatérales passées chez les résidentes assurées du Québec, que ce soit dans les centres désignés dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou dans les autres centres du secteur public (MSSS, 2009).

Une mammographie bilatérale est une mammographie passée aux deux seins. Si une femme passe plusieurs mammographies bilatérales au cours d'une période de deux ans, seul le dernier événement est pris en compte selon l'âge qu'elle avait au 1^{er} juillet de l'année de l'acte. Quand les deux types de mammographies bilatérales sont différents, la mammographie de dépistage est privilégiée au détriment de celle de diagnostic.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Portrait de santé.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Fichier des services rémunérés à l'acte.

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

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

NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS PAR USAGER EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.

La mise en œuvre de la Politique en soins palliatifs de fin de vie – la priorité ministérielle accordée aux clientèles atteintes de cancer ou de maladies chroniques ainsi qu'aux personnes âgées –, les pratiques et les normes évolutives en soins palliatifs, de même que l'amélioration continue des services, ont inévitablement comme impact une augmentation des interventions, notamment celles dispensées à domicile.

Il s'agit d'interventions faites à des usagers en phase préterminale ou terminale en raison d'une maladie à issue fatale, en raison de leur âge, ou encore en raison de leur trajectoire de services. L'étape préterminale correspond le plus souvent à une période où la maladie évolue lentement, alors que la plupart des traitements curatifs ont déjà été abandonnés. La phase terminale est associée à une condition clinique instable qui provoque une perte accélérée d'autonomie. Si l'on évite toute application rigide de critères basés sur le pronostic de survie, ces phases pourraient généralement s'étendre

aux six derniers mois de la vie des usagers. En aucun cas, cela ne devrait être considéré comme une norme rigide ou contraignante pour la prestation de services.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA SOLIDARISATION

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la qualité des relations entretenues avec le personnel.

La solidarisation constitue une action destinée à soutenir l'entourage de l'utilisateur (famille, proches) dans l'organisation et la prestation des services, de même que leur participation.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation s'apprécie sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ENVIRONNEMENT

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement est un agrégé de deux aspects de la qualité de l'environnement, soit la simplicité et le confort.

La simplicité est destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services (vocabulaire et documentation compréhensibles) et la souplesse des systèmes vis-à-vis des circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané et sans prétention) que les choses, qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.

Le confort réfère au bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX PATIENTS

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients est un agrégé de deux aspects permettant d'évaluer l'importance accordée aux patients, soit l'empathie du personnel et l'apaisement.

L'empathie est une attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.

L'apaisement est une attitude permettant de calmer une personne, de la rassurer et de lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE L'ÉTHIQUE ET DU PROFESSIONNALISME DANS LA RELATION AVEC LE PERSONNEL

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

La satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel est un agrégé de trois aspects de la relation avec le personnel de l'établissement, soit le respect, la confidentialité et la responsabilisation.

Le respect réfère à la considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui porte à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Il implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur et sous-tend une acceptation de la différence.

La confidentialité réfère à la protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgateion à des personnes non autorisées.

La responsabilisation est une action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des

urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

PROPORTION DES LITS DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE EN CHAMBRES PRIVÉES, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 90 %

Définition :

Nombre de lits de courte durée et de longue durée en chambres privées, par rapport au nombre total de lits de courte durée et de longue durée. Il s'agit du nombre de lits en chambres privées dans les établissements de courte durée et de longue durée, par rapport au nombre total de lits en chambres privées, semi-privées et en salles partagées dans les établissements de courte et de longue durée.

Selon le Canadian Medical Association Journal²⁵, il serait difficile de chiffrer la proportion de lits en chambres dites privées ou individuelles dont devrait disposer un hôpital pour offrir des soins de qualité aux patients. Il est reconnu que la transmission d'infections liées aux activités de soins est un risque présent dans tous les établissements de santé. On estime à environ 80 000 à 90 000 le nombre annuel d'infections nosocomiales dans les hôpitaux du Québec, soit 10 % des personnes admises dans un établissement de soins de courte durée. Une grande proportion de ces infections implique des agents infectieux transmissibles. La réduction du risque de transmission d'infections en milieu de soins requiert la mise en place d'un ensemble de mesures de prévention et de contrôle, dont l'isolement en chambre individuelle des patients touchés par une infection contagieuse ou porteurs d'un germe résistant transmissible (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2010). Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec).

Toutefois, le Canadian Medical Association Journal²⁶ avance l'idée qu'avoir uniquement des chambres privées en milieu hospitalier ne serait pas toujours adapté. En effet, dans des circonstances cliniques particulières, les chambres semi-privées ou partagées pourraient être bénéfiques, tant sur le plan social que psychologique, pour les patients qui ont le cancer ou qui reçoivent des soins palliatifs.

²⁵ Nathan Stall (2012). « Private rooms: A choice between infection and profit », Canadian Medical Association Journal, vol. 184, n° 1, 10 janvier, p. 24-25.

²⁶ Ibid.

Dans 90 % des situations, les patients hospitalisés devraient avoir accès à une chambre privée pour des raisons autant sur le plan de la confidentialité que sur le plan humain et sanitaire.

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

Source :

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

PROPORTION DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS SUR CIVIÈRE PENDANT PLUS DE 48 HEURES, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 0,9

Définition :

Pourcentage de la clientèle âgée de 75 ans et plus couchée sur une civière au cours d'une période, dont le séjour à l'urgence est égal ou supérieur à 48 heures.

Le calcul se fait en divisant le nombre de séjours de 48 heures ou plus des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont occupé une civière à l'urgence par le nombre de séjours des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont occupé une civière à l'urgence. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

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

Source :

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

PROPORTION DES PATIENTS À L'URGENCE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SUR CIVIÈRE PENDANT PLUS DE 48 HEURES, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 1

Définition :

Pourcentage de la clientèle couchée sur des civières pour un problème de santé mentale, au cours d'une période, dont le séjour à l'urgence est égal ou plus grand que 48 heures.

Le calcul se fait en divisant le nombre de séjours de 48 heures et plus pour les personnes qui ont occupé une civière à l'urgence pour un problème de santé mentale par le nombre de séjours pour les personnes qui ont occupé une civière à l'urgence pour un problème de santé mentale. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

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

Source :

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

RATIO DES MINUTES PAR JOUR-PRÉSENCE DES PATIENTS EN CHSLD CONSACRÉES AUX ACTIVITÉS D'ANIMATION ET DE LOISIRS

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Proportion des minutes par jour-présence des patients en CHSLD consacrées aux activités d'animation et de loisirs par rapport au nombre total de jours-présence des patients en CHSLD.

Le calcul se fait en divisant le temps vécu pour les loisirs par les patients en CHSLD (comme des divertissements, des sorties, des programmes et des activités individuelles, telles que la lecture, l'écoute de la télévision, l'écriture et les visites) par le nombre de jours-présence des patients en CHSLD (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Rapport méthodologique; évaluation de la performance des établissements membres de l'AQESSS, novembre 2012, p. 297-298).

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

Source :

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

DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DE LA CONTINUITÉ

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction des usagers à l'égard de la continuité, qui est une qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.

Le degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'utilisateurs différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'utilisateurs. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'utilisateurs des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

PROPORTION DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS ADMISES À L'URGENCE AYANT FAIT UNE DEMANDE D'HÉBERGEMENT EN CHSLD, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Nombre de demandes d'hébergement en CHSLD venant des personnes âgées de 75 ans et plus arrivées par l'entremise des services de l'urgence, par rapport au nombre total de personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées sur civière à l'urgence.

Les demandes considérées sont celles dont la localisation du patient au moment de la demande est le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Des actions visant à changer les pratiques actuelles d'évaluation et d'orientation vers l'hébergement de longue durée en milieu hospitalier sont attendues afin que le taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS soit inférieur à 5 %.

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

Source :

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

DEGRÉ MOYEN D'IMPLANTATION DES RSIPA DANS LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Positif

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

Définition :

Degré moyen (cote globale moyenne) d'implantation des composantes des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans l'ensemble des réseaux locaux de services du Québec.

L'indicateur est calculé à partir de la somme des degrés d'implantation (cotes globales) des RSIPA, qui est divisée par le nombre total de réseaux locaux de services.

Le degré d'implantation d'un RSIPA est exprimé en pourcentage, soit le rapport entre la cote obtenue pour l'implantation des composantes du RSIPA dans le réseau local de services et la cote attribuée à l'implantation des composantes d'un RSIPA modèle.

Source :

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

ASSIGNATION D'UNE INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 70 %

Définition :

Pourcentage des patients à qui une infirmière pivot a été assignée.

L'indicateur portant sur l'assignation d'une infirmière pivot a été construit à partir de la question suivante : « Est-ce qu'une infirmière pivot en oncologie vous a été assignée pour vous accompagner tout au long de votre maladie? » L'indicateur comprend deux catégories : 1) les patients qui se sont fait assigner une infirmière pivot; 2) les patients qui ne se sont pas fait assigner une infirmière pivot.

La création de la fonction d'infirmière pivot en oncologie (IPO) est un élément clé de la réorganisation des services de lutte contre le cancer au Québec. Elle est la personne-ressource qui accompagne le patient dès l'annonce du diagnostic, puis tout au long de sa trajectoire de soins et services en cancérologie.

La collecte des données a été effectuée du 30 janvier au 31 mai 2013 au moyen d'un questionnaire autoadministré (81 % des répondants) et d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) (19 % des répondants). Au total, 9 175 patients ont

répondu à l'enquête parmi les 15 316 personnes sélectionnées (taux de réponse provincial pondéré de 68 %).

La population visée par l'enquête est constituée des personnes âgées de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi une chirurgie, une chimiothérapie ou une radiothérapie (incluant la curiethérapie), du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010, pour soigner un cancer.

Sont exclues de la population visée les personnes vivant dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James), celles qui sont décédées avant ou pendant la période de collecte, les personnes qui déclarent être en phase terminale ou qui déclarent ne pas avoir eu de traitement ou de cancer.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013.

MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT

PROPORTION DES HEURES TRAVAILLÉES CONSACRÉES À LA FORMATION, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 2 %

Définition :

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

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

Source :

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

PROPORTION DU BUDGET CONSACRÉ À LA FORMATION, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 2 %

Définition :

Proportion du budget global des établissements de santé publics et privés conventionnés d'une région donnée consacré à la formation au cours de l'année à l'étude. Il s'agit du budget global des établissements de santé publics et privés conventionnés consacré à la formation au 31 mars de l'année à l'étude par rapport au budget total des établissements de santé publics et privés conventionnés incluant les contributions des usagers au 31 mars de l'année à l'étude.

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

Source :

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

PROPORTION DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES EFFECTUÉES PAR LES INFIRMIÈRES, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

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

Définition :

Nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel infirmier, par rapport à la somme des heures régulières et des heures supplémentaires, en %.

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

Source :

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

PROPORTION DES EMPLOYÉS OCCUPANT DES POSTES RÉGULIERS, EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'effectifs à temps complet régulier et à temps partiel régulier par rapport au nombre total d'effectifs (qui correspond à la somme des effectifs à temps complet régulier, à temps partiel régulier et à temps partiel occasionnel), en %.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Banque du personnel du réseau (R-25).

PROPORTION DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES TRAVAILLÉES PAR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DU RÉSEAU, EN %

Année : 2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 2,7

Définition :

Nombre d'heures travaillées au-delà des heures régulières de travail, à la demande de l'employeur, par l'ensemble du personnel réseau au cours d'une année financière, par rapport au nombre total d'heures travaillées par l'ensemble du personnel réseau au cours de cette même année.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA RÉALISATION

Année : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation, qui fait référence aux besoins les plus élevés d'un individu. Les employés les plus créatifs recherchent, dans leur environnement de travail, des occasions de changer des choses, d'innover, d'inventer et de créer. Ce besoin permet à l'individu de relever des défis professionnels et d'y tirer un certain plaisir.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE L'IMPLICATION

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de l'implication, qui est constituée d'un ensemble de motivations propres à l'individu. Une organisation n'implique pas une personne, c'est elle-même qui s'implique. Une personne s'impliquera dans une organisation dans la mesure où elle tendra à agir dans le sens des valeurs et des buts poursuivis par cette organisation. Pour ce faire, la personne doit sentir qu'il y a compatibilité entre ses propres choix de vie et ceux de l'organisation. Les conditions favorisant l'implication sont les suivantes :

- > Expliquer et justifier les décisions en faisant participer les individus à un certain mode de raisonnement;
- > Communiquer sur des questions et non seulement sur des réponses;
- > Relier les actions dans l'organisation à un certain contexte plus large qu'une simple politique;
- > Laisser une marge de liberté personnelle à l'individu pour agir dans le sens de la performance attendue.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA COLLABORATION

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration, qui témoigne de la présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe. La collaboration résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance. Chaque membre de l'équipe doit reconnaître qu'il a une part de responsabilité dans la planification, la réalisation, le suivi et l'évaluation des activités reliées au travail de l'équipe. Il faut faire en sorte que les désaccords soient constructifs et que les membres apprennent à gérer les différences de personnalité, d'habitudes et d'ambitions grâce à une communication ouverte et franche. Il est donc nécessaire de discuter ouvertement des problèmes qui surgissent, d'intégrer les différences de points de vue et de les intégrer dans une perspective commune.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DU SOUTIEN

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard du soutien obtenu dans le cadre de leurs fonctions.

Le soutien fait référence aux notions de coaching et de supervision par les gestionnaires auprès des employés et des membres des équipes. Un gestionnaire qui soutient les membres de son équipe leur fournit les ressources adéquates et l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus. Au quotidien, il encadre et facilite le travail, en plus d'effectuer le transfert de connaissances. Il entretient un climat de confiance avec les membres de son équipe et s'emploie à maintenir des liens solides entre son équipe et les autres composantes de l'organisation. Il aide les gens à faire face aux changements souhaités et leur fournit les outils nécessaires pour s'adapter aux

nouvelles façons de faire. Soucieux que son équipe exerce une influence au sein de l'organisation, il amène les membres à reconnaître et à résoudre les problèmes dès qu'ils apparaissent.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DE LA COMMUNICATION

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard de la qualité des communications dans l'organisation.

La communication et l'information constituent d'importants facteurs de mobilisation au sein d'une organisation. Un employé sera mobilisé s'il comprend ce qu'on attend de lui et s'il sent que l'organisation est à l'écoute de ses préoccupations et s'efforce d'y répondre. Il est donc essentiel qu'il y ait une bonne circulation de l'information ainsi qu'un échange entre la direction et les employés. Ce n'est pas tant la quantité d'information transmise aux employés qui revêt de l'importance, mais plutôt sa pertinence, de même que la possibilité, pour les employés, de recevoir une réponse à leurs questions dans un délai raisonnable.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

DEGRÉ DE SATISFACTION DU PERSONNEL À L'ÉGARD DU LEADERSHIP

Années : 2007-2011

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Satisfaction du personnel à l'égard du leadership des supérieurs dans le milieu de travail.

Le leadership est l'aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes ou groupes en obtenant leur adhésion active à des idées, à des orientations, à des projets ou à d'autres actions sociales. Les fondements du leadership peuvent être compris à partir des quatre éléments suivants, sur lesquels peut se reposer l'ensemble du personnel de l'organisation :

- > Une vision en laquelle il peut croire;
- > Une culture axée sur l'accomplissement des tâches, qui le pousse à donner le meilleur de lui-même;
- > Un esprit d'équipe qui le soutient et l'enrichit;
- > Des modèles de comportement qui lui montrent le chemin à suivre.

Les leaders sont reconnus pour leur charisme, leur vision du futur, leur capacité à motiver leurs collaborateurs et à transmettre leurs objectifs, leur sens profond de l'engagement personnel. Par un leadership mobilisateur, l'organisation entière croit en la vision qui définit son concept de service et elle est persuadée qu'assurer un service de qualité supérieure est une stratégie gagnante.

Le degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Source :

Conseil québécois de l'agrément, Sondage sur la mobilisation du personnel.

PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE ACTUELLE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de votre vie professionnelle actuelle. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LEURS PATIENTS, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec leurs patients.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec vos patients. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LES MÉDECINS DE FAMILLE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec les médecins de famille. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DES RELATIONS AVEC LES MÉDECINS DES AUTRES SPÉCIALITÉS, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos relations avec les médecins des autres spécialités. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DES MÉDECINS ASSEZ OU TRÈS SATISFAITS DE L'ÉQUILIBRE ENTRE LEURS ENGAGEMENTS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

Proportion des médecins, incluant les médecins de famille et les médecins spécialistes, ayant déclaré être assez satisfaits ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels.

La question posée est la suivante : « Veuillez indiquer votre degré (très satisfait, assez satisfait, neutre, plutôt insatisfait, très insatisfait, sans objet) de satisfaction à l'égard de vos engagements personnels et professionnels. »

Source :

Sondage national des médecins 2010.

PROPORTION DE L'ABSENTÉISME PAR RAPPORT AUX HEURES TRAVAILLÉES : ASSURANCE-SALAIRE, EN %

Année : 2013-2014

Sens de la variation : Négatif

Balise d'excellence : Norme fixée à 5,15, ce qui correspond à la cible chiffrée prévue dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'ensemble du Québec.

Définition :

Nombre d'heures payées en assurance-salaire pour l'ensemble des effectifs du réseau, par rapport au nombre total d'heures travaillées, incluant les heures normales et supplémentaires.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED).

ATTEINTE DES BUTS

RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE (RNMH)

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC), EN %

Années : 2011-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins de

courte durée pour un accident vasculaire cérébral (AVC) (CIM 10 : I60.^, I61.^, I62.^, I63.^, I64) sur une période de 2 ans, en %.

Le calcul se fait en divisant le nombre de décès survenus à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une admission pour un AVC par le nombre total d'admissions pour un AVC. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM 10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM 10 : B24, Z21, R75);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de traumatisme violent (CIM 10 : V01-V99, W00, W02.^, W09, W11-W17, W20-W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W77, W81-W99, X00-X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7, Y36.^);
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UN INFARCTUS DU MYOCARDE, EN %

Année : 2011-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins de courte durée pour un infarctus du myocarde (CIM-10 : I21.^, I22.^) sur une période de 2 ans, en %. Les taux sont présentés selon la région de résidence du patient.

Le calcul se fait en divisant le nombre de décès survenus à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une admission pour un infarctus du myocarde par le nombre total d'admissions pour un infarctus du myocarde. Le résultat est ensuite multiplié par 100.

Sont exclues les conditions générales suivantes :

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de cancer (CIM-10 : C00-C26, C30-C44, C45-C97, Z51.0, Z51.1, Z51.2);
- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de VIH/SIDA (CIM-10 : B24, Z21, R75);

- > Patients hospitalisés avec un diagnostic de traumatisme violent (CIM-10 : V01-V99, W00, W02.^, W09, W11-W17, W20-W23, W25-W27, W30, W31, W33-W40, W44, W45, W50-W60, W64-W77, W81-W99, X00-X19, X20-X29, X30, X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X84, X85-Y09, Y35.0-Y35.4, Y35.6, Y35.7, Y36.^);
- > Patients hospitalisés avec un numéro d'assurance maladie non valide;
- > Patients de moins de 15 ans ou de plus de 84 ans;
- > Patients dont le sexe est différent d'homme ou femme.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

TAUX DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES 30 JOURS SUIVANT UNE CHIRURGIE MAJEURE, POUR 100 CAS DE CHIRURGIE MAJEURE

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

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.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH).

ICIS, Base de données sur les congés des patients (BDGP).

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE, EN %

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 8

Définition :

Pourcentage des personnes ayant connu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée, ajusté selon les risques, par rapport à toutes celles ayant 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 deux hospitalisations associées au même épisode soient attribuées à deux 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 (BDCP).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

PROPORTION AJUSTÉE DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX SE TROUVANT DANS LE PREMIER PROFIL D'UTILISATION (HOSPITALISATION), EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage de personnes atteintes de troubles mentaux ayant au moins un diagnostic de trouble mental dans l'année recensée dans le fichier des hospitalisations.

La hiérarchie des profils correspond au numéro de la catégorie : 1 est le profil prioritaire et 5, le profil associé aux individus ne répondant pas aux autres profils. Ainsi, si un individu a été hospitalisé ne serait-ce qu'une seule fois, il sera assigné au profil 1, même s'il a répondu aux autres conditions à de multiples reprises.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

PROPORTION AJUSTÉE DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS SE TROUVANT DANS LE PREMIER PROFIL D'UTILISATION (HOSPITALISATION), EN %

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs ayant au moins un diagnostic de trouble anxio-dépressif dans l'année recensée dans le fichier des hospitalisations.

La hiérarchie des profils correspond au numéro de la catégorie : 1 est le profil prioritaire et 5, le profil associé aux individus ne répondant pas aux autres profils. Ainsi, si un individu a été hospitalisé ne serait-ce qu'une seule fois, il sera assigné au profil 1, même s'il a répondu aux autres conditions à de multiples reprises.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

PROPORTION DES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS, EN %

Années : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des naissances vivantes de bébés pesant moins de 2 500 grammes, par rapport à l'ensemble des naissances vivantes de bébés dont le poids à la naissance est connu.

Selon la définition donnée par l'OMS, les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 500 grammes ont un faible poids et ceux dont le poids est inférieur à 1 500 grammes, un très faible poids. Une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie – tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté –, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Le faible poids à la naissance est souvent le résultat d'une durée de gestation trop courte. Il se peut également que le poids d'un enfant qui naît à terme soit insuffisant ou que celui d'un enfant né prématurément soit inférieur au poids moyen correspondant à son âge gestationnel. Il s'agit alors d'un retard de croissance intra-utérin.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances vivantes.
Institut de la statistique du Québec.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pesant au moins 500 grammes pour une période donnée, par rapport au nombre total de naissances vivantes d'au moins 500 grammes pour cette même période.

La mortalité infantile exprime la probabilité qu'un enfant meure avant la fin de la première année de sa vie. Cet indicateur établi de longue date est une mesure non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Il reflète la mortalité et l'état de santé d'une population, la qualité de la prestation des soins de santé, l'efficacité des soins préventifs ainsi que l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant (Statistique Canada et ICIS, 2008).

La mortalité infantile peut être subdivisée en trois composantes :

- > Mortalité néonatale précoce : décès d'un enfant de moins de 7 jours;
- > Mortalité néonatale tardive : décès d'un enfant de 7 à 27 jours;
- > Mortalité post-néonatale : décès d'un enfant de 28 jours à 1 an.

Les causes de mortalité infantile retenues (Agence de la santé publique du Canada, 2008) sont les suivantes :

- > Malformations congénitales et anomalies chromosomiques : CIM-9 = 740-759; CIM-10 = Q00-Q99;
- > Problèmes reliés à l'asphyxie : CIM-9 = 761.6, 761.7, 762.0-762.2, 762.6, 763, 766-768, 770.1, 772.2, 779.0, 779.2; CIM-10 = O43.8, O83.4, P01.6-P01.7, P02.0-P02.2, P02.6, P03.0-P04.0, P08.0-P08.2, P10.0-P10.1, P10.3-P21.9, P24.0-P24.9, P52.4-P52.5, P52.8, P90-P91.0, P91.4- P91.5, P91.9;
- > Problèmes reliés à l'immaturité : CIM-9 = 761.3-761.5, 761.8, 761.9, 762.7, 764.0-765.1, 769, 770.2-770.9, 772.1, 774.0-774.7, 777.5, 777.6, 778.2, 779.6, 779.8; CIM-10 = D58.9, P01.3-P01.5, P01.8-P01.9, P02.7, P05.0-P05.9, P07.0-P07.3, P10.2, P22, P25.0-P29.2, P29.4-P29.9, P52.0-P52.3, P57.8-P59.9, P77, P78.0, P80.0, P91.1-P91.2, P91.8, P94.1-P94.9, P96.0, P96.3-P96.5;
- > Autres causes : tout autre code non mentionné.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie – tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté –, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Les décès infantiles et les mortinaissances sont déterminés à partir de la cause initiale du décès. Celle-ci représente de façon générale la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

Au Québec et au Canada, les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 pour les années 1979 à 1999 et selon la CIM-10 depuis 2000. L'adoption de la CIM-10 peut entraîner une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès, ce qui rend leur comparaison plus difficile (Statistique Canada, 2005a).

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.
MSSS, Fichier des mortinaissances.

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE, POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

Années : 2007-2009

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès néonataux pendant une période donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant cette même période.

La mortalité néonatale est le décès d'un enfant âgé de moins de 4 semaines (de 0 à 27 jours). Les mortinaissances ne sont pas prises en compte. Tous les décès infantiles et toutes les naissances vivantes sont inclus dans le calcul du taux de mortalité infantile, peu importe le poids à la naissance.

Selon la définition donnée par l'OMS, une naissance vivante se définit comme une expulsion ou une extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie – tel que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté –, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.
MSSS, Fichier des mortinaissances.

TAUX NORMALISÉ DE MORTALITÉ LIÉE À DES CAUSES TRAITABLES, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

La prévention secondaire est un dépistage ou une intervention précoce visant à identifier une maladie et à en retarder la progression à un stade précoce ou préclinique ainsi qu'à minimiser l'incapacité de la personne atteinte. Ce type de prévention vise à réduire la létalité de la maladie.

La prévention tertiaire est une intervention qui réduit l'incidence de l'incapacité résultant de l'évolution complète d'une maladie au moyen de l'élimination, de la réduction (ICIS, Indicateur de santé, 2012).

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès liés à des causes évitables et traitables chez les personnes de moins de 75 ans et le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

Il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. À titre d'exemple, certains décès de causes traitables sont inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou d'autres problèmes de santé, tandis que certains décès de causes pouvant être prévenues sont attribuables à des événements imprévisibles pour lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

TAUX NORMALISÉ DE MORTALITÉ LIÉE À DES CAUSES POUVANT ÊTRE PRÉVENUES, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention primaire, normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

La mortalité évitable de causes pouvant être prévenues porte précisément sur les décès prématurés de causes qui auraient pu être évitées par des efforts de prévention primaire, comme des modifications apportées au mode de vie ou des interventions au sein de la population (par exemple, les campagnes de vaccination et la prévention des blessures). L'indicateur oriente les mesures visant à réduire le nombre de cas initiaux, ou l'incidence, puisqu'on évite les décès en empêchant l'apparition de nouveaux cas.

La mortalité liée à des causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable. Elle s'exprime par un taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès liés à des causes évitables et traitables chez les personnes de moins de 75 ans et le total de la population de moins de 75 ans au milieu de la période.

Il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. À titre d'exemple, certains décès de causes traitables sont inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou d'autres problèmes de santé, tandis que certains décès de causes pouvant être prévenues sont attribuables à des événements imprévisibles pour lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Indicateurs de santé 2012.

Statistique Canada, Statistique de l'état civil.

Statistique Canada, Base de données sur les décès.

PROPORTION DE LA POPULATION INACTIVE PHYSIQUEMENT DURANT LES LOISIRS, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 40,5

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui sont inactives physiquement d'après les réponses aux questions sur les activités physiques.

Les répondants sont groupés comme actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques de l'activité (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure). L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes en ce qui a trait à l'activité physique : 3,0 kcal/kg/jour et

plus = personne active; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

PROPORTION DE LA POPULATION CONSOMMANT 5 PORTIONS ET PLUS DE FRUITS ET LÉGUMES PAR JOUR, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir consommé au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, d'après les réponses aux questions suivantes : « à quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruit, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate?; mangez-vous habituellement des fruits?; mangez-vous (habituellement) de la salade verte; mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles; mangez-vous (habituellement) des carottes; sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, combien de portions d'autres légumes mangez-vous habituellement? » Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Selon l'OMS, le fait de manger des fruits et légumes variés permet clairement de consommer en quantité appropriée la plupart des micronutriments, des fibres alimentaires et diverses substances non nutritives essentielles. De même, une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel.

La charge de morbidité mondiale imputable à la faible consommation de fruits et légumes se répartit entre les maladies cardiovasculaires pour près de 85 % et les cancers, pour 15 %. Le rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO publié récemment sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques fixe les objectifs en matière de nutriments pour la population et recommande une consommation d'un minimum de 400 g de fruits et légumes par jour pour la prévention des maladies chroniques, telles que les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité (OMS, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/fr/index.html>).

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE D'OBÉSITÉ, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 30 et plus d'après les réponses aux questions suivantes : « Combien mesurez-vous sans chaussures? » et « Combien pesez-vous? ». Le calcul de l'indicateur ne tient pas compte des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres).

L'IMC est calculé en divisant le poids du répondant (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres). D'après les nouvelles normes de l'OMS et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice peut être inférieur à 18,50 (poids insuffisant); de 18,50 à 24,99 (poids normal); de 25,00 à 29,99 (embonpoint); de 30,00 à 34,99 (obésité, classe I); de 35,00 à 39,99 (obésité, classe II); de 40,00 et plus (obésité, classe III). L'IMC est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. On associe des risques moindres à un poids normal, des risques accrus de développer des problèmes de santé pour les personnes ayant un poids insuffisant ou de l'embonpoint ainsi que des risques élevés pour l'obésité de classe I, très élevés pour l'obésité de classe II et extrêmement élevés pour l'obésité de classe III.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX DE TABAGISME, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 17,0

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion d'après la réponse à la question suivante : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » L'indicateur ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX DE CONSOMMATION D'ALCOOL, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé 5 verres et

plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année parmi celles ayant déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois, d'après la réponse à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? » Par l'expression « verre d'alcool », on entend une bouteille ou une canette de bière, un verre de bière en fût, un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin ou encore un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX D'ALLAITEMENT, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnable fixée à 97,1

Définition :

Pourcentage des mères de 15 à 55 ans ayant eu un bébé au cours des 5 dernières années qui ont déclaré avoir allaité, ou essayé d'allaiter leur bébé.

Par mères qui ont « commencé à allaiter », on entend les mères qui ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant, même pour une brève période.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par suicide (CIM-10 : X60-X84, Y87.0), par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population.

TAUX D'HOSPITALISATIONS, NORMALISÉ SELON L'ÂGE, À LA SUITE D'UNE BLESSURE AUTO-INFLIGÉE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 32,6

Définition :

Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge, dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants.

Il est difficile de déterminer l'intention du patient à partir des sources de données disponibles. Le présent indicateur ne permet pas de préciser si le patient s'est infligé des blessures dans le but de se suicider (comportements suicidaires ou d'automutilation). De plus, il risque de fausser l'estimation du nombre réel d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées, compte tenu de la façon dont l'intention est saisie dans les sources de données disponibles. Par exemple, l'empoisonnement peut être codifié comme « involontaire », dans le cas d'une surdose, ou « indéterminé », ce qui reflète l'incertitude à savoir s'il s'agit d'un geste involontaire ou intentionnel. Les blessures involontaires et indéterminées étaient exclues de nos analyses, même si l'on présume qu'un petit nombre d'entre elles ont bel et bien été intentionnelles.

Sources :

Statistique Canada, Division de la démographie.

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, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

ICIS, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE SANTÉ FONCTIONNELLE BONNE À PLEINE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 86,3

Définition :

Pourcentage de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine.

Le dénominateur correspond aux personnes de 12 ans et plus qui déclarent des mesures donnant une idée globale de la santé fonctionnelle fondée sur 8 attributs fonctionnels (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur).

L'Indice de l'état de santé (IES) – aussi appelé Health Utility Index Mark 3 (HUI3) –, élaboré à l'Université McMaster, mesure la santé fonctionnelle d'une personne selon huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, l'état émotif, la cognition et la douleur. Chaque attribut comporte plusieurs niveaux allant d'absence de déficience à déficience grave. Par exemple, les niveaux de mobilité vont de marcher sans difficulté à être incapable de marcher. Les niveaux intermédiaires de mobilité sont de marcher avec difficulté, d'avoir besoin d'aide pour marcher et d'avoir besoin d'un fauteuil roulant. Un score global de 0,8 à 1,0 est associé à une bonne ou pleine santé fonctionnelle; les scores inférieurs à 0,8 témoignent d'une santé fonctionnelle passable ou mauvaise.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'années que devrait vivre en principe une personne de 65 ans si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants au cours de sa vie

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue entraîne une sous-estimation de la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut être influencée par des conditions passées, des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ COMME TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme excellent ou très bon, d'après la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? »

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

NOMBRE DE PLAINTES, POUR 10 000 HABITANTS

Année : 2011-2012

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de plaintes des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux pour 10 000 habitants. Il s'agit du nombre de plaintes formulées à l'endroit des différents établissements de santé conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux, des centres de santé et de services sociaux, des résidences pour personnes âgées, des organismes communautaires, des agences de santé et de services sociaux, par rapport au total de la population des régions sociosanitaires du Québec.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

DEGRÉ DE SATISFACTION GLOBALE DES USAGERS

Années : 2011-2012

Sens de la variation : Positif

Balise d'excellence : Norme raisonnée fixée à 95

Définition :

La satisfaction globale des usagers correspond à la moyenne des 12 regroupements de questions posées aux usagers des services de santé et des services sociaux par l'entremise du questionnaire de la satisfaction de la clientèle du Conseil québécois d'agrément. Ces 12 regroupements, qui comprennent plus de 50 questions, sont les

suivants : respect, confidentialité, empathie, fiabilité, responsabilisation, apaisement, solidarisation, simplicité, continuité, accessibilité, rapidité et confort.

Le degré de satisfaction globale des usagers est apprécié sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'excellence). Il est cependant présenté sur une échelle de 100.

Les usagers sondés sont composés de différentes clientèles de programmes-services en fonction du nombre d'usagers différents de chaque programme-service. Le service des urgences est le seul à faire exception, étant donné la grande quantité d'usagers. Son poids d'échantillonnage est donc revu à la baisse afin que sa représentativité dans l'échantillon ne soit pas trop élevée. Chaque programme-service des CLSC est habituellement représenté pour un échantillon d'au moins 30 répondants. Ces échantillons sont bâtis à même les listes d'usagers des centres de santé et de services sociaux.

Source :

Conseil québécois d'agrément, Sondage sur la satisfaction de la clientèle.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE, RATIO

Années : 2005-2009

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une proportion de naissances de faible poids identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, des Laurentides, de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Naissances de faible poids dans le quartile défavorisé (Q4), par rapport aux naissances de faible poids dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, RATIO

Années : 2005-2009

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une proportion d'années potentielles de vie perdues identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile défavorisé (Q4), par rapport au taux ajusté des années potentielles de vie perdues dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR LE TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ ÉVITABLE, RATIO

Années : 2005-2009

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à un taux ajusté de mortalité évitable identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Chaudière-Appalaches et de la Côte-Nord est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile défavorisé (Q4), par rapport au taux ajusté de mortalité évitable dans le quartile favorisé (Q1).

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et

l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES POPULATIONS FAVORISÉES ET DÉFAVORISÉES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2005-2009

Sens de la variation : Parabolique

Balise d'excellence : Norme fixée à 1, ce qui correspond à une espérance de vie à 65 ans identique pour le quartile défavorisé et le quartile favorisé. Le résultat de balisage de l'Outaouais et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est fixé à 100 % afin de prendre en compte les intervalles de confiance.

Définition :

Espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile défavorisé (Q4), par rapport à l'espérance de vie moyenne à 65 ans dans le quartile favorisé (Q1).

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait vivre en principe une personne de 65 ans si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants au cours de sa vie.

Les écarts sont calculés à l'aide de l'indice de défavorisation matérielle, qui reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propres au domaine de la santé et du bien-être.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES GENRES POUR L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS, EN ANNÉES

Années : 2005-2008

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Différence entre l'espérance de vie des femmes à 65 ans et l'espérance de vie des hommes à 65 ans.

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait vivre en principe une personne de 65 ans si les taux de mortalité selon l'âge et le sexe pour la période d'observation donnée demeuraient constants au cours de sa vie.

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut en effet être influencée par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

L'espérance de vie est un indicateur de la santé d'une population dont l'usage est très répandu. C'est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Une augmentation de l'espérance de vie n'entraîne pas nécessairement une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.

ÉCART INTRARÉGIONAL ENTRE LES GENRES POUR LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS, RATIO

Années : 2007-2009

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par les hommes de 0 à 74 ans, par rapport au nombre d'années potentielles de vie perdues par les femmes de 0 à 74 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès.

Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.

PANORAMA SOCIO SANITAIRE DE LA POPULATION

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, EN ANNÉES

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre moyen d'années que devrait vivre en principe une personne à compter de la naissance si les taux de mortalité selon l'âge actuels demeuraient identiques.

L'espérance de vie est une mesure de quantité de vie qui s'obtient à l'aide d'une table de mortalité. Le calcul de l'espérance de vie à la naissance consiste à faire parcourir tous les âges de la vie à un effectif fictif de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée (Pressat, 1985).

Le calcul de l'espérance de vie est basé sur l'hypothèse d'une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l'espérance de vie obtenue entraîne une sous-estimation de la longévité moyenne véritable. De plus, l'espérance de vie calculée pour une période donnée ne reflète pas uniquement la mortalité de cette période. Elle peut être influencée par des conditions passées, des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Fichier des naissances vivantes.

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION PERCEVANT SA VIE COMME ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes.

Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, selon la perception de la personne ou, dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par traumatismes non intentionnels, par rapport à la population totale au milieu de la période.

Les traumatismes non intentionnels incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais n'incluent pas les traumatismes causés par des accidents et les complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. Les catégories de traumatismes non intentionnels retenues sont les accidents de transport (CIM-9 : E800-E848, E929.0, E929.1, CIM-10 : V01-V99 et Y85), les accidents de véhicules à moteur (CIM-9 : E810-E825, CIM-10 : V02-V04, V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.0-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0, V89.2) et les chutes accidentelles (CIM-9 : E880-E888, CIM-10 : W00-W19).

Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels mesure le succès à long terme des efforts en vue de réduire la mortalité par traumatismes non intentionnels. Il donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, la prévention, les soins d'urgence et les ressources de traitement (Statistique Canada et ICIS, 2005).

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2001.

L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès. Les différences entre les deux révisions sont assez importantes pour rendre difficiles les comparaisons directes des causes de décès. Ainsi, depuis 2000, il n'est plus possible de distinguer les accidents de véhicules à

moteur de la circulation des autres accidents de véhicules à moteur. Pour la catégorie « chutes accidentelles », la classification par la CIM-9 incluait les fractures de causes non spécifiées, alors qu'à partir de 2000, la CIM-10 ne les inclut pas (Anderson et autres, 2001).

Lorsque le décès survient longtemps après l'accident ayant causé la blessure, l'origine accidentelle des événements ayant mené au décès est souvent oubliée et non enregistrée sur le certificat de décès. Ainsi en est-il des décès dus à des complications d'une fracture de la hanche, à la suite de chutes chez les personnes âgées. De plus, la cause extérieure indiquée sur le certificat de décès n'est pas toujours aussi détaillée que celle de la classification internationale des maladies (Choinière et autres, 1993).

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de cinq ans se terminant par l'année indiquée.

** Les données de population (dénominateur) pour cet indicateur ont été révisées en 2011 en fonction des nouvelles estimations et projections publiées par l'Institut de la statistique du Québec.

Sources :

Eco-Santé Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION VICTIME DE BLESSURES ENTRAÎNANT DES LIMITATIONS, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Les lésions dues aux mouvements répétitifs sont exclues. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, on prend en considération la blessure la plus grave selon le répondant.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS À LA SUITE D'UNE BLESSURE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2012-2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants (CIM-10-CA : V01-V06, V09-V99, W00-W45, W46, W49-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W94, W99, X00-X06, X08-X19, X30-X39, X50, X52, X58, X59, X70-X84, X86, X91-X99, Y00-Y05, Y07-Y09, Y20-Y36).

Sont exclus les codes de diagnostic relatifs à l'intoxication, aux événements indésirables, à la suffocation, aux séquelles et à plusieurs autres problèmes de santé qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de la définition de traumatisme établie par le Comité consultatif du Registre national des traumatismes. Les données présentées s'appuient sur la région de résidence du patient. Le taux est ajusté selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Registre national des traumatismes (RNT).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

PROPORTION DES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS AYANT DÉCLARÉ AVOIR REÇU UN DIAGNOSTIC DE DIABÈTE, EN %

Année : 2013

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète de type 1 ou 2 d'un professionnel de la santé.

Cet indicateur inclut aussi les femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES POUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Années : 2009-2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Taux des années potentielles de vie perdues à 75 ans pour les traumatismes non intentionnels (CIM-10 = V01-X59, Y85-Y86) pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans sur une période de 3 ans.

Les taux sont ajustés selon la structure par âge (<1, 1 à 4, 5 à 9, ..., 65 à 69, 70 à 74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2006.

Les traumatismes non intentionnels font référence aux blessures causées par les accidents de véhicules, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais non à celles engendrées par les accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux. Les décès par traumatismes non intentionnels sont déterminés à partir de la cause initiale du décès. Celle-ci représente de façon générale la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel (OMS, 1993).

Sources :

MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014.

MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par tumeurs malignes (cancers) (CIM-9 : 140-208, CIM-10 : C00-C97), par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique (INSPQ), infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR CANCER, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par tumeurs malignes (cancers) (CIM-10 = C00-C97), pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.
MSSS, Estimation et projections démographiques.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par maladies du système circulatoire (CIM-9 : 390-459, CIM-10 : I00-I99), par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par maladies du système circulatoire (CIM-9 : 390-459, CIM-10 : I00-I99), pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre annuel moyen de décès par maladies du système respiratoire (CIM-9 : 460-519, CIM-10 : J00-J99) par rapport à la population totale au milieu de la période.

Le taux est ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de quatre ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Années : 2009 à 2011

Sens de la variation : Négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues attribuables à tous les décès par maladies du système respiratoire (CIM-9 : 460-519, CIM-10 : J00-J99), pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans.

Le nombre d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus

* Les valeurs présentées sont calculées sur une période de trois ans se terminant par l'année indiquée.

Sources :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Infocentre de santé publique. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Fichier des décès.

MÉDIAGRAPHIE

CLAVET, Michel, Ronald CÔTÉ et Thomas DUPERRÉ, dans LEMIEUX, Vincent, et autres (dir.) (2003). *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 528 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2013). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, 173 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011). *Notes techniques : Appareils d'imagerie médicale selon la province ou le territoire et l'établissement*, ICIS, 5 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2008). *Indicateurs de santé 2008*, ICIS, 91 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007). *L'imagerie médicale au Canada, 2007*, ICIS, 187 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2006). *L'imagerie médicale au Canada, 2006*, ICIS, 14 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2004). *L'imagerie médicale au Canada, 2004*, ICIS, 80 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, Québec, ISQ, 123 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2010). *Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec*, 19 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2009). *Surveillance des diarrhées associées au Clostridium difficile dans les centres hospitaliers du Québec. Protocole (version 1.8)*, Québec, INSPQ, 9 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009*, Québec, MSSS, 58 p.

MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE (2012). *Plan budgétaire – Budget 2013-2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 484 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, [En ligne], [<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>] (Consulté le 7 janvier 2015).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Dixième révision, volume 1, Genève, OMS, 1335 p.

SICOTTE, Claude, François CHAMPAGNE et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n° 1, p. 34-46.

STALL, Nathan (2012). « Private rooms: A choice between infection and profit », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n° 1, 10 janvier, p. 24-25.