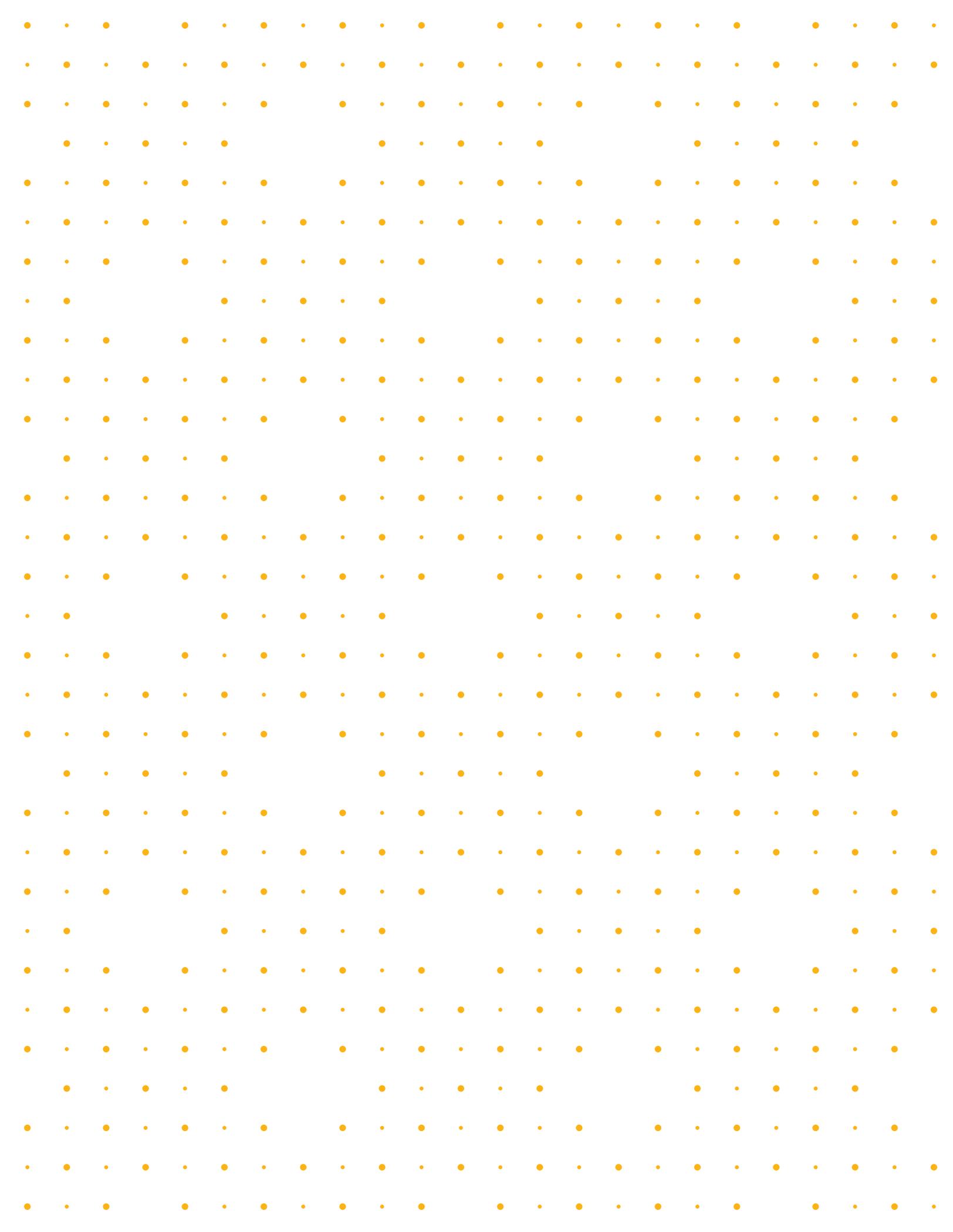




COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
LA PERFORMANCE DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
QUÉBÉCOIS 2016



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

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

Réalisation

Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être
1020, route de l'Église
7^e étage, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Concept de la page couverture

Côté Fleuve

Infographie

Samarkand

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

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Gouvernement du Québec, 2017

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, 2017.

ISBN : 978-2-550-77597-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-77598-0 (PDF)

Remerciements

La production de ce rapport résulte de la participation de plusieurs collaborateurs. Nous tenons à souligner l'importance de la contribution de M. François Champagne et de M. André-Pierre Contandriopoulos, tous deux chercheurs à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, pour leur apport substantiel à notre démarche et leur soutien scientifique.

Nous soulignons également la contribution particulière de M^{me} Geneviève Ste-Marie pour la coordination de l'ensemble de la démarche d'élaboration de ce rapport. Nous tenons aussi à remercier M^{me} Élise Chartrand, M^{me} Diane Crevier et M^{me} Marie-Pierre Moreault pour leur contribution à la recherche, à l'analyse et à la rédaction de ce rapport.

Nous remercions finalement les organismes qui ont facilité l'accès aux données utilisées dans ce rapport et toutes les personnes qui y ont contribué d'une façon ou d'une autre.

Table des matières

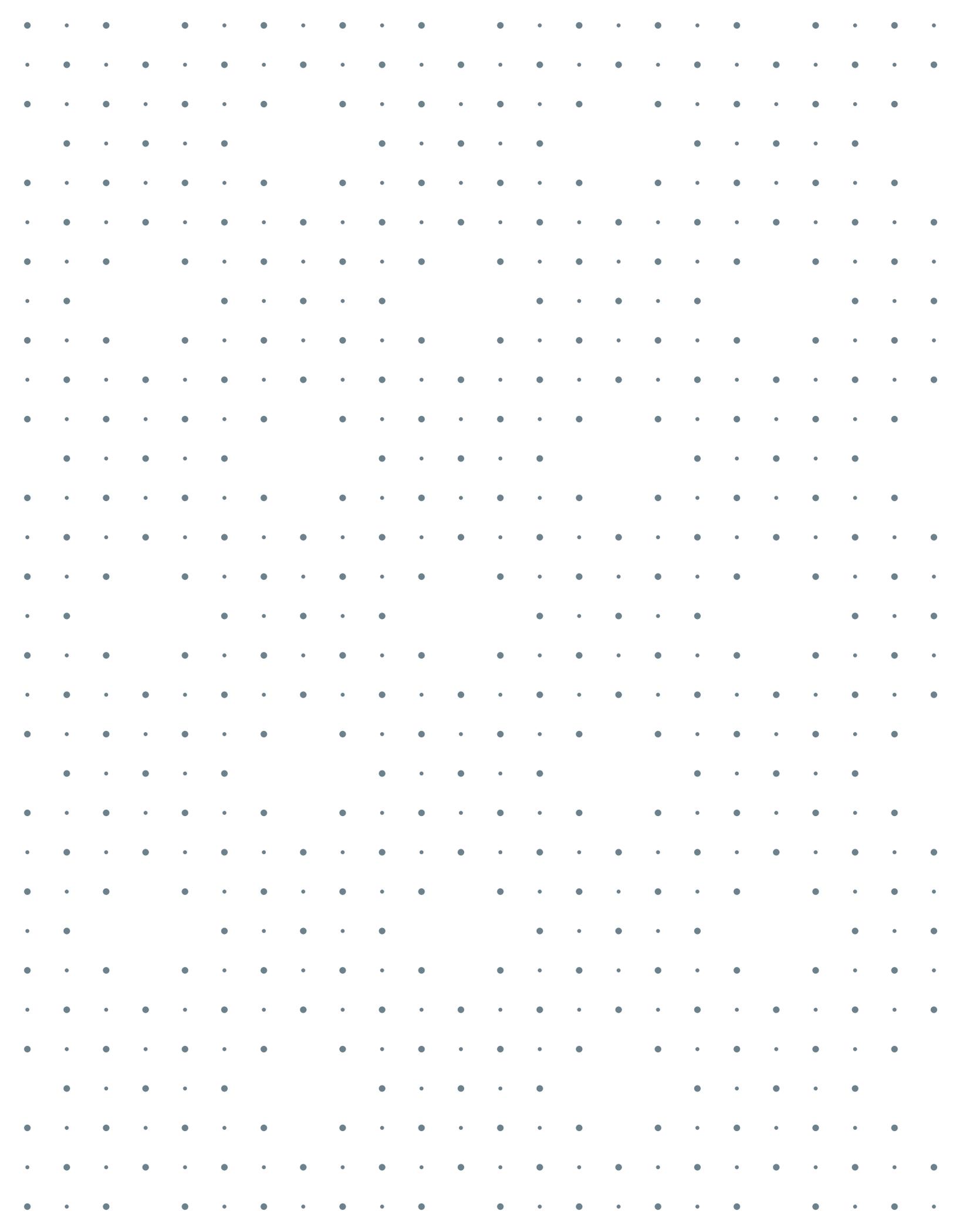
Liste des figures	IV
Liste des tableaux	IV
Mot de la commissaire	VII
Introduction	4
Approche retenue	8
Les dimensions de la performance présentées dans ce rapport et les questions associées	9
La construction du jugement de performance	10
Le modèle de présentation des résultats	12
Les limites de l'approche	13
Fiches de performance du système de santé et de services sociaux québécois	14
Fiche 1 : Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?	
Accessibilité organisationnelle	16
Accessibilité financière	18
Utilisation des services	20
Fiche 2 : Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?	22
Fiche 3 : Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?	24
Fiche 4 : Le suivi des patients est-il adéquat ?	26
Fiche 5 : Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?	28
Fiche 6 : Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?	
Résultats directement associés aux soins et services	30
Santé de la population	32
Fiche 7 : Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?	34
Bilan de performance et pistes de réflexion	38
Les dépenses en santé	39
Le niveau de dépenses en santé	39
La répartition des dépenses	41
Les ressources humaines et matérielles en santé et services sociaux	42
Le personnel infirmier	42
Les médecins	43
Les ressources matérielles	46
L'organisation et la production de soins et de services	47
La productivité à l'hôpital	47
Le coût des services médicaux	48
L'utilisation des technologies de l'information et de la télécommunication (TIC) dans les soins et les services	50
Conclusion	54
Médiagraphie	58

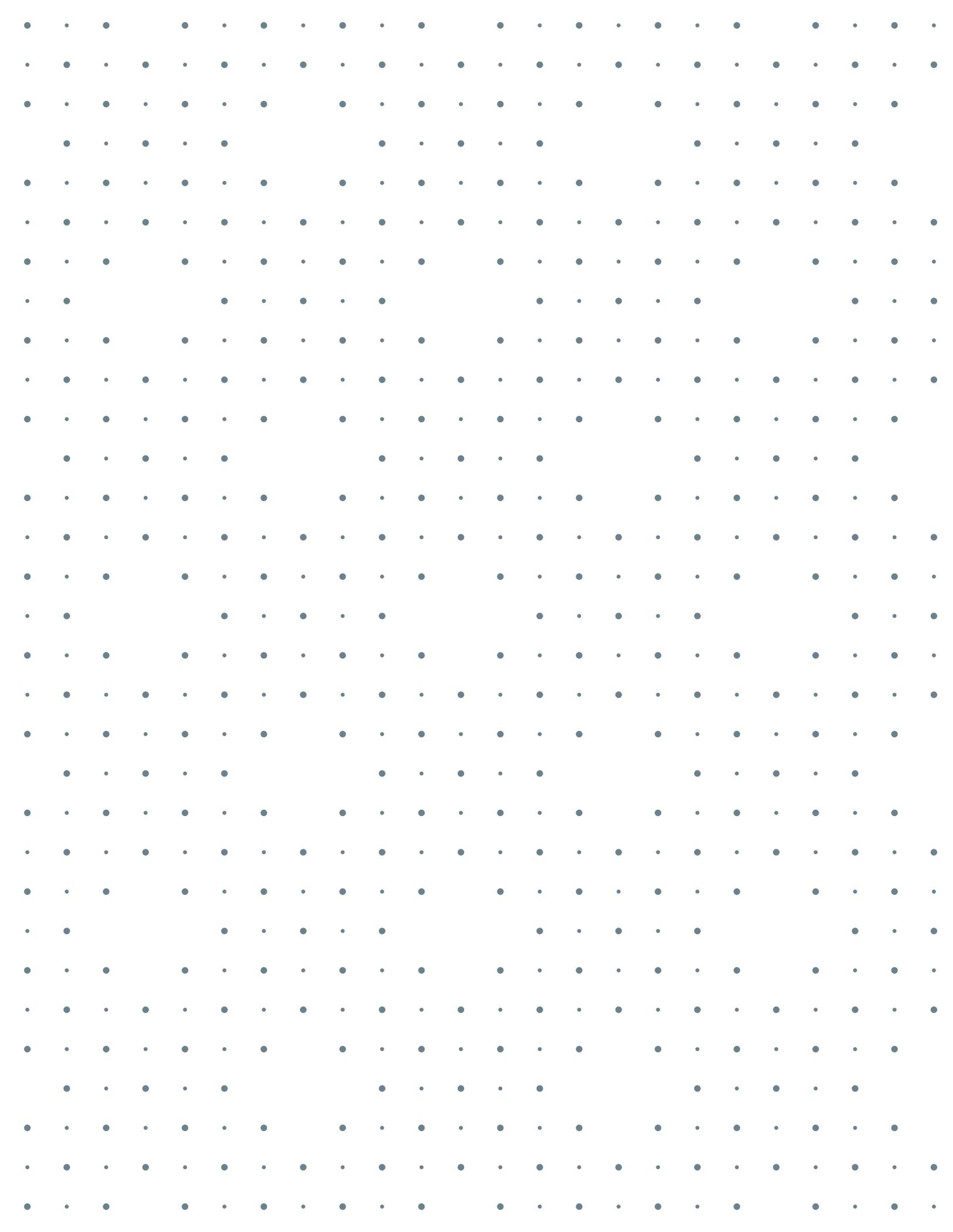
Liste des figures

FIGURE 1	
Cadre d'analyse de la performance	8
FIGURE 2	
Évolution des dépenses en % du PIB entre 2010 et 2015	39
FIGURE 3	
Dépenses de santé par habitant dans les provinces canadiennes en dollars canadiens ajustées au coût de la vie (2015)	40
FIGURE 4	
Nombre d'infirmières ou d'infirmiers par 1 000 habitants (2014)	42
FIGURE 5	
Nombre de médecins par 1 000 habitants (2015)	43
FIGURE 6	
Cadres ou salariés dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (31 mars 2015)	44
FIGURE 7	
Évolution de l'effectif du réseau entre 2010 et 2015	45
FIGURE 8	
Nombre de lits d'hôpitaux de courte durée par 1 000 habitants (2013-2014)	46
FIGURE 9	
Évolution du coût d'un séjour standard à l'hôpital entre 2010 et 2015	47
FIGURE 10	
Évolution du coût par service des médecins de famille entre 2010 et 2015	48
FIGURE 11	
Évolution du coût par service des médecins en spécialité médicale entre 2010 et 2015	49

Liste des tableaux

TABLEAU 1	
Résultat global pour chacun des éléments étudiés	38
TABLEAU 2	
Répartition des dépenses de santé (1975 et 2015)	41
TABLEAU 3	
Utilisation des technologies informatiques par les médecins (2015)	50





Mot de la commissaire

Au Québec comme dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses en santé sont en constante augmentation. Cette situation constitue un réel défi à la capacité des gouvernements d'offrir à leur population des soins de qualité à un coût abordable. Dans un tel contexte, l'évaluation de la performance prend une importance particulière. Non seulement elle apporte un éclairage sur le fonctionnement du système de santé et de services sociaux, mais elle soutient également une prise de décisions éclairées par des données solides.

Lorsque consultés à ce sujet, les Québécoises et les Québécois expriment leur attachement au système public de santé et de services sociaux. Ils sont toutefois préoccupés par sa pérennité et souhaitent participer à son amélioration. Pour ce faire, ils doivent détenir une bonne connaissance et une juste compréhension des enjeux qui le concerne, que seule une information en continu, accessible et non partisane, peut procurer.

Ce rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux est le fruit d'une collaboration étroite entre le Commissaire à la santé et au bien-être et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal dans le cadre d'un projet de recherche financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Ce projet vise, notamment, à développer des façons nouvelles de communiquer de l'information au sujet de la performance du système afin qu'elle soit davantage compréhensible par un plus large public. Ceci cadre tout à fait avec nos engagements inscrits dans notre plan stratégique.

À cet effet, pour l'édition 2016 de ce rapport, nous avons voulu livrer un document à la portée de tous et fondamentalement empreint des préoccupations et des intérêts exprimés par la population québécoise. Toutefois, l'ensemble des informations véhiculées dans le rapport sont basées sur la méthode habituelle utilisée par le Commissaire. Nos lecteurs coutumiers peuvent se référer au document *Approche et résultats détaillés* dans lequel sont présentés l'ensemble des résultats.

Nous exposons donc dans ce rapport les résultats atteints par notre système public de santé et de services sociaux. Avec rigueur et minutie, nous avons scruté chacun des nombreux indicateurs liés aux différents aspects de la performance afin de mettre en lumière, avec le plus d'exactitude possible,

les éléments qui fonctionnent bien et ceux qui fonctionnent moins bien, et d'indiquer des pistes explicatives. Mais qui dit performance évoque nécessairement l'obligation de se comparer aux meilleurs, qu'ils soient canadiens ou internationaux. Cette façon de faire est devenue, au fil du temps, un gage incontournable de notre volonté à contribuer de manière efficace et transparente à l'amélioration de la santé et du bien-être de tous.

Tout ceci a donné naissance à une publication complètement revisitée, construite autour de grandes questions inspirées de propos exprimés dans le cadre de diverses consultations auprès de citoyens, ainsi que par les membres de notre Forum de consultation. Je tiens à les remercier chaleureusement pour leur précieuse contribution qui a guidé l'orientation de ce rapport.

De manière générale, les résultats contenus dans ce rapport nous indiquent que nous pouvons être fiers de notre système qui figure parmi les meilleurs à bien des égards. Toutefois, certains aspects demeurent très problématiques, malgré les efforts consentis et les changements apportés sur plusieurs plans. C'est pourquoi il est crucial de poursuivre l'évaluation des résultats atteints et de continuer à s'y attarder avec acharnement, discernement et transparence.

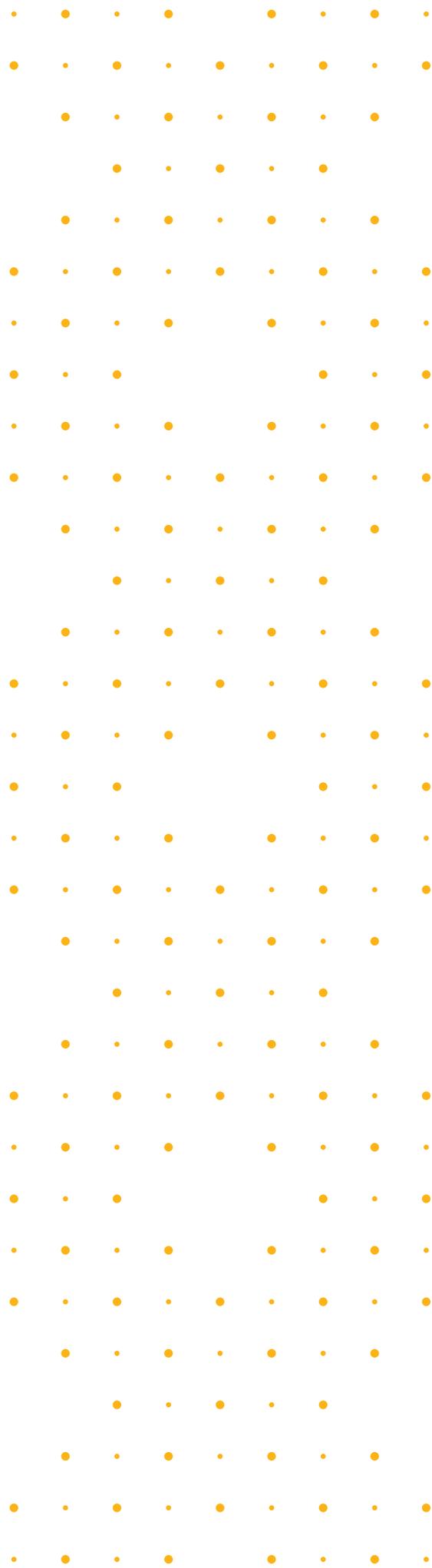
J'espère que ce rapport saura répondre aux attentes en offrant une information mieux adaptée et susceptible d'alimenter le débat public de manière encore plus éclairée.

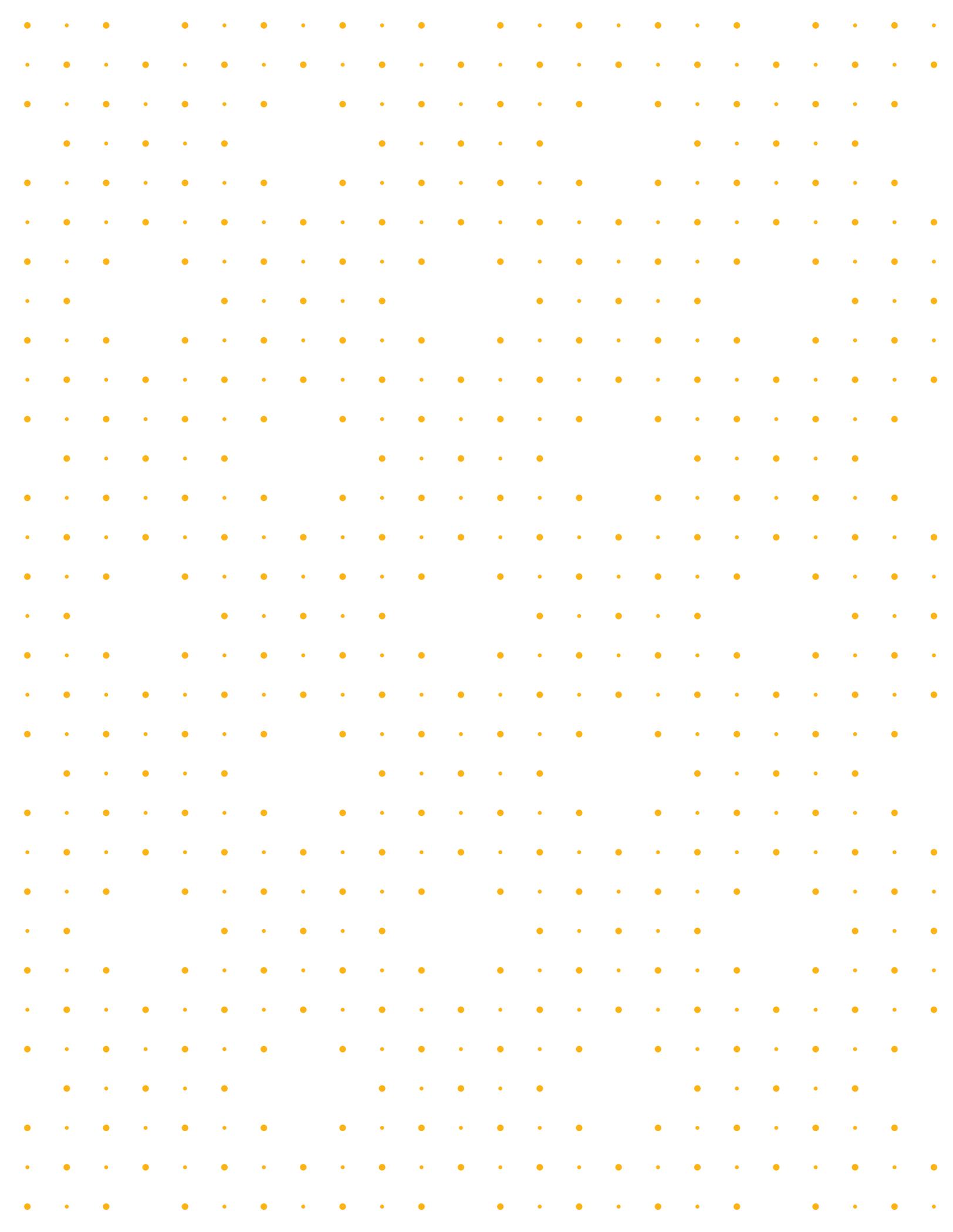
La commissaire à la santé et au bien-être par intérim,



ANNE ROBITAILLE

Rapport sur la performance du système de santé et de services sociaux





Rapport sur la performance du système de santé et de services sociaux

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mandat d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux québécois.

À cette fin, il produit chaque année un certain nombre de rapports qui abordent la performance sous des angles variés.

Le présent rapport porte sur la performance globale du système public de santé et de services sociaux.

Il est basé sur l'analyse d'un ensemble de 294 indicateurs qui permet de documenter différentes dimensions de la performance et d'en dégager des constats.

Au fil des années, les rapports du Commissaire ont permis de constater que le système de santé et de services sociaux présente des résultats favorables pour plusieurs dimensions de la performance. C'est le cas, par exemple, de la qualité des soins offerts. Mais de façon récurrente, ces rapports ont aussi mis en évidence des défis cruciaux à relever, comme l'accessibilité et la continuité des soins et services qui demeurent très difficiles.

Souhaitant informer plus directement la population et soutenir sa compréhension des enjeux actuels du domaine de la santé et des services sociaux, le Commissaire a choisi de présenter différemment son analyse globale pour 2016. Les résultats de performance sont ainsi présentés de manière succincte, sous la forme de questions-réponses d'intérêt pour les citoyennes et les citoyens du Québec et de fiches thématiques.

Faciliter une meilleure compréhension des enjeux, basée sur une information rigoureuse et non partisane, apparaissait essentiel au Commissaire pour trois raisons. D'abord, nos travaux récents sur le panier de services assurés ont confirmé à quel point les Québécoises et les Québécois, s'ils sont fiers de leur système public, en déplorent plusieurs lacunes. Ils s'intéressent grandement à ce qui s'y passe et désirent avoir accès à une information la plus juste et claire possible. Ensuite, la satisfaction de la population à l'égard du fonctionnement du système a eu tendance à se dégrader au cours des dernières années, alors que des données d'enquêtes internationales récentes montrent qu'au Québec, moins du quart des adultes pensent que notre système de santé fonctionne assez bien (CSBE, 2017c). Finalement, le réseau public vit encore les effets d'un profond changement de structure introduit par la réforme de 2015.

Ce rapport du Commissaire présente des résultats préliminaires faisant suite à cette réforme. Il est aussi fort probable qu'il s'agisse du dernier rapport d'appréciation produit par l'organisation, dont la cessation des activités a été annoncée. Il nous semblait donc d'autant plus pertinent de le produire afin qu'il puisse constituer une mesure de base pour que l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux puisse se poursuivre. En effet, se mesurer et se comparer aux plus performants permet de s'améliorer, lorsque ces mesures sont basées sur une analyse continue, rigoureuse et transparente.

L'appréciation de la performance d'un système aussi vaste et complexe que celui de la santé et des services sociaux est un exercice délicat qui doit être fait avec la plus grande rigueur. C'est pourquoi le Commissaire a voulu, dès ses tout premiers travaux, utiliser un cadre analytique éprouvé.

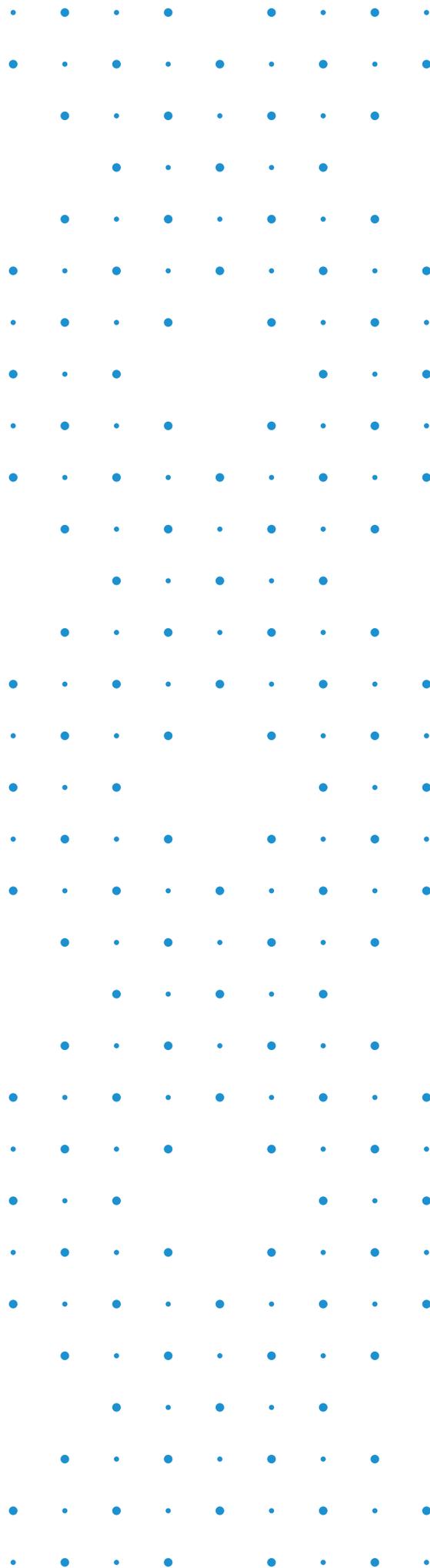
Ce cadre analytique, le modèle d'évaluation globale et intégrée des systèmes de santé (modèle EGIPSS), permet de donner sens à la somme d'informations disponibles. En collaboration avec une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal, nous avons fait évoluer ce modèle au fil des ans, afin qu'il fournisse l'éclairage le plus juste possible de la performance du système lui-même. Sur la base de comparaisons entre les résultats obtenus par le Québec et ceux observés dans les pays ou provinces les plus performants, chacun des éléments est évalué, dans la mesure du possible. En effet, il faut mentionner que cette appréciation est tributaire de la disponibilité de données comparables dans d'autres provinces ou pays. C'est pourquoi, malheureusement, il y a peu d'information sur les services sociaux, par exemple, puisque très peu de données sont disponibles ailleurs sur ces questions. Ce manque d'information limite donc grandement la possibilité d'en apprécier la performance. Les analyses du présent rapport portent donc essentiellement sur des composantes du système de santé comme tel et encore plus spécifiquement sur ce qui se passe à l'hôpital et chez le médecin de famille.

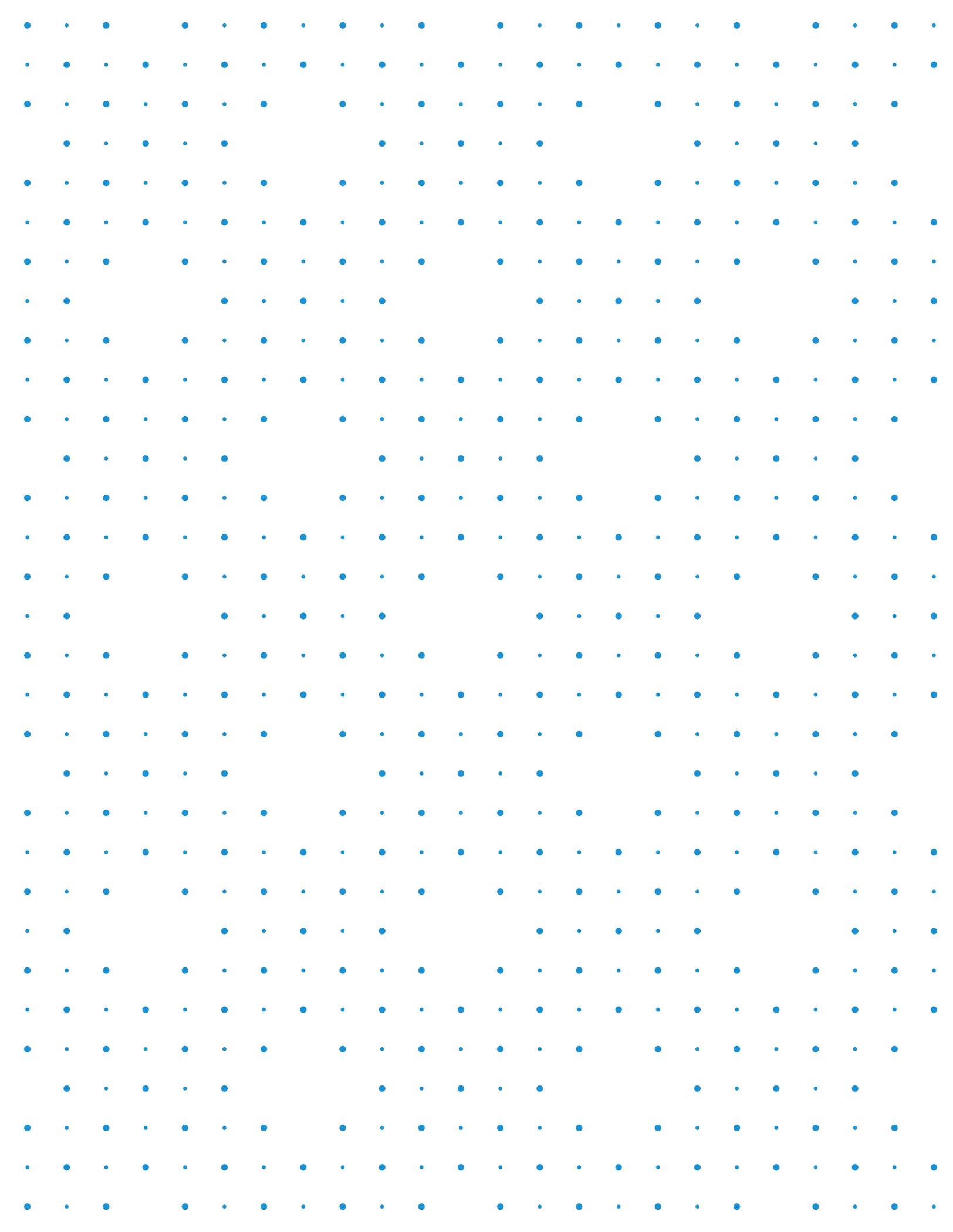
Les éléments de réponse aux questions présentées dans ce rapport correspondent non seulement à des dimensions de performance traditionnellement mesurées par le Commissaire, mais elles reflètent également des préoccupations de la population québécoise relativement à la nature de l'offre publique de soins et services, ce qui ajoute à son intérêt.

Ainsi, les Québécoises et les Québécois veulent savoir si les soins et services de santé leur seront accessibles en cas de besoin et s'ils seront de qualité. La qualité réfère ici à l'application des meilleures pratiques reconnues, à la sécurité et à la pertinence des soins et services, soit des dimensions techniques. La qualité englobe aussi tous les aspects des soins centrés sur le patient c'est-à-dire l'humanisation, la continuité et la coordination des soins et services ainsi que la globalité. En outre, la population québécoise veut être informée sur l'efficacité des soins et services, c'est-à-dire sur les résultats obtenus. Enfin, conformément à leurs valeurs, les Québécoises et les Québécois veulent savoir si les soins et services sont dispensés de manière équitable.

Dans un premier temps, certains éléments permettant de mieux saisir la logique de présentation des fiches questions-réponses seront exposés. Sept grandes questions suivront de même que les éléments de réponse permettant de porter un jugement sur la performance du système. Une réflexion en trois temps sur des raisons pouvant expliquer les résultats observés sera ensuite menée. Enfin, une conclusion suivra.

Approche
retenue





Approche retenue

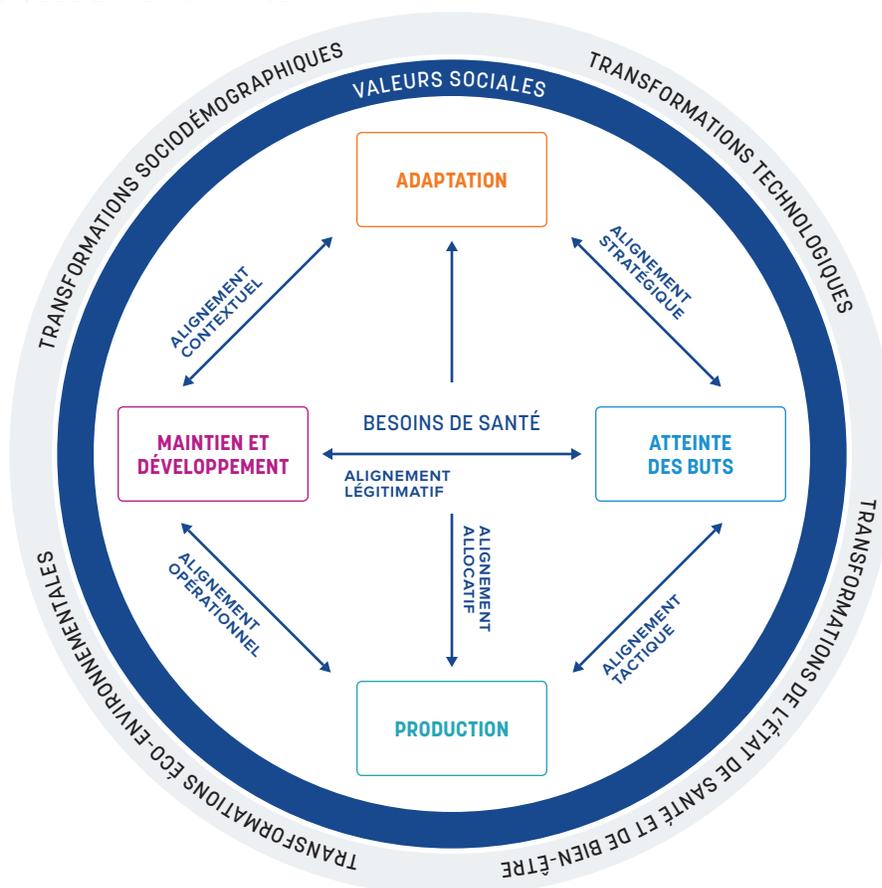
Le présent rapport s’appuie sur un modèle éprouvé d’évaluation de la performance, le modèle EGIPSS (figure 1).

Cela fait plusieurs années déjà que le Commissaire à la santé et au bien-être utilise ce cadre d’analyse lorsqu’il s’agit d’évaluer la performance du système de santé. Il est en effet particulièrement utile pour saisir la complexité du système de santé et de services sociaux québécois.

La méthodologie sur laquelle ce rapport dit « grand public » repose est la même que celle utilisée par le passé avec le souci additionnel de répondre à certaines préoccupations centrales des Québécoises et des Québécois en optant pour une présentation des résultats qui soit plus accessible et vulgarisée.

Toutefois, afin de bien saisir la teneur des messages présentés, certains éléments méthodologiques méritent d’être explicités. L’ensemble des notes techniques et méthodologiques, ainsi que l’ensemble des données et leur analyse, sont présentées dans le document complémentaire : *Approche et résultats détaillés*. Par ailleurs, les 294 indicateurs qui ont servi à l’appréciation de la performance sont définis dans le document complémentaire intitulé *Recueil des indicateurs*.

FIGURE 1
CADRE D’ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Les dimensions de la performance présentées dans ce rapport et les questions associées

Le modèle EGIPSS comprend une vingtaine de dimensions jugées d'importance pour l'évaluation de la performance d'un système de santé. Ces vingt dimensions se déclinent ensuite en près d'une soixantaine de sous-dimensions. Par exemple, l'accessibilité est une dimension de la performance et les accessibilités financière, géographique, culturelle et organisationnelle sont les sous-dimensions qui la composent. Le présent rapport repose sur l'évaluation de certaines dimensions du modèle EGIPSS. Ce choix a été déterminé, d'une part, par les données comparatives disponibles et, d'autre part, par les thèmes d'intérêt pour le citoyen identifiés par le Forum de consultation du Commissaire et par diverses consultations menées dans le cadre du projet sur le panier de services assurés (CSBE, 2016a).

Ainsi, dans un souci de vulgarisation, les différentes dimensions de la performance ont été traduites en « Questions de performance ». Ce rapport présente les résultats sous forme de question-réponse aux sept grandes questions d'intérêt suivantes :

Les données en appui à ces questions sont suivies d'une analyse pour tenter de comprendre à quoi peut être attribuable ce bilan. Divers éléments sont regardés, dont les dépenses en santé, les ressources dont dispose le système ainsi que l'organisation des soins et des services.

Le tout est spécifiquement analysé sous l'angle du lien entre ces différents éléments et l'accessibilité, sujet au cœur des préoccupations des Québécoises et des Québécois.

1 ACCESSIBILITÉ Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

L'accessibilité est appréciée par des indicateurs d'accessibilité aux organisations, aux cliniques et aux médecins (22 indicateurs) ainsi que des indicateurs d'accessibilité financière (9 indicateurs). En complément, des informations sur les niveaux d'utilisation des soins et services sont présentées (11 indicateurs) afin d'avoir un portrait plus complet de l'accessibilité.

2 QUALITÉ TECHNIQUE Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?

La qualité mesurée ici est technique, c'est-à-dire qu'elle porte sur la sécurité, la pertinence et l'application des bonnes pratiques dans les soins et services (30 indicateurs).

3 HUMANISATION DES SOINS Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?

L'humanisme est apprécié par la qualité de la communication entre les intervenants et les usagers du système de santé, par le respect dont font preuve les intervenants à l'égard des patients ainsi que par l'implication réelle des patients dans les décisions qui les concernent (14 indicateurs).

4 CONTINUITÉ-COORDINATION Le suivi des patients est-il adéquat ?

La continuité est principalement appréciée par des mesures de circulation d'information concernant le patient, de qualité du suivi médical et de qualité de la coordination entre les différents intervenants (31 indicateurs).

5 GLOBALITÉ DES SOINS Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?

La globalité est appréciée par seulement deux aspects, soit par la prévention, autant au niveau des grands programmes populationnels qu'au niveau des pratiques cliniques préventives, et par la multidisciplinarité (14 indicateurs).

6 RÉSULTATS DE SANTÉ Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?

Les résultats des soins et services sont appréciés par deux types de résultats : les résultats directement associés aux soins et services (7 indicateurs), ainsi que certains résultats plus distants, mais tout de même associés à l'action du système de santé et de services sociaux (28 indicateurs).

7 ÉQUITÉ Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable, quel que soit leur revenu ?

L'équité est mesurée par la différence observée dans la qualité des soins et services offerts et par les résultats obtenus auprès des Québécoises et des Québécois les mieux nantis relativement aux moins bien nantis (8 indicateurs).

La construction du jugement de performance

Comment déterminer si le Québec obtient une bonne performance ?

La méthodologie proposée compare les résultats obtenus par le Québec à ceux des provinces ou pays qui obtiennent les meilleurs résultats.

Les systèmes de santé utilisés aux fins de comparaison sont constitués des 9 autres provinces canadiennes et de 11 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les systèmes de santé partagent certaines caractéristiques avec celui du Québec.

Il s'agit de l'Allemagne, de l'Australie, du Canada, des États-Unis, de la France, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse.

APPROCHE RETENUE



Globalement, pour chaque indicateur, une *cible d'excellence* est établie en calculant la moyenne des 3 meilleurs résultats observés. Pour certains indicateurs, il est possible qu'une norme existe déjà. Dans ce cas, cette norme est utilisée comme cible. Ensuite, la distance par rapport à cette cible est calculée pour le résultat obtenu par chaque province et chaque pays. Ainsi, un score de 80 % pour le Québec signifie que le Québec atteint 80 % de la cible d'excellence.

Par la suite, des scores agrégés sont calculés avec une pondération pour obtenir un *score global* pour chacune des sous-dimensions et des dimensions retenues¹: c'est le *score de performance (balisage)*.

Une mesure du *rang* est aussi calculée pour situer le score de performance du Québec par rapport aux autres provinces ou pays. Ainsi, le rang peut varier de 1 à 10 pour la comparaison entre les 10 provinces canadiennes et de 1 à 12 entre les pays comparables (on compte ici les 11 pays ainsi que le Québec). Le 1^{er} rang correspond au meilleur score observé.

**SYSTÈMES DE SANTÉ UTILISÉS
AUX FINS DE COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC**



**9 PROVINCES
CANADIENNES**

- ALBERTA
- COLOMBIE-BRITANNIQUE
- ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD
- MANITOBA
- NOUVEAU-BRUNSWICK
- NOUVELLE-ÉCOSSE
- ONTARIO
- SASKATCHEWAN
- TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



**11 PAYS
DE L'OCDE**

- ALLEMAGNE
- AUSTRALIE
- CANADA
- ÉTATS-UNIS
- FRANCE
- NORVÈGE
- NOUVELLE-ZÉLANDE
- PAYS-BAS
- ROYAUME-UNI
- SUÈDE
- SUISSE

¹ Le détail de la méthodologie est disponible dans le document complémentaire « *Approche et résultats détaillés* » sur le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être.

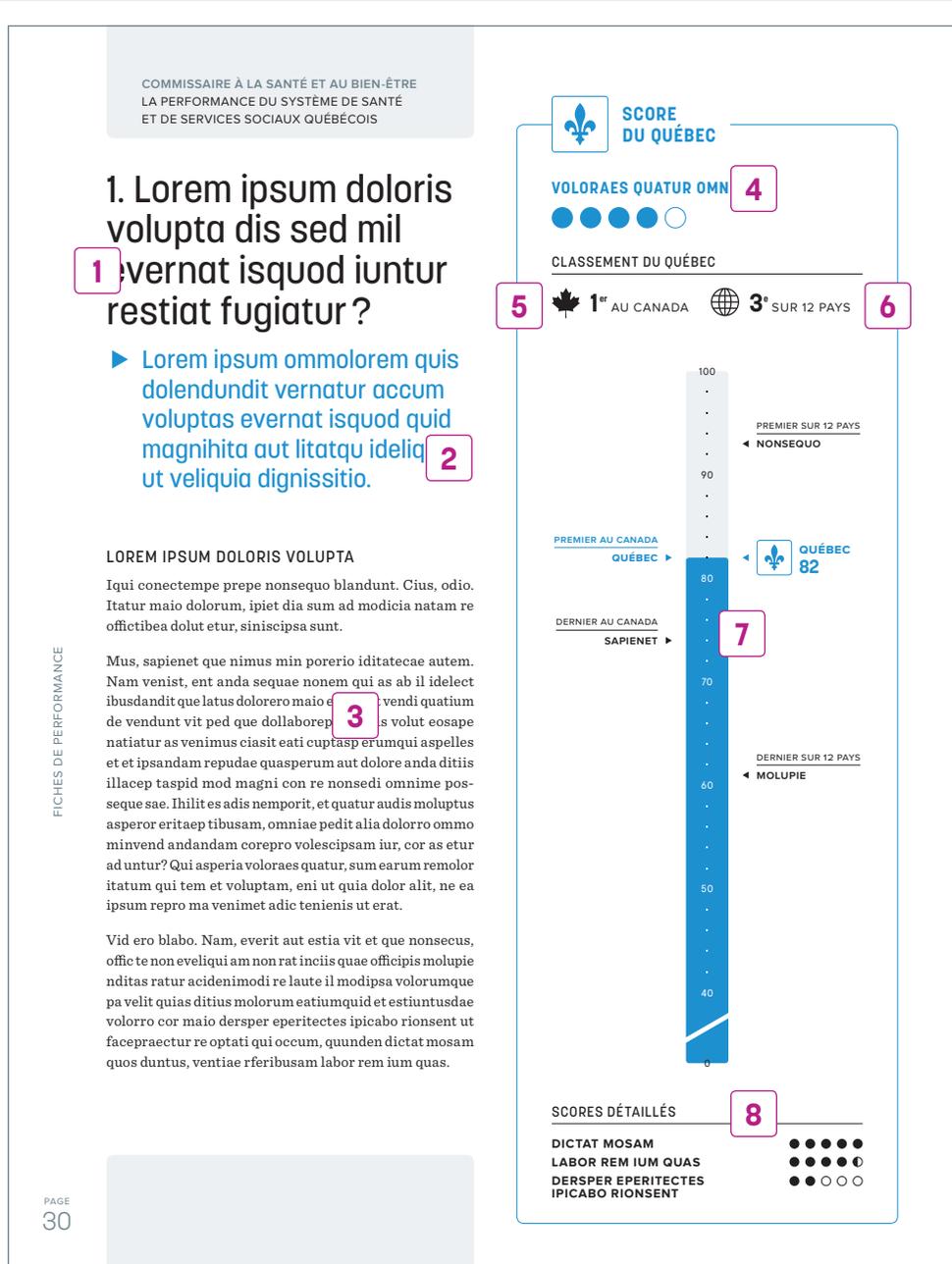
Le modèle de présentation des résultats

Le Commissaire a choisi de présenter les résultats de son évaluation sous forme de fiches.

Ainsi, chacune des fiches présente une série d'informations.

MODÈLE TYPE DE FICHE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE PERFORMANCE

- 1 Question sur la performance
- 2 Réponse concise à la question
- 3 Définition de la dimension mesurée, quelles sont les sous-dimensions mesurées, les concepts qui les composent et pourquoi il est important de les prendre en considération dans l'évaluation de la performance
- 4 Score global du Québec
- 5 Rang du Québec parmi les 10 provinces canadiennes
- 6 Rang du Québec parmi les 12 pays de l'OCDE (11 dans certains cas), en incluant ici le Québec comme un des pays
- 7 Représentation graphique de la position qu'occupe le Québec parmi les provinces canadiennes et les pays comparables de l'OCDE
- 8 Scores détaillés du Québec pour les sous-dimensions de la dimension mesurée
- 9 Réponses détaillées à la question avec une appréciation par sous-dimension

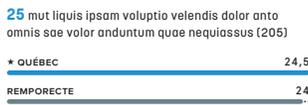


SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés à la meilleure province et au meilleur pays. ★ Indique le meilleur score.

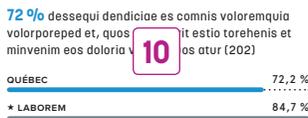
DICTAT MOSA 9

Kim apientemolo tempelita nihiciumque optasperest quatur accatiae maximin vellaut vitae. Sandipsa conem aliam et ommo odio. Ut quam non enda non nobisitatese ommodia cum voluptu.



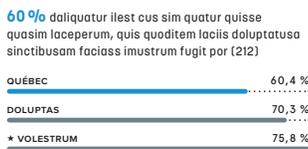
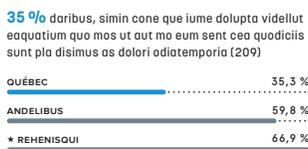
LABOR REM IUM QUAS

Diatio ita dolum quiam, sum aut la cum faccabo rehenisqui odipsunto bere num remporecte sus unt perum fugiae ex et faccae doluptas remporepudi voluptaque cus in perior sit pro bea volestrum laboreum voluptatis explitem que.



DERSPER EPERITECTES IPICABO RIONSENT

Cet facerum arundipienis andelibus pos sapit explab ipsa doles renimet acercimpost est facepro beaque volo vinimen dipitatem nullaut quiberu ptatur, ullesti.



Diatio ita dolum quiam, sum aut la cum faccabo rehenisqui odips unto bere num remporecte sus unt perum fugiae ex et faccae doluptas remporepudi voluptaque cus in perior sit pro bea volestrum laboreum voluptatis explitem.

Source: Otaturep relor as aborum doluptatur igni can evellit, sit out at.

L'APPRÉCIATION DE VOLORAES QUATUR S'AP SUR 14 INDICATEURS. 12

Diclat mosam: durée de la consultation (205, 206, 207); qualité des lieux de la clinique, comme la confidentialité ou la facilité d'accès pour les personnes handicapées (208); situations rapportées par le patient, comme la politesse du médecin et du personnel à la clinique; temps d'attente lors de la consultation; manque de respect en raison du sexe ou de l'origine ethnique (204)

Labore rem ium quas: selon l'expérience du patient, présence d'un climat favorable à sa compréhension (201, 202); situations témoignant de l'empathie, comme une bonne communication avec le médecin, ou un manque d'empathie, comme le manque de contact visuel du médecin envers le patient (203)

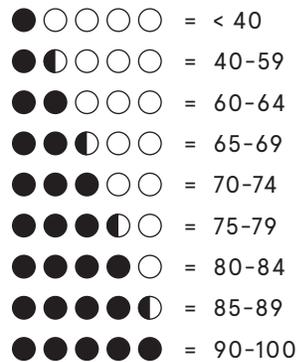
Dersper eperitectes derm ipicabon sent: discussion entre le médecin de famille et le patient à propos des décisions ou des choix de traitement ou de référence vers un spécialiste (209, 211, 212, 213); inscription des préférences du patient au dossier (210)

10 Des indicateurs sont présentés à titre illustratif. Le résultat du Québec est présenté, ainsi que la valeur obtenue par la province et le pays qui ont le meilleur résultat. Chaque indicateur est numéroté de manière à faciliter le repérage dans le recueil des indicateurs

11 Information complémentaire sur la situation au Québec, précision, mise en garde

12 Liste de tous les indicateurs qui ont servi à la construction du jugement

SCORE DE PERFORMANCE (BALISAGE)



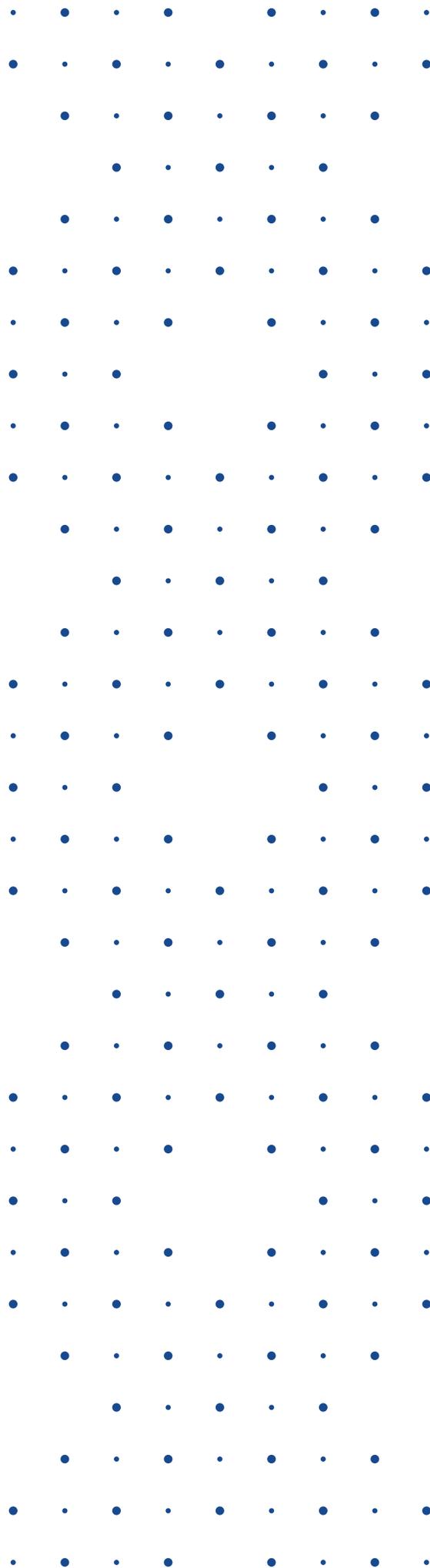
Les limites de l'approche

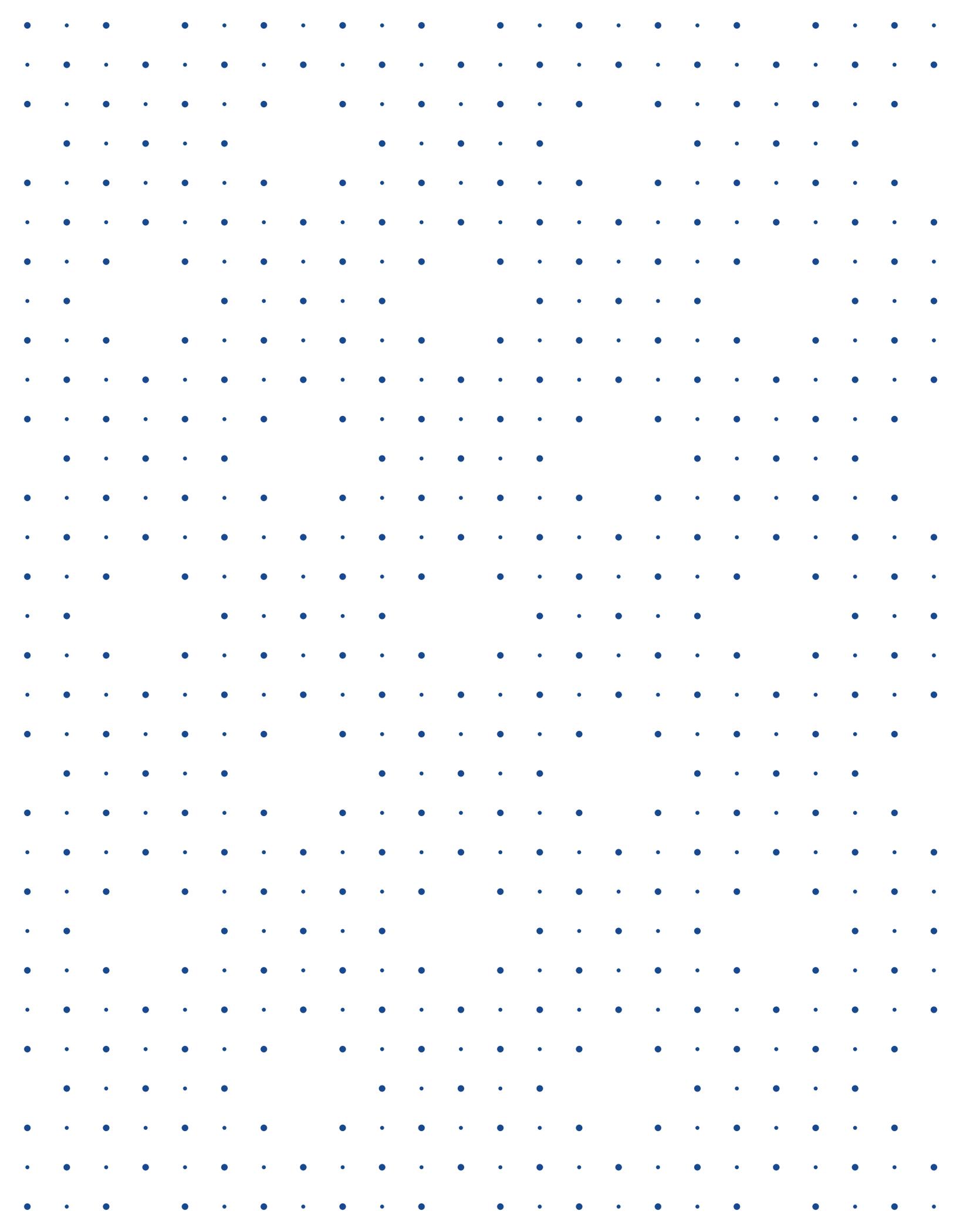
Le nombre et la qualité des indicateurs disponibles sont variables selon les dimensions. Certaines d'entre elles sont mieux étayées et présentent des résultats plus robustes que d'autres.

De plus, aucune donnée sur les services sociaux n'est disponible sur une base comparative à la fois avec les autres provinces canadiennes et les pays de l'OCDE retenus. Par conséquent, l'évaluation de la performance repose essentiellement sur des indicateurs relatifs aux soins et services de santé.

FICHES DE PERFORMANCE

Fiches de performance
du système de santé
et de services sociaux
québécois





1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- ▶ **Accessibilité organisationnelle**
Au Québec, l'accessibilité aux médecins est problématique : les temps d'attente pour voir un médecin sont longs et les heures d'ouverture des cliniques et des bureaux de médecins sont limitées.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'accessibilité organisationnelle comprend l'accès aux médecins, les délais d'attente pour des tests diagnostiques et pour une chirurgie.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.



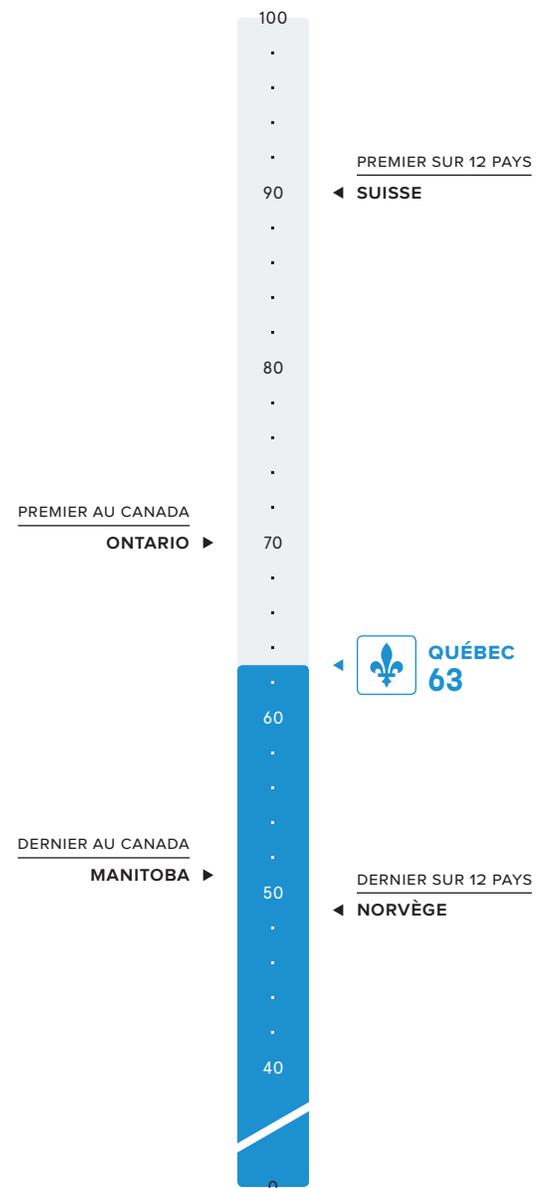
SCORE DU QUÉBEC

ACCESSIBILITÉ ORGANISATIONNELLE



CLASSEMENT DU QUÉBEC

4^e AU CANADA 9^e SUR 12 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

MÉDECINS DE FAMILLE	● ● ○ ○ ○ ○
MÉDECINS SPÉCIALISTES	● ● ○ ○ ○ ○
EXAMENS DIAGNOSTIQUES	● ● ● ○ ○ ○
CHIRURGIES PRIORITAIRES	● ● ● ● ● ●



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

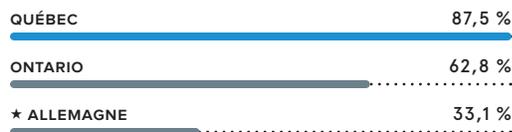
Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

MÉDECINS DE FAMILLE



En général, la population québécoise dispose d'une source régulière de soins. Toutefois, les Québécoises et les Québécois ne peuvent consulter cette source rapidement.

88 % des médecins québécois n'ont pas pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant (87)



66 % des Québécois de plus de 55 ans rapportent avoir un accès difficile aux médecins en dehors des heures régulières (90)



MÉDECINS SPÉCIALISTES



Les délais d'attente pour voir un spécialiste sont considérables au Québec comme ailleurs au Canada. La moyenne canadienne est de 64,7 %.

59 % des Québécois attendent plus de 4 semaines pour voir un spécialiste (84)



EXAMENS DIAGNOSTIQUES



L'accès rapide aux tests diagnostiques demeure problématique, comme dans plusieurs provinces.

65 % des médecins québécois rapportent que leurs patients ont de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (83)



CHIRURGIES PRIORITAIRES



Les temps d'attente pour les chirurgies prioritaires sont relativement bons.

Toutefois, des milliers de Québécoises et de Québécois sont en attente depuis plus de 6 mois pour des chirurgies non prioritaires par les politiques gouvernementales.

Entre 80 % et 88 % des patients québécois sont opérés dans les délais recommandés pour :

chirurgie de la hanche (74)



chirurgie du genou (75)



chirurgie de la cataracte (76)



En août 2016, au Québec, 16 343 des 18 643 personnes en attente d'une chirurgie depuis plus de 6 mois attendaient pour des chirurgies non prioritaires par les politiques gouvernementales.

Source: Tableaux de bord sur les informations de gestion - MSSS

L'APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ORGANISATIONNELLE S'APPUIE SUR 22 INDICATEURS.

Accès à un médecin de famille: capacité d'obtenir un rendez-vous rapidement (87, 92, 93), possibilité d'être vu en dehors des heures d'ouverture (88, 90), possibilité d'obtenir conseil rapidement (91), difficulté à obtenir un examen de routine (94), différents critères d'accès (89)

Délais d'attente pour voir un spécialiste: délais dans le traitement (80, 82), délais d'attente pour voir un spécialiste (81, 84, 85, 86)

Délais d'attente pour des examens diagnostiques: temps d'attente pour des examens diagnostiques (73, 83)

Délais d'attente pour des chirurgies prioritaires: proportion de patients opérés dans les délais (74, 75, 76), temps d'attente entre l'évaluation du spécialiste et la chirurgie (77, 78, 79)

1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- ▶ **Accessibilité financière**
Au Québec, l'accessibilité financière est bonne dans l'ensemble. C'est donc dire que le coût des services médicaux n'est pas un obstacle qui freine l'accès aux soins. Elle est toutefois problématique pour certaines personnes et certains services.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'accessibilité financière porte sur la difficulté à payer des médicaments, des services médicaux ou des examens ainsi que sur les dépenses pour des traitements médicaux non assurés.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.



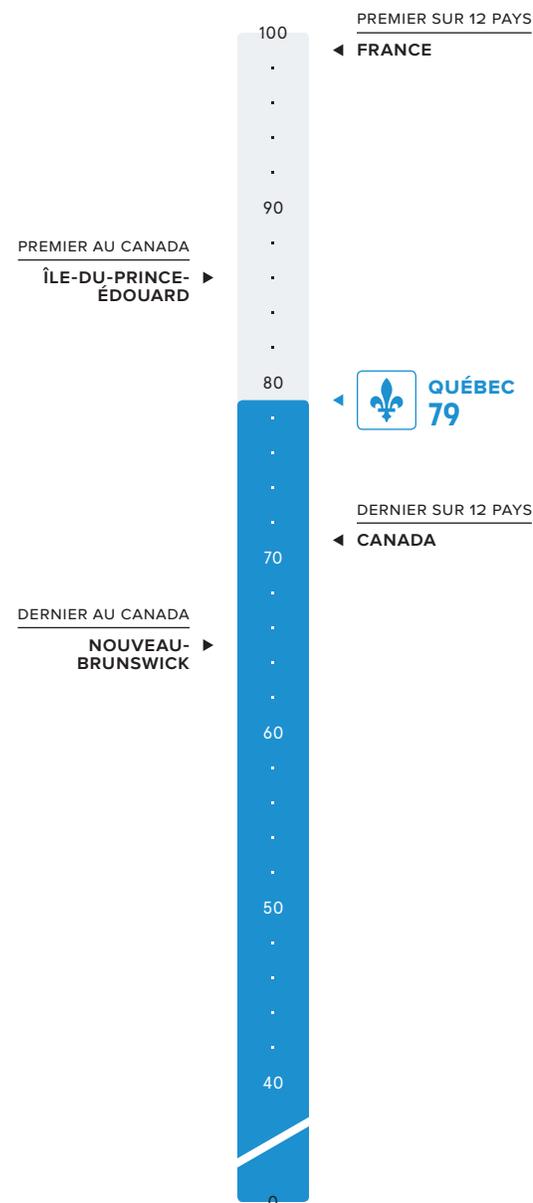
SCORE DU QUÉBEC

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE



CLASSEMENT DU QUÉBEC

3^e AU CANADA 9^e SUR 12 PAYS



SCORE DÉTAILLÉ

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE ●●●○



**SCORES DÉTAILLÉS
DU QUÉBEC**
ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

**ACCESSIBILITÉ
FINANCIÈRE**



Entre 3 % et 14 % des personnes de 55 ans et plus rapportent ne pas avoir pris un médicament, réalisé un test ou consulté un médecin ou un dentiste en raison du coût. Ces données sont comparables à celles des autres provinces et pays. Bien que ces pourcentages soient faibles, ils représentent tout de même entre 79 000 et 368 000 personnes.

Un peu plus du quart des personnes de 55 ans et plus ont dépensé plus de 1 000 \$ lors de la dernière année pour des traitements médicaux non assurés. Cette proportion est plus importante que la moyenne canadienne et que celle de la plupart des pays comparables.

26 % des Québécois de 55 ans et plus dépensent 1 000 \$ et plus par année pour des traitements médicaux (289)



7 % des Québécois de 55 ans et plus n'ont pas acheté un médicament prescrit ou ont sauté une dose en raison du coût (267)



14 % des Québécois de 55 ans et plus n'ont pas consulté un dentiste en raison du coût (272)



Au Québec en 2016, 27 % de la population de 18 ans et plus mentionne ne pas avoir eu des soins ou des examens dentaires en raison du coût.

(CSBE, 2017c)

**L'APPRÉCIATION DE
L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE
S'APPUIE SUR 9 INDICATEURS.**

Difficulté à payer des médicaments (266, 267), des services médicaux ou des examens (268, 269, 270, 271, 272, 273); dépenses pour des traitements médicaux non assurés (289)

1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- Utilisation des services
Au Québec, l'utilisation des services est plus faible qu'ailleurs. Les Québécoises et les Québécois utilisent beaucoup moins les services médicaux, sont moins hospitalisés et ils subissent moins de chirurgie que les résidents des autres pays et des autres provinces.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'utilisation des services est notamment évaluée par le nombre d'hospitalisations, le nombre de chirurgies et par le recours à l'urgence.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.



UTILISATION DES SERVICES

Niveau d'utilisation du système de santé québécois par rapport aux pays et provinces affichant le plus haut niveau

Le score 100 % représente la moyenne des résultats des trois pays ou provinces qui ont le plus haut niveau d'utilisation des services.



L'utilisation des services n'est pas intégrée à l'analyse de la performance puisque nous ne disposons pas d'information sur le niveau de besoin de la population.



UTILISATION DES SERVICES

Au Québec :

- Il y a moins d'hospitalisations en soins de courte durée comparativement à la moyenne canadienne et aux autres pays de l'OCDE
- Il y a moins d'arthroplastie de la hanche et du genou que dans les autres provinces canadiennes et autres pays de l'OCDE
- Le nombre de consultations et d'interventions dans une année par les médecins de famille au Québec est le plus faible de toutes les provinces canadiennes
- Le nombre de Québécoises et de Québécois qui ont eu recours au service des urgences est équivalent à celui des autres provinces, mais plus élevé que dans les pays de l'OCDE

Nombre de services **par 1 000 habitants** pour une année, selon les actes médicaux suivants :

consultations et interventions - médecine familiale (290)

QUÉBEC	311,2
★ COLOMBIE-BRITANNIQUE	532,3

consultations et interventions - spécialités médicales (291)

QUÉBEC	210,9
★ ONTARIO	245,5

consultations et interventions - spécialités chirurgicales (292)

QUÉBEC	116,0
★ ONTARIO	154,0

hospitalisations - de courte durée (65)

QUÉBEC	74,2
SASKATCHEWAN	102,9
★ ALLEMAGNE	252,0

hospitalisations - santé mentale (66)

QUÉBEC	5,3
★ ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	9,5

chirurgie de la hanche (68)

QUÉBEC	1,1
SASKATCHEWAN	2,0
★ SUISSE	2,9

chirurgie du genou (69)

QUÉBEC	1,3
★ SASKATCHEWAN	3,0
ÉTATS-UNIS	2,3

Au Québec, 60 % des visites à l'urgence sont pour des cas jugés non urgents (niveaux de priorité 4 et 5), soit des situations qui, pour la plupart, auraient pu être traitées en clinique.

(CSBE, 2016b)

L'APPRÉCIATION DE L'UTILISATION DES SERVICES S'APPUIE SUR 11 INDICATEURS.

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée et santé mentale (65, 67, 66); nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou (68, 69); consultation de médecins et recours à l'urgence (70, 71, 72); nombre de services fournis en médecine familiale (290), en spécialités médicales (291) et chirurgicales (292)

2. Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?

► Au Québec, les soins de santé sont généralement appropriés et de qualité, mais ils pourraient être plus sécuritaires.

QUALITÉ TECHNIQUE

Dans un système de santé performant, les citoyens reçoivent des soins et des services qui sont conformes aux meilleures façons de faire. Trois critères s'imposent pour définir la qualité technique des soins. Ceux-ci doivent être appropriés, c'est-à-dire qu'ils doivent être pertinents aux besoins de la personne. Les soins doivent ensuite être bien exécutés en fonction des normes de bonnes pratiques reconnues internationalement et, enfin, ils doivent être réalisés en minimisant les risques pour la santé, en évitant les infections, par exemple.

La qualité technique est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant la sécurité des soins, comme les infections contractées à l'hôpital ou les problèmes à la suite d'une chirurgie; la pertinence des soins, comme le taux de césariennes ou le taux d'hospitalisations qui auraient pu être évitées si le patient avait été bien pris en charge; l'exécution des soins, illustrée, entre autres, par les réadmissions à l'hôpital.

Le niveau de qualité technique produit dans un système de santé a des conséquences directes sur la santé des patients. Il est reconnu que des problèmes de qualité coûtent cher et sont la cause d'insatisfactions importantes, tant chez le personnel soignant que dans la population en général.



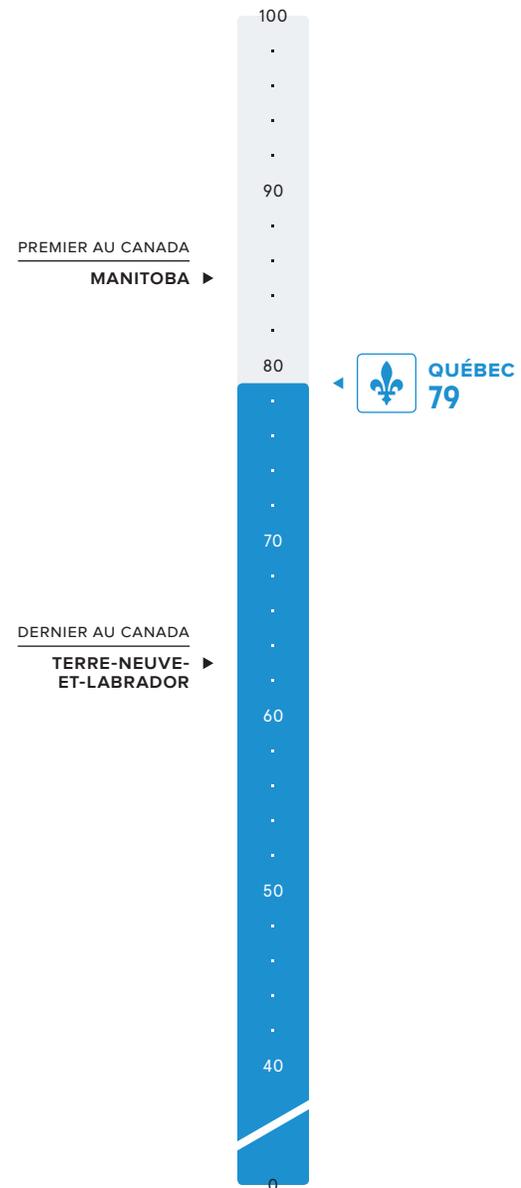
SCORE DU QUÉBEC

QUALITÉ TECHNIQUE



CLASSEMENT DU QUÉBEC

3^e AU CANADA Données insuffisantes à l'international



SCORES DÉTAILLÉS

SÉCURITÉ DES SOINS ● ● ● ○ ○
PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX ● ● ● ● ●
EXÉCUTION DES SOINS ● ● ● ○ ○



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province.
★ Indique le meilleur score.

SÉCURITÉ DES SOINS



Au Québec, les soins sont plutôt sécuritaires. Cependant, le risque d'infection et d'autres complications est plus élevé par rapport à certaines provinces canadiennes. Il s'est toutefois amélioré.

Au Québec, **4** patients hospitalisés sur 1 000 développent une infection lors de l'hospitalisation [95]



PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX



Au Québec, il semble que les patients reçoivent généralement en ambulatoire (en clinique externe ou à domicile) les soins nécessaires à leur condition clinique, de manière à éviter d'éventuelles hospitalisations. Cependant, plus de 25 000 hospitalisations par année pourraient encore être évitées.

305 hospitalisations par 100 000 habitants auraient pu être évitées si le patient avait reçu les soins nécessaires en clinique au Québec [101]



Par ailleurs, le taux de césarienne se situe dans les normes de bonnes pratiques internationales reconnues, soit autour de 10 %, selon l'Organisation mondiale de la santé (2015).

12 % de césariennes au Québec [102]



EXÉCUTION DES SOINS



Patients hospitalisés – Le faible taux de patients réadmis dans les 30 jours suivant une hospitalisation laisse supposer que les soins hospitaliers sont conformes aux bonnes pratiques.

6 % des patients qui ont subi une chirurgie ont été réadmis à l'hôpital au Québec [103]



Médecins de famille – Comparativement aux autres provinces et aux autres pays, l'évaluation de la qualité des soins prodigués par les médecins de famille ne semble pas être intégrée à la culture médicale au Québec.

13 % des patients qui ont reçu des soins médicaux ont été réadmis à l'hôpital au Québec [104]



Les patients atteints de maladies chroniques rapportent recevoir un bon suivi.

Médicaments – Les patients sont bien informés au sujet des médicaments qui leur sont prescrits.

Au Québec,
il n'y a pas de
données de la
conformité aux
bonnes pratiques
et de la sécurité
des soins reçus
dans les cliniques.

L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ TECHNIQUE S'APPUIE SUR 30 INDICATEURS.

Sécurité : risque de sepsis (95), corps étranger laissé dans l'organisme (96), troubles postopératoires : embolies pulmonaires (97) et septicémie (98), traumatismes obstétricaux (99, 100)

Pertinence des soins : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (101), césariennes (102)

Exécution des soins : réadmissions à l'hôpital pour les soins suivants : médicaux (104), chirurgicaux (103), obstétricaux (105), pédiatriques (106), en santé mentale (107); évaluation de la qualité des soins prodigués par les médecins de famille au niveau de l'efficacité des soins (108, 111); utilisation des services hospitaliers par les patients (110); sondage de satisfaction auprès des patients (109); comparaison avec des cibles de performance (112) ou avec d'autres cliniques (113); conformité aux guides de pratique concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques (114, 115, 116, 122, 123, 124); instructions par écrit fournies aux patients sur les symptômes à surveiller à la suite d'une hospitalisation (117); pratiques de gestion des médicaments (118, 119, 120, 121)

3. Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?

- Les patients québécois sont traités avec respect et ont une bonne communication avec leur médecin. Ils sont toutefois peu impliqués dans les choix concernant leurs soins ou leurs traitements.

HUMANISATION DES SOINS

Outre la qualité technique des soins, le contexte humain dans lequel ces soins sont donnés est également un élément important dans le processus de soins. L'humanisation renvoie aux relations psychologiques et sociales qui existent entre ceux qui offrent les services et ceux qui les reçoivent.

L'humanisation des soins est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant la qualité des échanges entre le médecin ou le personnel médical et le patient, soit le respect, la communication et l'écoute ainsi que l'implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements. Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les médecins de famille.

Il est important de s'attarder à l'humanisation des soins puisque celle-ci a des répercussions sur les résultats de santé ainsi que sur la satisfaction de la clientèle.

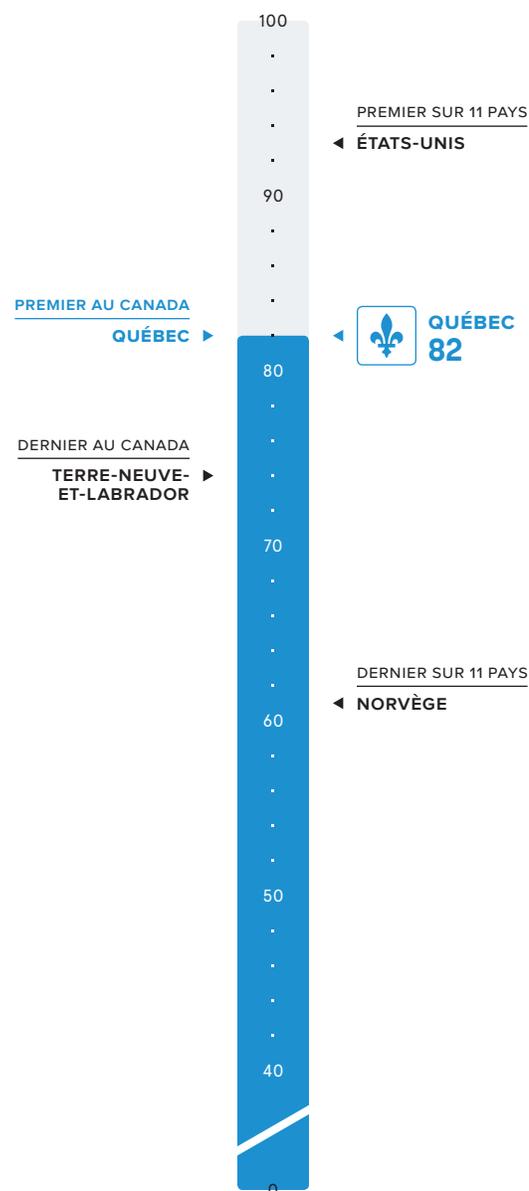


SCORE DU QUÉBEC

HUMANISATION DES SOINS



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

RESPECT



Au Québec, les médecins de famille consacrent une période de temps appréciable à une visite de routine, comparativement aux autres provinces canadiennes et aux autres pays.

25 minutes consacrées en moyenne à un patient lors d'une visite de routine au Québec (205)



COMMUNICATION ET ÉCOUTE



Au Québec, la grande majorité des patients considèrent avoir reçu suffisamment d'information sur leurs soins et traitements de la part de leur médecin de famille et sont satisfaits du temps qui leur est accordé.

72 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent recevoir suffisamment d'information sur leurs soins (202)



89 % des patients québécois rapportent que leur médecin de famille a pris un temps suffisant avec eux (203)

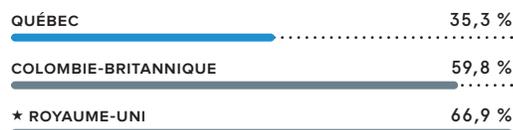


IMPLICATION DU PATIENT DANS LES DÉCISIONS

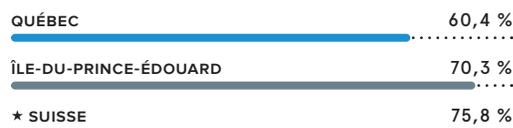


Comparativement aux autres provinces et pays, les patients québécois sont peu impliqués dans les décisions les concernant et le choix de leur traitement.

35 % des médecins de famille québécois déclarent discuter systématiquement avec leurs patients des traitements (209)



60 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent avoir toujours été impliqués dans les décisions sur leur traitement (212)



Ces résultats globalement favorables pour le Québec sont toutefois nuancés par le fait qu'en 2015-2016, 9 % des patients de 75 ans et plus, soit près de 30 000 personnes, ont attendu plus de 48 heures sur une civière à l'urgence.

Source : Banque de données commune des urgences (BCDU) - MSSS

L'APPRÉCIATION DE L'HUMANISATION S'APPUIE SUR 14 INDICATEURS.

Respect : durée de la consultation (205, 206, 207); qualité des lieux de la clinique, comme la confidentialité ou la facilité d'accès pour les personnes handicapées (208); situations rapportées par le patient, comme la politesse du médecin et du personnel à la clinique; temps d'attente lors de la consultation; manque de respect en raison du sexe ou de l'origine ethnique (204)

Communication et écoute : selon l'expérience du patient, présence d'un climat favorable à sa compréhension (201, 202); situations témoignant de l'empathie, comme une bonne communication avec le médecin, ou un manque d'empathie, comme le manque de contact visuel du médecin envers le patient (203)

Implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements : discussion entre le médecin de famille et le patient à propos des décisions ou des choix de traitement ou de référence vers un spécialiste (209, 211, 212, 213); inscription des préférences du patient au dossier (210)

4. Le suivi des patients est-il adéquat ?

- ▶ Au Québec, il y a peu de partage d'information entre les professionnels de la santé concernant le patient, particulièrement de la part du médecin spécialiste vers le médecin de famille. Toutefois, la coordination entre les services est satisfaisante.

CONTINUITÉ-COORDINATION

Dans un système de santé performant, les mécanismes pour assurer une bonne continuité dans les processus de soins concernant les patients sont mis en place et fonctionnent bien. Ceci implique que les patients sont suivis régulièrement par différents intervenants, selon les soins requis. La manière dont le patient est pris en charge dans ce processus prend alors toute son importance pour garantir la qualité de ses soins. De plus, les ententes pour assurer une bonne coordination entre les soins et services sont respectées et permettent d'optimiser l'expérience de soins des patients.

La continuité-coordination est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant le partage d'information entre les professionnels relativement au suivi d'un patient et à la qualité du suivi médical. Par exemple, la fréquence de prise de contact par la clinique avec le patient entre les rendez-vous et la coordination des soins du patient donnés par différents intervenants. Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les médecins de famille.

Un manque de continuité et de coordination peut avoir des répercussions importantes sur la santé des patients, particulièrement les plus vulnérables.



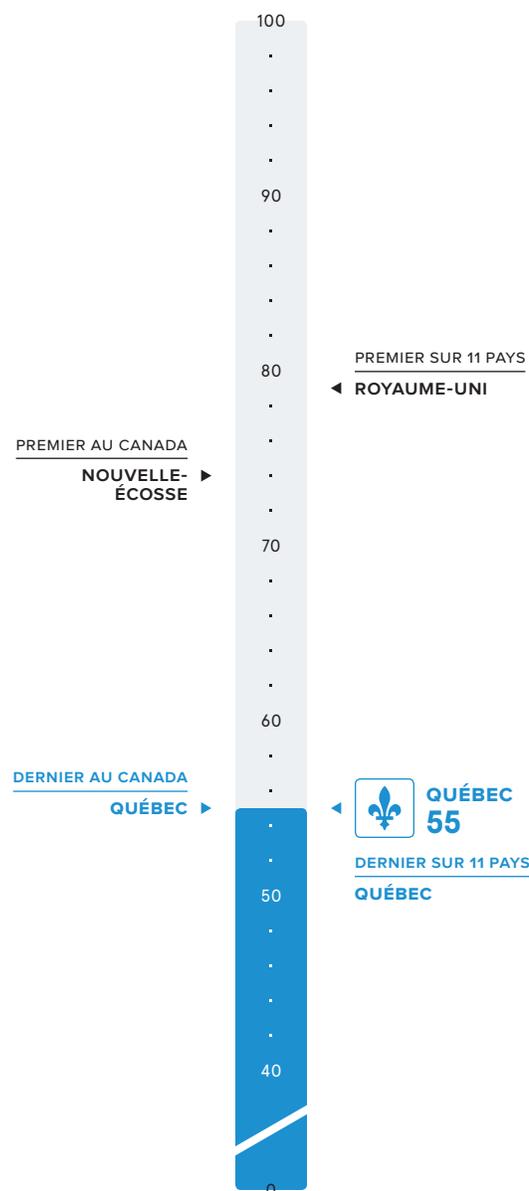
SCORE DU QUÉBEC

CONTINUITÉ-COORDINATION



CLASSEMENT DU QUÉBEC

10^e AU CANADA 11^e SUR 11 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

PARTAGE D'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ● ● ○ ○ ○ ○
COORDINATION DES SOINS ET SERVICES ● ● ● ● ○ ○



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

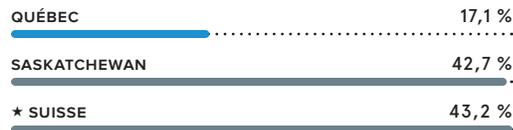
PARTAGE D'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS



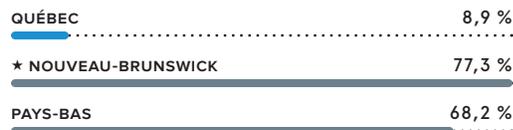
Il y a peu de partage d'information entre les médecins de famille, les médecins spécialistes et les autres services. Le Québec se classe au dernier rang des autres provinces et des pays comparables.

Les médecins de famille sont très peu informés des changements importants de l'état de santé de leurs patients lorsque ceux-ci ont consulté à l'urgence, sont hospitalisés ou reçoivent des soins à domicile.

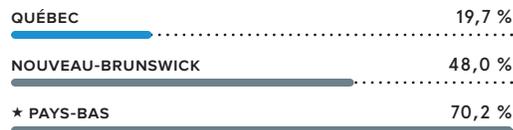
17 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient consulte un spécialiste (170)



9 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient va à l'urgence (176)



20 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient reçoit son congé de l'hôpital (177)



COORDINATION DES SOINS ET SERVICES



Au Québec, le suivi des patients à leur sortie de l'hôpital se fait bien. Toutefois, il y a peu de coordination entre le cabinet du médecin et les autres soins et services fournis au patient.

35 % des médecins de famille québécois affirment qu'il est facile de coordonner les soins de leurs patients (195)



82 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie (199)



Le pourcentage de médecins de famille québécois qui utilisent des dossiers médicaux électroniques a triplé entre 2009 et 2015.

Toutefois, le Québec accuse encore un important retard dans l'utilisation de certaines technologies.

L'APPRÉCIATION DE LA CONTINUITÉ S'APPUIE SUR 31 INDICATEURS.

Partage d'information rapporté par le médecin de famille : concernant les spécialistes (170, 171, 172, 187) et les autres services utilisés par la clientèle (175, 176, 177, 178, 197); réception d'informations transmises par des partenaires (186); information non disponible (181, 182) et rapporté par les patients : concernant le manque d'échanges d'information avec les spécialistes (173, 174); des informations contradictoires (179), ou non disponibles (184, 185), constat que l'équipe médicale était bien informée de leur dossier (180, 183), situations de bonne continuité (188)

Coordination des soins et services : rapportée par le médecin de famille : le contact avec les patients entre les visites (189, 190); la coordination des soins à la sortie de l'hôpital (193), avec des intervenants dans la communauté ou avec d'autres professionnels (194, 195, 191); situations de manque de coordination (196) et rapportée par les patients : un professionnel de la santé les contacte entre les visites chez le médecin (192); coordination des soins par son médecin de famille (198); prise de dispositions par l'hôpital pour assurer un suivi à leur sortie (199); situations de travail collaboratif; répétition de tests et personnel qui ne semble pas savoir qui devrait faire quoi (200)

5. Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?

- ▶ Le Québec performe bien en ce qui concerne la vaccination et le dépistage. Toutefois, les pratiques cliniques préventives, de même que la multidisciplinarité dans les cliniques et le rôle du personnel infirmier affichent des résultats plutôt mitigés.

GLOBALITÉ DES SOINS

Dans un système de santé performant, les citoyens reçoivent l'ensemble des soins et services nécessaires à leur santé et bien-être. Le processus de soins est facilité lorsqu'un maximum de traitements ou de types de services sont disponibles au même endroit, par exemple, dans une même clinique.

La globalité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs pouvant témoigner de l'éventail de soins offerts au patient. Ceux-ci incluent des vaccins, du dépistage, de la prévention, de la promotion de saines habitudes de vie, la présence d'infirmières ou d'infirmiers et la multidisciplinarité (diversité de professionnels de la santé qui travaillent dans les cliniques des médecins de famille). Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les soins prodigués par les médecins de famille et le personnel de leur clinique.

La globalité des soins favorise une meilleure réponse aux besoins de santé et améliore les résultats de santé. Elle est également associée à une plus grande satisfaction de la part du personnel soignant et de la population.



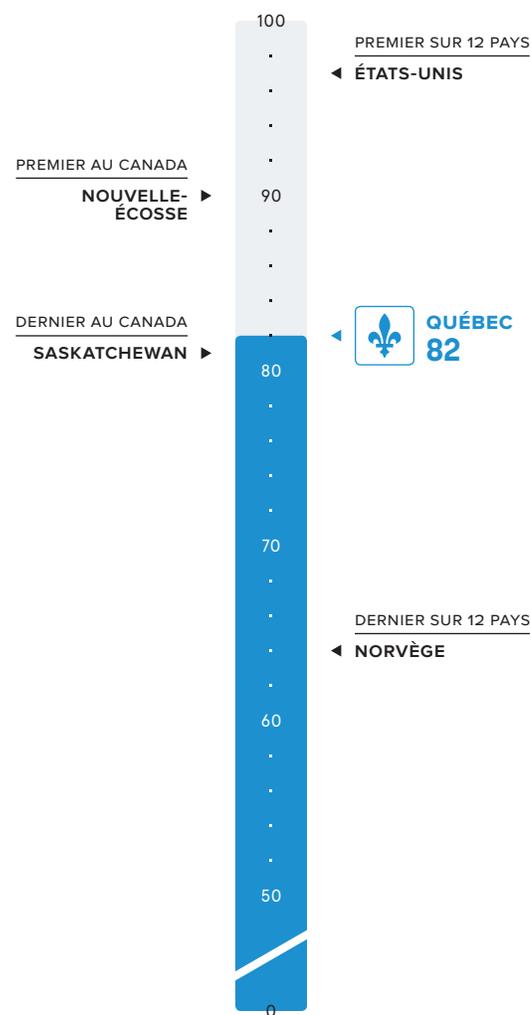
SCORE DU QUÉBEC

GLOBALITÉ DES SOINS



CLASSEMENT DU QUÉBEC

9^e AU CANADA 6^e SUR 12 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

VACCINATION ET DÉPISTAGE	● ● ● ● ○
PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	● ● ● ● ○
DIVERSITÉ DES SOINS ET SERVICES (MULTIDISCIPLINARITÉ)	● ● ● ● ○

La diversité des soins et services est exclue du calcul du score global de performance en raison du nombre trop restreint d'indicateurs disponibles pour l'ensemble des provinces et pays.



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

VACCINATION ET DÉPISTAGE



Le Québec fait particulièrement bonne figure dans le programme de mammographie préventive et performe de manière satisfaisante pour le dépistage du cancer du col utérin (test Pap).

Le pourcentage des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza est relativement faible.

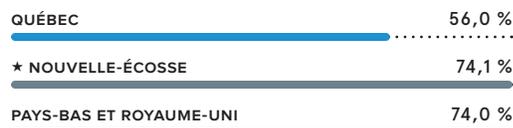
74 % des Québécoises ont passé une mammographie (157)



68 % des Québécoises ont passé un test Pap (158)



56 % des Québécois de 65 ans et plus sont vaccinés contre l'influenza (156)



PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



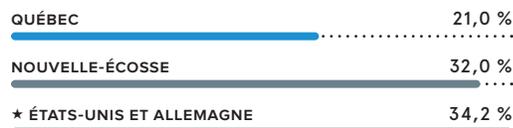
Les personnes de 55 ans et plus rapportent que leur médecin aborde avec eux des questions relatives aux saines habitudes de vie.

Cependant, peu ont rapporté qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou qui les stressent dans la vie.

55 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique (160)



21 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de stress (162)



DIVERSITÉ DES SOINS ET SERVICES (MULTIDISCIPLINARITÉ)



Dans les cliniques au Québec, la diversité des services est faible et il y a peu de multidisciplinarité. La diversité des professionnels qui travaillent dans les cliniques est faible (2 différentes professions en moyenne). De plus, le personnel infirmier n'est pas suffisamment impliqué dans la gestion des patients.

59 % des médecins de famille québécois affirment qu'une infirmière de la clinique participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves (165)



Entre 1975 et 2015, la part du budget consacré à la santé publique en Ontario et en Colombie-Britannique a plus que doublé.

Au Québec, cette part a diminué.

L'APPRÉCIATION DE LA GLOBALITÉ DES SOINS ET SERVICES S'APPUIE SUR 14 INDICATEURS.

Vaccins et dépistage: vaccin contre l'influenza (156), mammographie (157), test Pap (158), implication du médecin dans divers soins préventifs auprès des enfants et dans les soins palliatifs (167)

Pratiques cliniques préventives: promotion de saines habitudes de vie par les professionnels de la santé rapportée par les patients relativement à l'alimentation (159), l'activité physique (160), le tabagisme (161) et le stress (162); l'ensemble de ces pratiques rapportées par le médecin (168) et par le patient (169)

Diversité des soins et services: visites à domicile (163); nombre de professionnels de la santé qui travaillent à la clinique (164); activités du personnel infirmier: participation à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves (165), diverses tâches remplies de manière autonome par le personnel infirmier, comme l'immunisation ou la promotion de la santé (166)

6. Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?

► Résultats directement associés aux soins et services

Au Québec, les résultats reliés aux soins sont bons. Les soins de santé améliorent la santé de la population.

RÉSULTATS DE SANTÉ

Un système de santé performant contribue de manière importante à réduire les effets de la maladie et à améliorer la santé de la population. Son efficacité relève d'une réponse directe à des problématiques de santé par des soins et des services ainsi qu'aux besoins de santé et de bien-être de la population. Les résultats sont répartis selon deux catégories, soit ceux associés directement à une intervention du système de santé et ceux auxquels participe le système de santé, sans qu'ils puissent lui être directement attribuables (résultats distants).

Les résultats directement associés à une intervention du système de santé portent sur la mortalité à la suite d'une hospitalisation et sur les hospitalisations répétées en santé mentale. Ils portent également sur le sentiment de contrôle chez les patients face à leur santé à la suite d'une consultation dans une clinique.

Il est important de mesurer à quel point le système de santé et de services sociaux réussit à produire les résultats qui sont attendus ou escomptés. Les investissements et les interventions des différents intervenants doivent mener à des améliorations de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois.



SCORE DU QUÉBEC

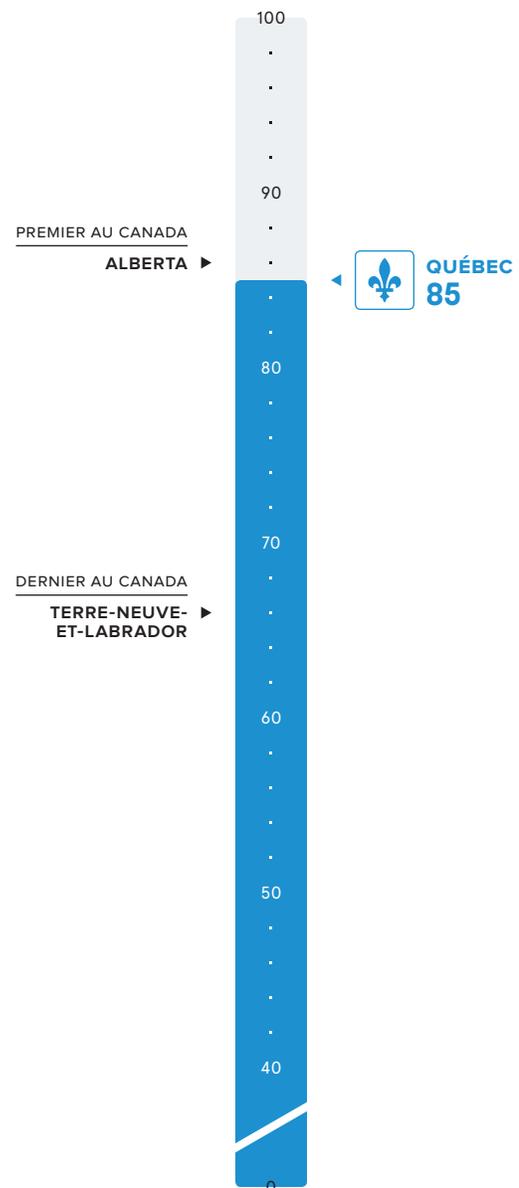
RÉSULTATS DIRECTEMENT ASSOCIÉS AUX SOINS ET SERVICES



CLASSEMENT DU QUÉBEC

2^e AU CANADA

Données insuffisantes à l'international



SCORES DÉTAILLÉS

SANTÉ PHYSIQUE	● ● ● ○ ○
SANTÉ MENTALE	● ● ● ● ●
SENTIMENT DE CONTRÔLE CHEZ LES PATIENTS	● ● ● ● ●



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

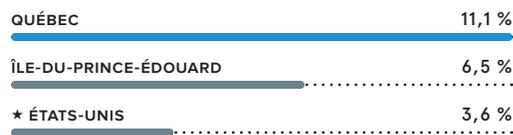
SANTÉ PHYSIQUE



Le Québec présente de bons résultats quant à la mortalité hospitalière en général.

Toutefois, le taux de mortalité hospitalière pour les patients admis pour un accident vasculaire cérébral est l'un des plus élevés au Canada et le plus élevé lorsque le Québec est comparé aux pays de l'OCDE.

11 % des patients hospitalisés pour un AVC qui reçoivent leur congé de l'hôpital décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation (228)



SANTÉ MENTALE



Au Québec, il y a relativement peu d'hospitalisations répétées pour des problèmes de santé mentale.

10 % des patients sont hospitalisés de manière répétée pour un problème de santé mentale (231)



SENTIMENT DE CONTRÔLE CHEZ LES PATIENTS



Au Québec, les médecins de famille réussissent à favoriser un plus grand sentiment de contrôle chez leurs patients face à leur santé.

Des efforts importants sont déployés pour offrir des soins et services de qualité aux patients atteints de cancer et faire le suivi des délais d'attente.

Mais il est actuellement impossible de tracer un portrait des résultats des soins reçus par ces patients en raison de la non disponibilité de données récentes et comparables.

Pourtant le cancer est la première cause de décès au Québec.

L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ASSOCIÉS AUX SOINS S'APPUIE SUR 7 INDICATEURS.

Santé physique: mortalité hospitalière (227), mortalité hospitalière suivant un AVC (228), un infarctus (229) ou une chirurgie majeure (230)

Santé mentale: hospitalisations répétées en santé mentale (231)

Sentiment de contrôle chez les patients: accroissement du sentiment de confiance et de contrôle sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (232); accroissement du sentiment de confiance de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (233)

6. Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?

- **Santé de la population**
Au Québec, les indicateurs disponibles montrent que dans l'ensemble, l'état de santé de la population est bon par rapport aux autres provinces canadiennes et à d'autres pays comparables.

RÉSULTATS DE SANTÉ

Un système de santé performant contribue de manière importante à réduire les effets de la maladie et à améliorer la santé de la population. Son efficacité relève d'une réponse directe à des problématiques de santé par des soins et des services ainsi qu'aux besoins de santé et de bien-être de la population. Les résultats sont répartis selon deux catégories, soit ceux associés directement à une intervention du système de santé et ceux auxquels participe le système de santé, sans qu'ils puissent lui être directement attribuables (résultats distants).

Les résultats distants (santé de la population) portent sur la santé générale, comme l'espérance de vie et les maladies chroniques, sur les saines habitudes de vie, sur la santé mentale, comme le taux de suicide, et sur la santé infantile, comme la naissance de faible poids ou la mortalité.

Il est important de mesurer à quel point le système de santé et de services sociaux réussit à produire les résultats qui sont attendus ou escomptés. Les investissements et les interventions des différents intervenants doivent mener à des améliorations de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois.



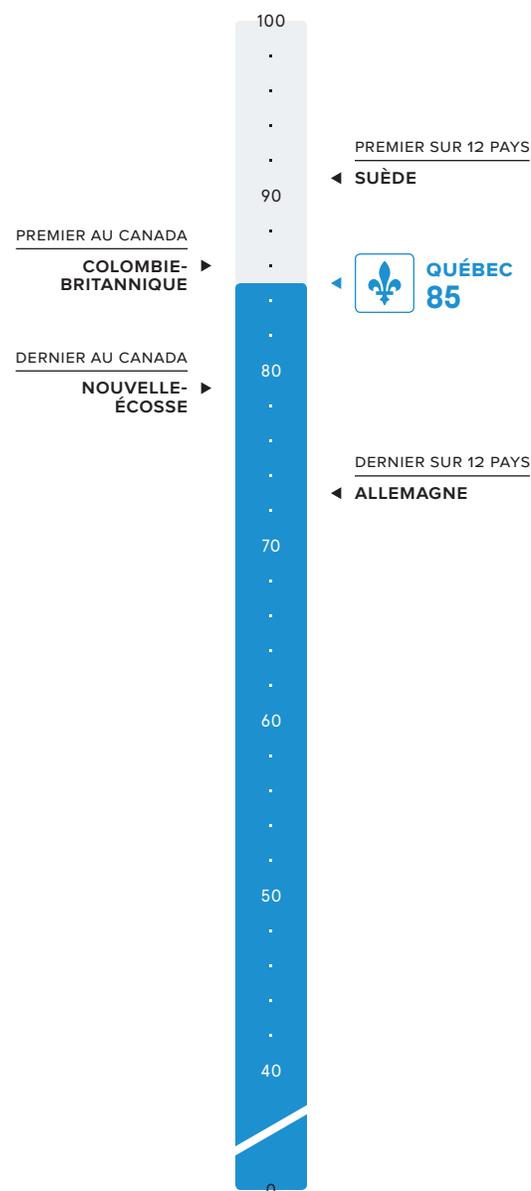
SCORE DU QUÉBEC

SANTÉ DE LA POPULATION



CLASSEMENT DU QUÉBEC

2^e AU CANADA 5^e SUR 12 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

SANTÉ GÉNÉRALE	● ● ● ● ●
HABITUDES DE VIE	● ● ● ● ○
SANTÉ MENTALE	● ● ● ● ●
SANTÉ INFANTILE	● ● ● ○ ○



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

SANTÉ GÉNÉRALE



L'espérance de vie au Québec est bonne et se situe dans la moyenne canadienne. Le Québec fait bonne figure en matière d'espérance de vie comparativement aux autres pays de l'OCDE.

Les Québécois de 65 ans ont une espérance de vie de **21 ans** (284)

QUÉBEC	20,8
COLOMBIE-BRITANNIQUE	20,8
★ FRANCE	21,5

HABITUDES DE VIE



Un effort pour contrer les habitudes de vie nocives pour la santé, comme le tabagisme et le manque d'activité physique, demeure souhaitable au Québec.

20 % des Québécois fument (242)

QUÉBEC	20,3 %
COLOMBIE-BRITANNIQUE	15,1 %
★ SUÈDE	10,8 %

48 % des Québécois sont sédentaires pendant leurs loisirs (237)

QUÉBEC	48,3 %
★ COLOMBIE-BRITANNIQUE	38,1 %

SANTÉ MENTALE



Le taux de suicide au Québec est inférieur à celui des autres pays et il est supérieur à la moyenne canadienne qui est de 10,6 pour 100 000 habitants.

Le taux de suicide au Québec est de **12** pour 100 000 habitants (248)

QUÉBEC	12,2
★ ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	5,8
ROYAUME-UNI	15,2

Les trois quarts des Québécois se considèrent en bonne santé mentale et cette proportion est la plus élevée de toutes les provinces canadiennes.

6 % de bébés nés au Québec sont de faible poids (234)

QUÉBEC	6,0 %
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	5,4 %
★ SUÈDE	4,4 %

SANTÉ INFANTILE



Le Québec se situe dans la moyenne canadienne en ce qui a trait à la proportion des naissances de faible poids et à la mortalité infantile. Toutefois, plusieurs pays nordiques obtiennent des taux plus faibles de mortalité infantile que le Québec.

Le taux de mortalité infantile au Québec est de **4** pour 1 000 naissances (235)

QUÉBEC	4,3
NOUVEAU-BRUNSWICK	4,2
★ NORVÈGE	2,0

L'espérance de vie est de **82,2 ans** dans l'ensemble du Québec.

Elle est plus élevée chez les femmes, soit **84,1 ans** alors qu'elle est de **80,2 ans** chez les hommes.

L'APPRÉCIATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE S'APPUIE SUR 28 INDICATEURS.

Santé générale : espérance de vie à la naissance (281, 282, 283), espérance de vie chez la population âgée actuellement de 65 ans et plus (284, 285, 286); perception de sa santé (253, 254, 255), maladies chroniques (256), prise de médicaments prescrits (257)

Habitudes de vie : inactivité physique (237), consommation quotidienne de fruits et légumes (238), obésité (241), tabagisme (242, 243, 244, 245), consommation d'alcool (246), allaitement (247)

Santé mentale : mortalité par suicide (248, 249, 250), blessure auto-infligée (251), perception de sa santé mentale (252)

Santé infantile : naissance de faible poids (234), mortalité infantile (235), mortalité néonatale (236)

7. Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?

- Au Québec, il existe encore des disparités en matière de soins et services reçus et de résultats de santé entre les moins bien nantis et les mieux nantis.

ÉQUITÉ

Un système de santé public performant permet à tous les citoyens d'avoir un accès équitable à des soins et services de santé de qualité, indépendamment de la région où ils habitent, de leur revenu, de leur sexe ou d'autres caractéristiques sociodémographiques. L'équité est une des valeurs dominantes de la société québécoise et le système de santé et de services sociaux doit s'efforcer de réduire les iniquités observées en matière de santé et de bien-être.

L'équité est mesurée ici par les différences observées dans l'état de santé des personnes et dans la qualité des soins reçus en fonction du revenu des citoyens.

Il est important d'apprécier l'équité dans notre système de santé et de services sociaux puisqu'un manque d'équité peut accroître les problèmes de santé, particulièrement chez les personnes plus vulnérables.



SCORE DU QUÉBEC

ÉQUITÉ

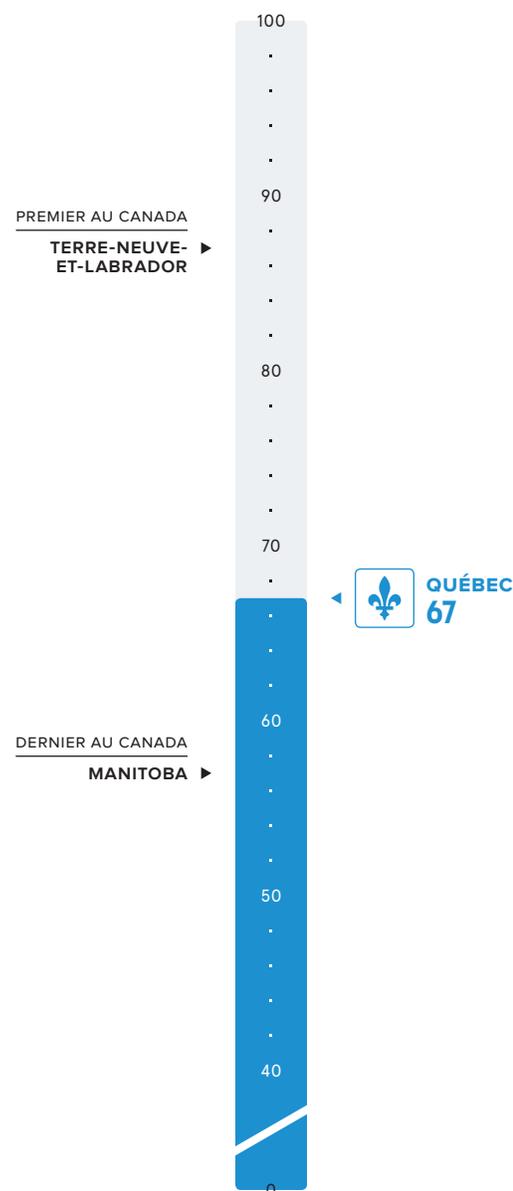


CLASSEMENT DU QUÉBEC

7^e AU CANADA



Données insuffisantes à l'international



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province.
★ Indique le meilleur score.

ÉQUITÉ QUANT AU SUIVI DES PATIENTS



Au Québec, les personnes à faible revenu ont plus de risque d'être hospitalisées pour des conditions qui auraient pu être suivies par un médecin de famille ou le personnel de sa clinique.

Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **2,6 fois plus** pour des problèmes qui auraient pu être traités par un médecin de famille ou par le personnel de sa clinique (275)



ÉQUITÉ QUANT À LA QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS



À l'hôpital, la qualité des soins ne semble pas affectée par le niveau de revenu des patients.

Au Québec, comparativement aux patients qui ont les revenus les plus élevés, les taux de réadmissions à l'hôpital pour les patients à faible revenu **ne sont pas différents** pour :

les soins chirurgicaux (276) et médicaux (277)



les soins obstétricaux (278)



les soins pédiatriques (279)



ÉQUITÉ QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ



Les Québécoises et les Québécois les plus pauvres ont plus de problèmes de santé mentale et de maladies cardiaques que les plus riches.

Allant dans le même sens, des données nationales montrent une disparité importante entre certains quartiers des villes du Québec quant à l'espérance de vie.

Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **2 fois plus** à la suite d'une blessure auto-infligée (264)



Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **1,5 fois plus** à la suite d'une crise cardiaque (265)



Au Québec,
l'espérance de vie
n'est pas la même
partout :

À MONTRÉAL

75,8 ans
Hochelaga-Maisonneuve
85,9 ans
Mont-Royal

À QUÉBEC

76,3 ans
Québec-Basse-Ville
82,8 ans
Sainte-Foy-Sillery

Source : Infocentre-INSPQ

L'APPRÉCIATION DE L'ÉQUITÉ S'APPUIE SUR 8 INDICATEURS.

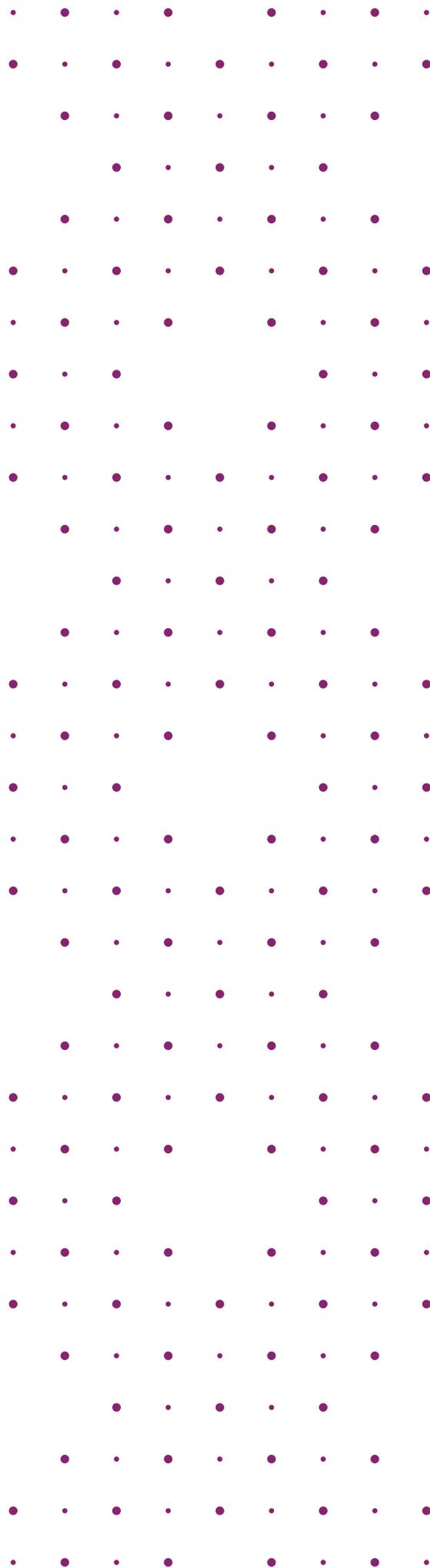
Équité quant au suivi des patients : patients hospitalisés pour des conditions qui auraient pu être prévenues par des soins de première ligne, selon le revenu (275)

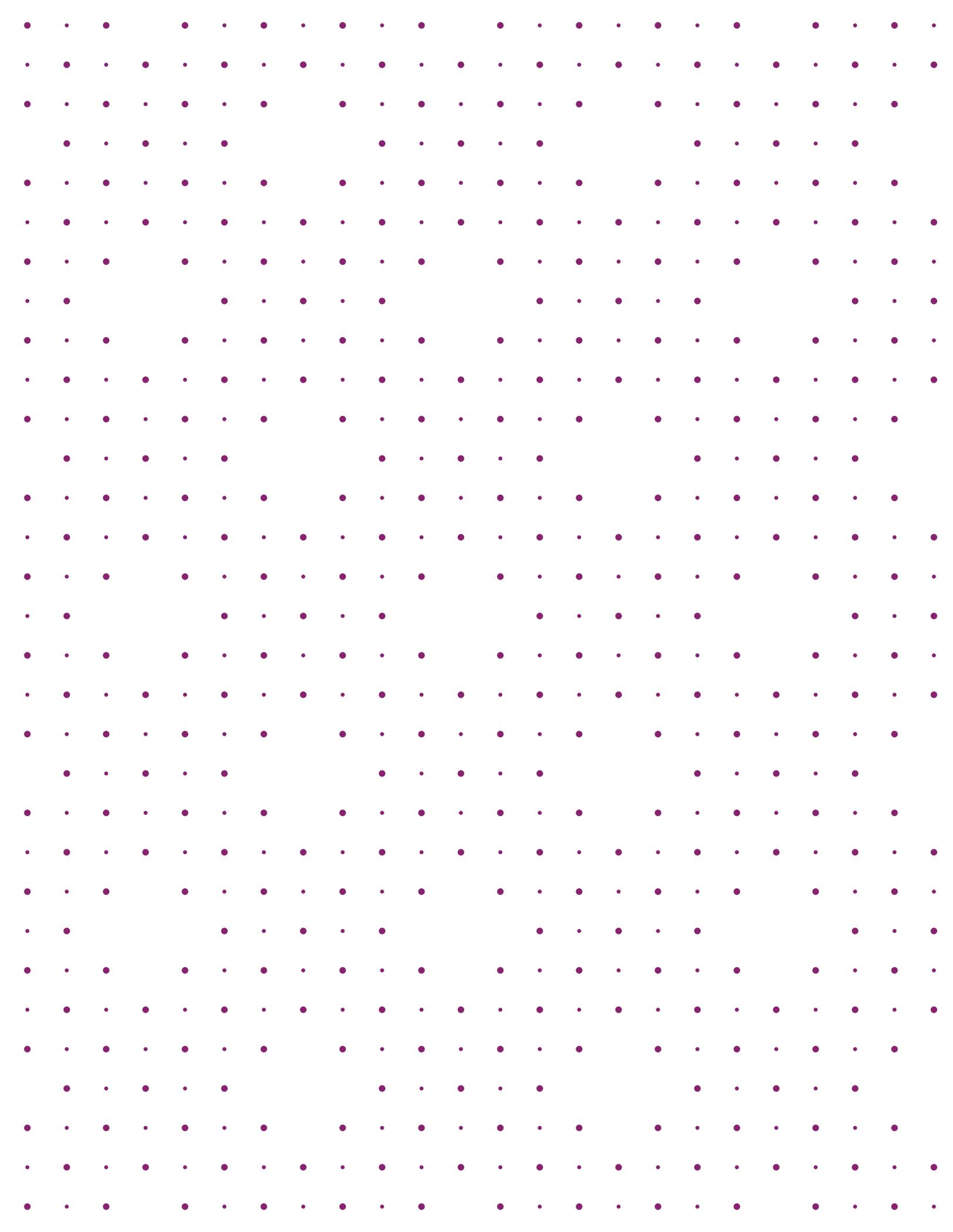
Équité quant à la qualité des soins hospitaliers : taux de réadmission de patients hospitalisés pour des soins chirurgicaux, médicaux, obstétricaux et pédiatriques, selon le revenu (276, 277, 278, 279)

Équité quant à l'état de santé : taux d'hospitalisation pour une blessure auto-infligée et une crise cardiaque, selon le revenu (264, 265)

Équité de ressources : dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé (280)

Bilan de performance et pistes de réflexion





Bilan de performance et pistes de réflexion

Cette section vise à comprendre les résultats de l'état de la performance du système de santé et de services sociaux québécois en mettant en relation certains éléments, plus particulièrement les facteurs qui affectent l'accessibilité, une préoccupation récurrente du système de santé au Québec.

Dans les pages précédentes, nous vous avons présenté l'état de la performance du système de santé et de services sociaux québécois qui est synthétisé dans le *tableau 1*. On constate donc que la performance du système de santé et de services sociaux québécois est variable selon les dimensions étudiées.

Le Québec fait très bonne figure dans certains domaines, comme l'humanisation des soins, la diversité et la gamme de soins et services offerts aux patients et les résultats de santé. De plus, la qualité des soins médicaux est appréciable dans son ensemble.

Certains défis demeurent toutefois présents, que ce soit les difficultés d'accès qui perdurent, la continuité des soins et services qui doit être améliorée ou le manque d'équité.

Le système est complexe. Pour en apprécier la performance, il est nécessaire de mettre en relation différents éléments et d'évaluer leurs répercussions les uns sur les autres. Certaines hypothèses explicatives sont fréquemment soulevées, que ce soit dans la littérature scientifique ou par les experts du domaine. La partie qui suit jette un regard sur ces éléments pour ensuite évaluer leur potentiel d'influence sur les enjeux actuels.

TABLEAU 1
RÉSULTAT GLOBAL POUR CHACUN DES ÉLÉMENTS ÉTUDIÉS

DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE		QUESTIONS D'INTÉRÊT ABORDÉES	SCORE GLOBAL
Accessibilité	Accessibilité organisationnelle	1. Les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?	63,1 ● ● ○ ○ ○
	Accessibilité financière		78,9 ● ● ● ● ○
Qualité technique		2. Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?	78,7 ● ● ● ● ○
Humanisation des soins		3. Les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?	81,7 ● ● ● ● ○
Continuité-coordination		4. Le suivi des patients est-il adéquat ?	54,8 ● ● ○ ○ ○
Globalité des soins		5. Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?	81,6 ● ● ● ● ○
Résultats de santé	Résultats directs	6. Les soins et services donnent-ils les résultats escomptés ?	84,8 ● ● ● ● ●
	Santé de la population		85,4 ● ● ● ● ●
Équité		7. Les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?	67,1 ● ● ● ○ ○

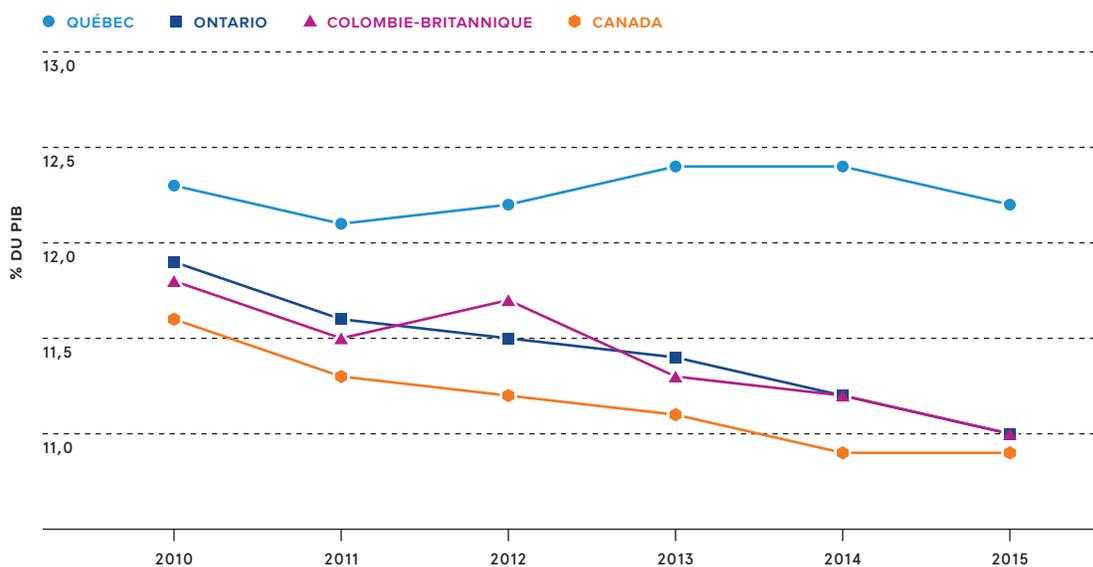
1. Les dépenses en santé

LE NIVEAU DE DÉPENSES EN SANTÉ

La santé et les services sociaux représentent la plus grande part des dépenses publiques, soit près de 50 %² de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec en 2016-2017, et constituent une part importante du PIB. La *figure 2* montre l'évolution des dépenses de santé par habitant au Québec en pourcentage du PIB entre 2010 et 2015.

On observe que, comparativement à la moyenne canadienne, le Québec consacre une part un peu plus importante de son PIB à la santé.

FIGURE 2
ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN % DU PIB ENTRE 2010 ET 2015



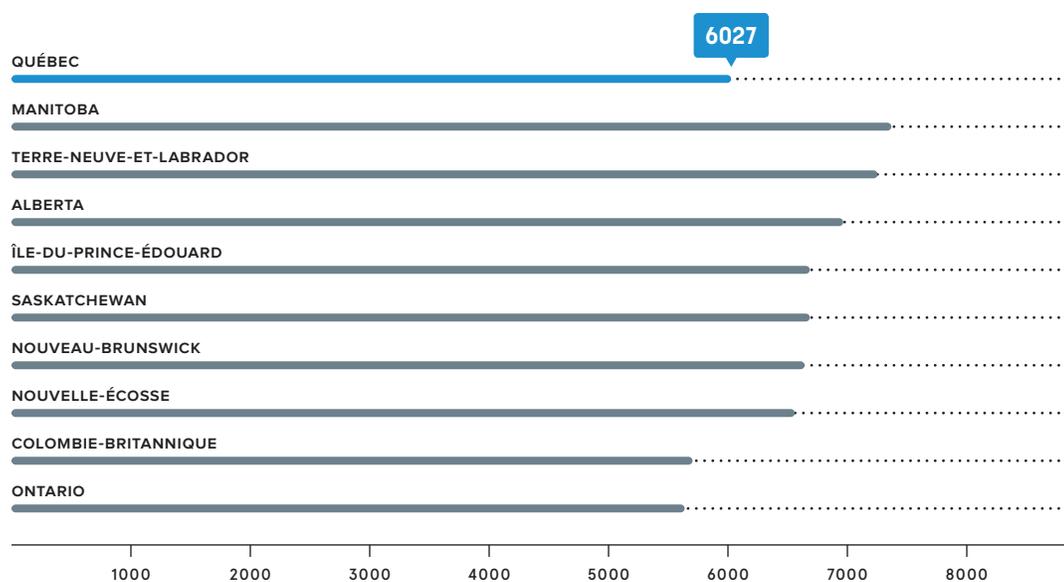
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

² Ce pourcentage est de 30%, si l'on tient compte de l'ensemble des dépenses du gouvernement du Québec (les programmes et les autres dépenses, comme les ajustements de consolidation, mais qui excluent les frais de la dette). INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Cependant, lorsqu'on tient compte du coût de la vie dans les montants investis (*figure 3*), les dépenses en santé au Québec sont dans la moyenne canadienne, bien que légèrement plus élevées que celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

Par rapport aux pays de l'OCDE, les dépenses totales en santé au Québec sont moindres, le Québec étant au 10^e rang sur 12.

FIGURE 3
DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT DANS LES PROVINCES CANADIENNES
EN DOLLARS CANADIENS AJUSTÉS AU COÛT DE LA VIE (2015)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015* ; Statistique Canada, CANSIM, tableau 326-0015.

LA RÉPARTITION DES DÉPENSES

La façon dont les dépenses sont réparties entre les différents services de santé et les services sociaux influence beaucoup le rendement ou la performance d'un système de santé ; il s'agit donc d'un facteur à examiner de près. Comme les autres provinces canadiennes depuis les 30 dernières années, le Québec a réduit considérablement la proportion de ses dépenses qui vont aux hôpitaux et autres établissements. Ces sommes semblent avoir été transférées vers les médicaments. En effet, la proportion des dépenses attribuée aux médicaments a plus

que doublé depuis 1975, comme l'indique le *tableau 2*. Un déplacement des sommes vers des services ambulatoires (hors de l'hôpital) et des services à domicile pourrait probablement pallier certains problèmes identifiés, notamment améliorer l'accessibilité. Par ailleurs, la proportion des dépenses consacrée à la santé publique a significativement diminué dans les dernières années, alors qu'elle a minimalement doublé dans d'autres provinces.

TABLEAU 2
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ (1975 ET 2015)

DÉPENSES	QUÉBEC		ONTARIO		COLOMBIE-BRITANNIQUE	
	1975	2015	1975	2015	1975	2015
Hôpitaux/autres établissements	54,9	40,0	55,0	38,7	47,3	38,6
Médecins	14,5	15,4	16,0	16,4	18,1	15,0
Médicaments	8,5	19,3	8,4	16,7	9,8	12,2
Santé publique	3,8	2,8	2,2	5,8	4,0	8,0

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

En conclusion, bien que les coûts en santé soient élevés au Québec, ils ne sont pas disproportionnés et sont même moindres que ceux engagés dans d'autres provinces ou pays. Il est possible que les investissements totaux en santé soient suffisants, mais que la répartition des dépenses soit un facteur contributif aux difficultés d'accès.

2. Les ressources humaines et matérielles en santé et services sociaux

Les intervenants de la santé et des services sociaux sont le fondement du système québécois. Les pénuries de personnel réelles ou appréhendées dans certains secteurs font régulièrement la manchette. Il est donc tout à fait pertinent de regarder si nous disposons de suffisamment de personnel pour répondre aux besoins de la population.

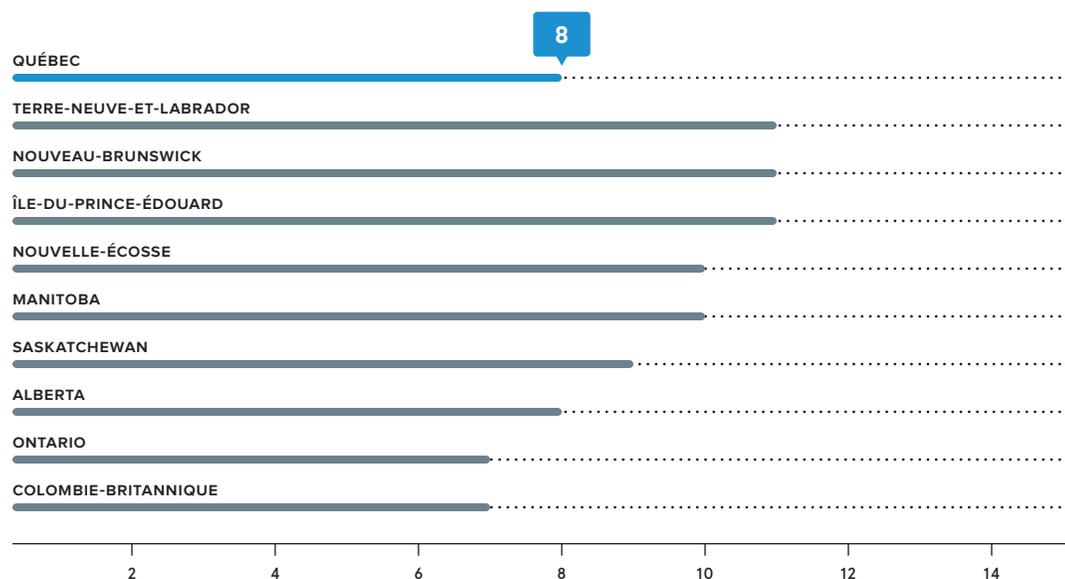
La comparaison avec les autres provinces canadiennes est aussi intéressante puisque ces systèmes partagent beaucoup de caractéristiques communes avec le Québec.

Cependant, ces données ne sont disponibles que pour le personnel infirmier et les médecins.

LE PERSONNEL INFIRMIER

Au Québec, le nombre d’infirmières ou d’infirmiers (*figure 4*) se compare favorablement à celui de l’Ontario, de la Colombie-Britannique et de l’Alberta. Il est cependant inférieur à celui des autres provinces canadiennes.

FIGURE 4
NOMBRE D’INFIRMIÈRES OU D’INFIRMIERS PAR 1 000 HABITANTS (2014)



Source : Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la main-d’œuvre de la santé*.

Le nombre d’infirmières et d’infirmiers fournit une information utile, mais sommaire. Au-delà du nombre, la répartition de ce type de professionnel entre les différents milieux de pratique, de même que leurs tâches, peut permettre de comprendre les difficultés liées à l’accessibilité. Toutefois, de telles données comparatives ne sont pas disponibles.

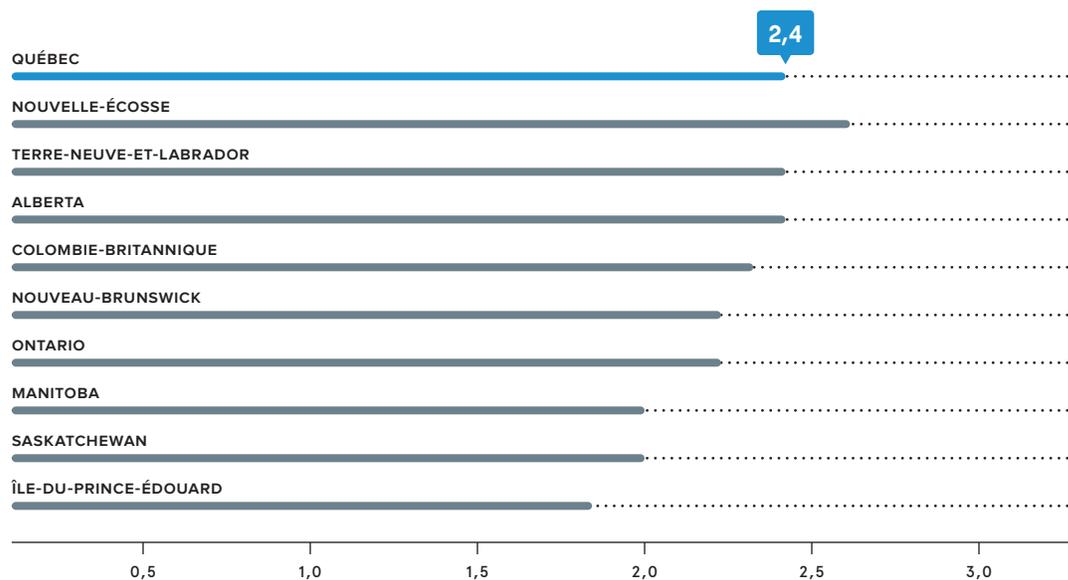
Au Québec, la grande majorité du personnel infirmier, soit 84,4 %, œuvrent dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Plus de 88 % de ces infirmières et infirmiers occupent des fonctions cliniques en 2015-2016, principalement comme infirmière ou infirmière clinicienne.

Depuis plus de 10 ans maintenant, la profession d’infirmière praticienne spécialisée (IPS) est permise au Québec. L’apport des IPS à l’amélioration de l’accès aux soins et services, de la qualité des soins, de la prise en charge et du suivi de la clientèle, notamment des personnes ayant une maladie chronique, est largement démontré. Au Québec, ce nombre est passé de 149, en 2011-2012, à 365 en 2015-2016, ce qui représente 0,5 % de l’effectif infirmier. En comparaison, l’Ontario comptait 2 407 IPS en 2015, soit 2,5 % de l’effectif infirmier (QSSO, 2016).

LES MÉDECINS

La *figure 5* montre qu'au Québec, le nombre de médecins est sensiblement le même que dans les autres provinces canadiennes. Toutefois, le Québec se distingue par la proportion plus élevée de médecins spécialistes, alors que les autres provinces comptent davantage de médecins de famille.

FIGURE 5
NOMBRE DE MÉDECINS PAR 1 000 HABITANTS (2015)

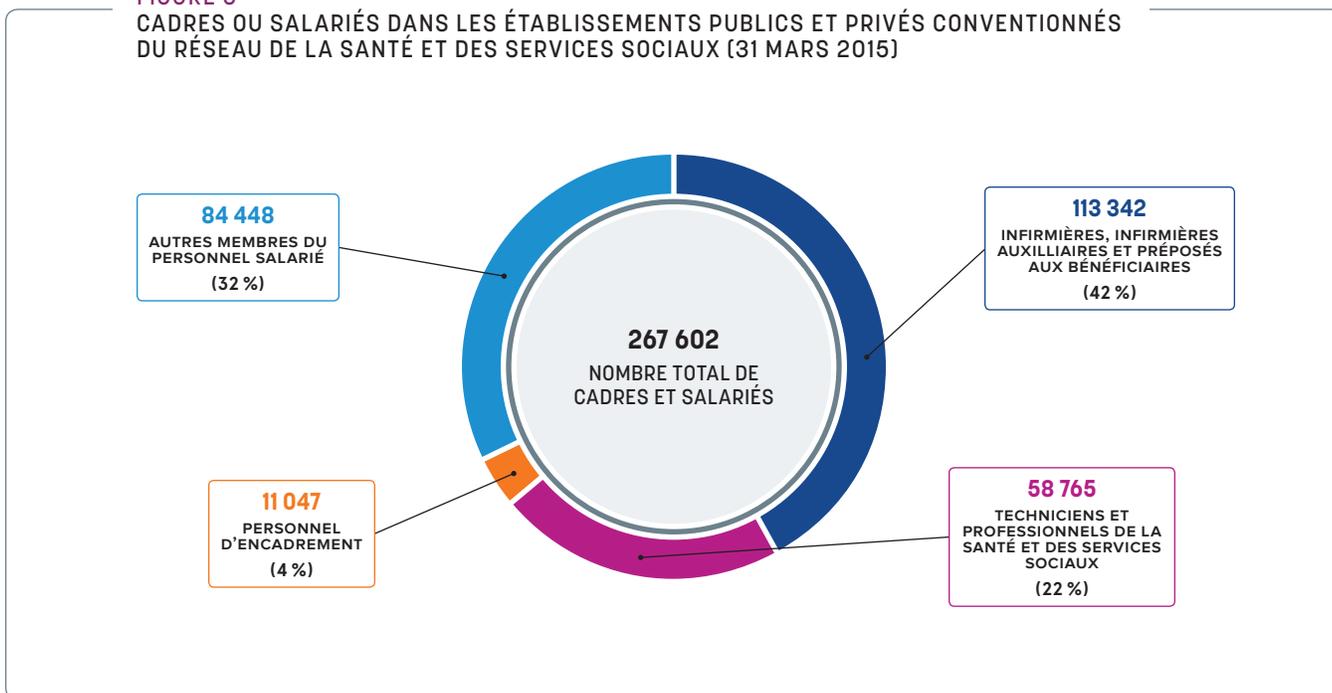


Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)*.

Le nombre de médecins à lui seul fournit cependant une information limitée. Le Québec se distingue aussi par le nombre d'heures travaillées en clinique par semaine par les médecins de famille. Il présente le plus faible nombre d'heures, tant au Canada que dans tous les pays de l'OCDE, ce qui peut sans doute contribuer à une faible accessibilité aux soins. Il faut cependant considérer le fait qu'au Québec, les médecins omnipraticiens doivent réaliser un certain nombre d'heures d'activités médicales particulières (AMP) qui se font essentiellement hors cabinet. Ces AMP varient de 6 à 12 heures par semaine, selon les années de pratique du médecin.

Évidemment, d'autres types d'intervenants œuvrent dans le réseau et leur apport est tout aussi indispensable. Ainsi, en 2015-2016, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec dispose d'un effectif de 267 602 intervenants comprenant 113 342 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ; 58 765 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux ; 11 047 cadres et 84 448 autres intervenants salarié (figure 6).

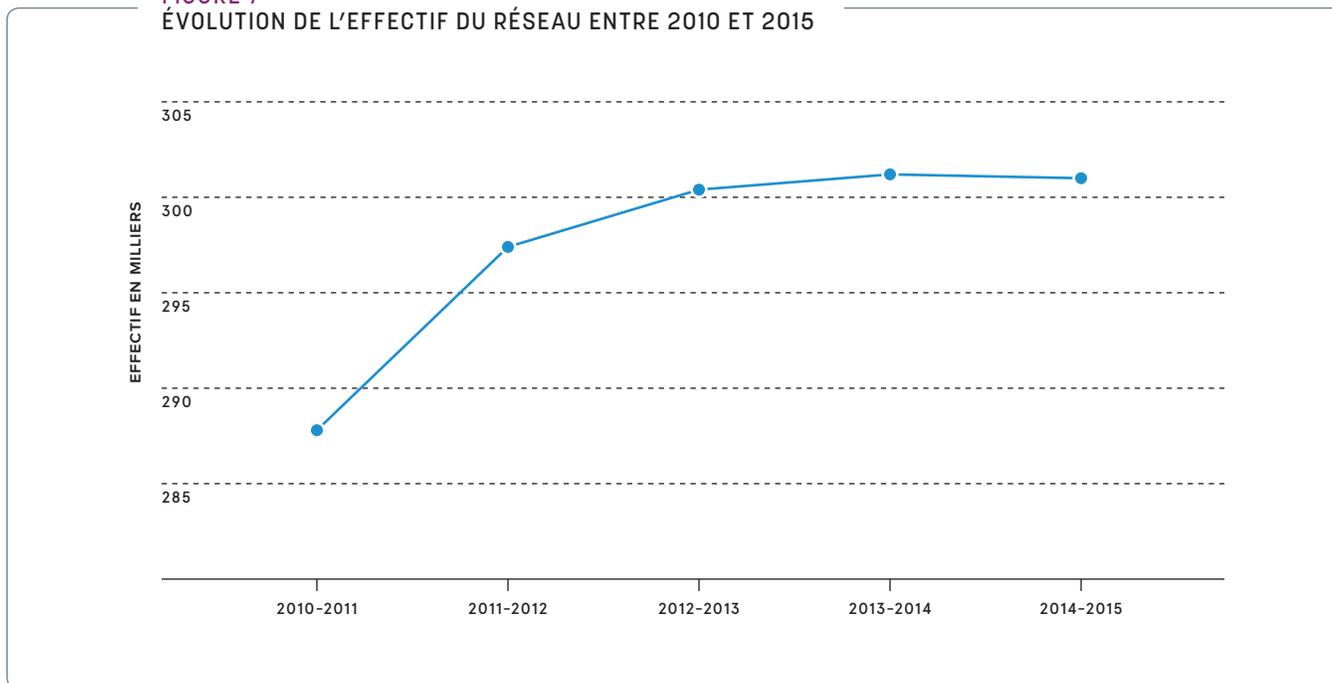
FIGURE 6
CADRES OU SALARIÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (31 MARS 2015)



Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016*.

La *figure 7* indique l'évolution de l'effectif total du réseau de la santé et des services sociaux³ au cours des dernières années. Nous observons qu'il est stable depuis 2012-2013.

FIGURE 7
ÉVOLUTION DE L'FFECTIF DU RÉSEAU ENTRE 2010 ET 2015



Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013* et *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016*.

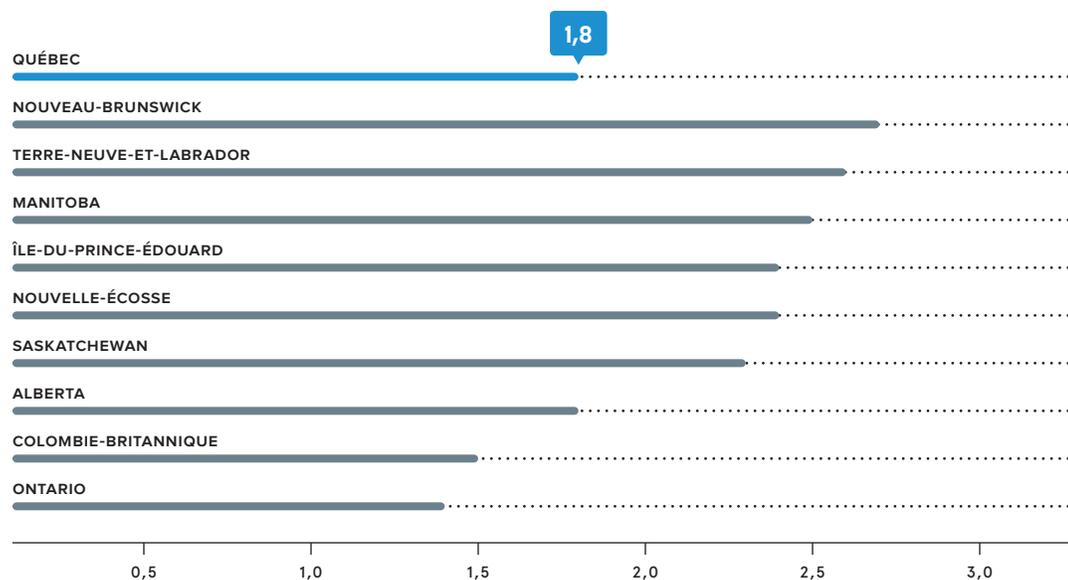
³ L'effectif total inclut le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels touchant une rémunération à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (principalement les médecins ainsi que les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Office des personnes handicapées du Québec).

LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Les ressources matérielles, dont dispose le système pour offrir les soins et services requis, sont un autre élément qui peut expliquer les difficultés d'accès. Le nombre de lits d'hôpitaux ou d'hébergement ou encore le nombre et l'utilisation des salles d'opération ou d'appareils de radiodiagnostic en sont quelques exemples. La *figure 8* présente le nombre de lits d'hôpitaux de courte durée par 1 000 habitants au Canada.

Elle indique que le Québec se situe dans la moyenne canadienne. Il faut toutefois noter que le Québec et le Canada font partie des pays qui ont le plus faible ratio de lits par habitant. Le nombre de lits d'hôpitaux a diminué de moitié au cours des 20 dernières années. Cette réduction a été menée, entre autres, afin de diminuer les coûts et de rapprocher les services des citoyens en offrant des services plus près des lieux où ils habitent.

FIGURE 8
NOMBRE DE LITS D'HÔPITAUX DE COURTE DURÉE PAR 1 000 HABITANTS (2013-2014)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données canadienne SIG (BDCS)*.

Pourtant, ce faible nombre de lits ne semble pas compensé par une plus grande intensité de services ambulatoires (hors de l'hôpital). En effet, l'utilisation par les Québécoises et les Québécois des services des omnipraticiens est de loin le plus faible de toutes les provinces canadiennes.

Par ailleurs, le Québec est bien pourvu d'appareils de haute technologie. Au Canada, il se situe au 1^{er} rang pour le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et au 5^e rang pour le nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) par habitant.

En conclusion, la disponibilité des ressources humaines et matérielles au Québec est comparable à la situation observée dans les autres provinces canadiennes, mais inférieure à celle observée dans les autres pays comparables, et ce, pour tous les types de ressources. Globalement, la pression grandissante sur des ressources existantes peut affecter la performance de notre système et demande qu'une attention particulière soit portée à l'organisation et à la production de services en vue de les optimiser.

3. L'organisation et la production de soins et de services

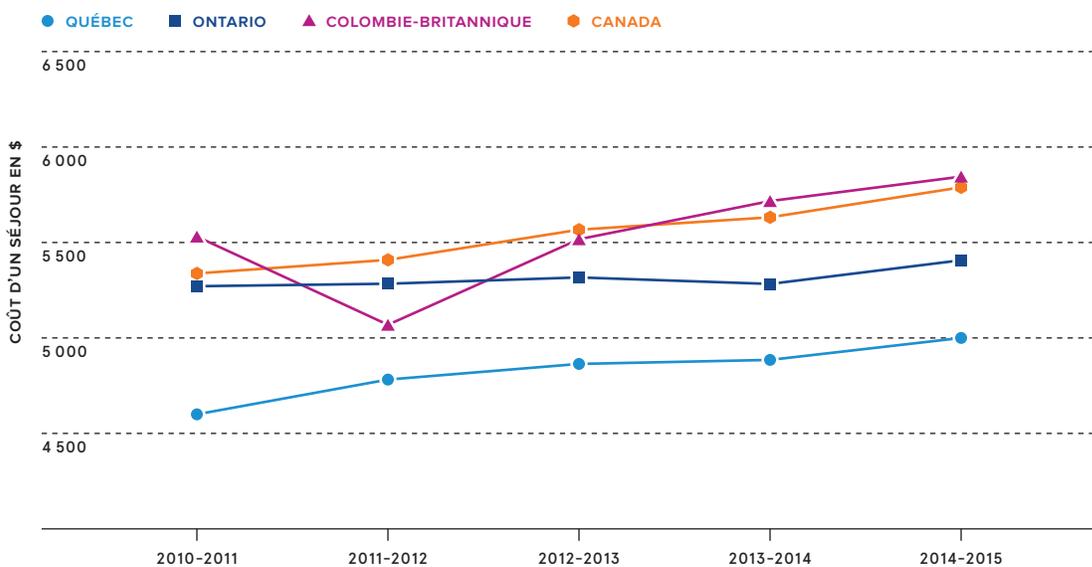
Au-delà de la disponibilité des ressources, l'organisation et le processus de production des soins et services ont une influence majeure sur la performance du système de santé. Les ressources sont-elles utilisées avec un niveau d'intensité approprié et efficient pour répondre aux impératifs de soins et de services dans les meilleurs délais ? Dans cette section, nous examinerons la productivité de l'hôpital, les coûts médicaux et l'utilisation des technologies de l'information.

LA PRODUCTIVITÉ À L'HÔPITAL

Comparativement à d'autres provinces et pays, le secteur hospitalier semble utiliser les ressources qui lui sont octroyées de manière optimale afin de produire des services à un moindre coût. En effet, au Québec, une hospitalisation coûte moins cher que dans toutes les autres provinces canadiennes (figure 9). Les durées moyennes de séjour à l'hôpital au Québec, tant pour les causes médicales que chirurgicales les plus fréquentes, se situent dans la moyenne canadienne.

Les coûts sont demeurés globalement stables au cours des dernières années. De plus, les temps de séjour à l'hôpital semblent appropriés et les services de supports, tels les services diagnostiques et la pharmacie, sont déployés avec un souci d'optimisation.

FIGURE 9
ÉVOLUTION DU COÛT D'UN SÉJOUR STANDARD À L'HÔPITAL ENTRE 2010 ET 2015

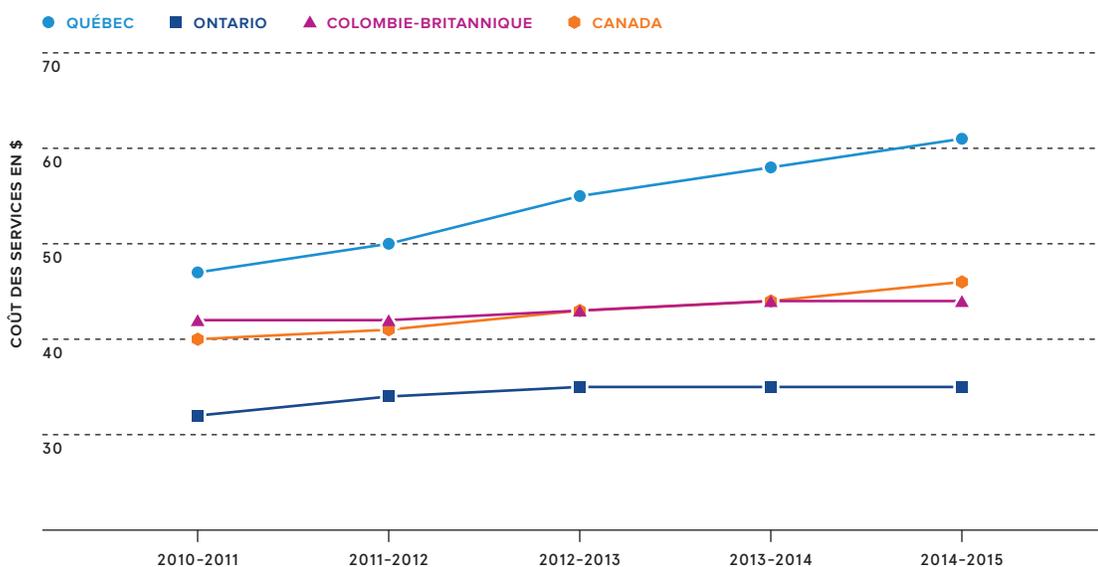


Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients (BDCP), Base de données canadienne SIG (BDCS).

LE COÛT DES SERVICES MÉDICAUX

La position du Québec par rapport à l'utilisation des ressources dans le secteur des services médicaux est nettement moins favorable. Les services des médecins de famille sont beaucoup plus coûteux au Québec que dans presque toutes les autres provinces canadiennes, comme l'indique la *figure 10*.

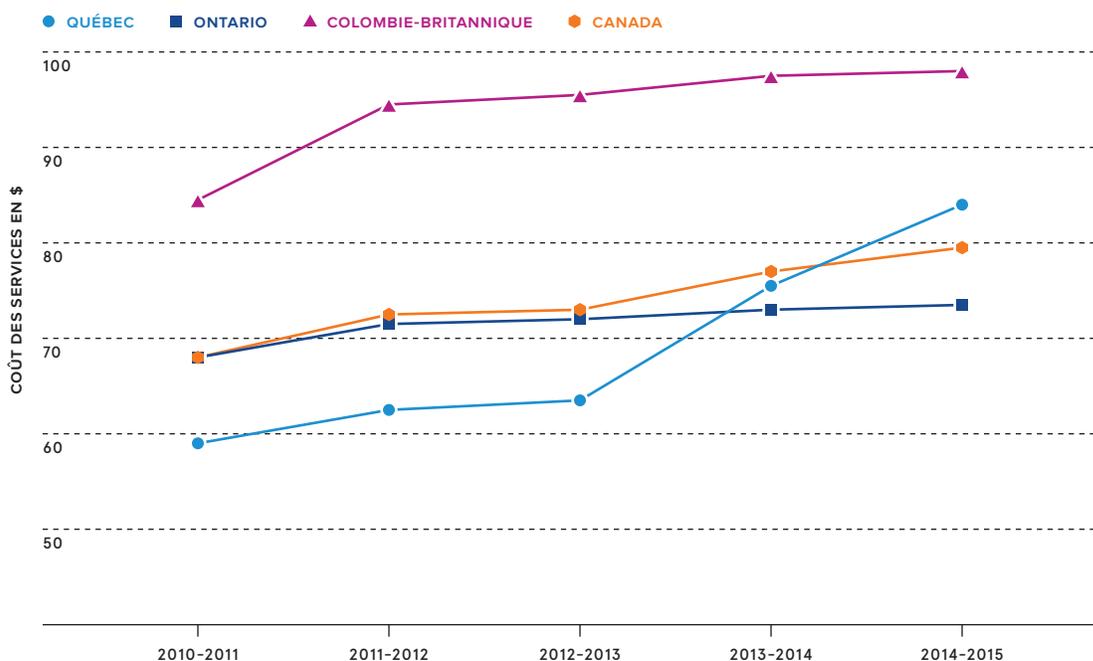
FIGURE 10
ÉVOLUTION DU COÛT PAR SERVICE DES MÉDECINS DE FAMILLE ENTRE 2010 ET 2015



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données nationale sur les médecins*.

Cette tendance est aussi observée depuis quelques années, mais dans un moindre degré pour les services médicaux spécialisés (*figure 11*).

FIGURE 11
ÉVOLUTION DU COÛT PAR SERVICE DES MÉDECINS EN SPÉCIALITÉ MÉDICALE ENTRE 2010 ET 2015



Source: Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données nationale sur les médecins*.

L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA TÉLÉCOMMUNICATION (TIC) DANS LES SOINS ET LES SERVICES

L'utilisation de certaines technologies de l'information et des communications couramment accessibles, notamment en clinique, a permis, dans de nombreux pays, d'améliorer la qualité des soins et des services et de produire davantage avec les ressources existantes. Une bonne utilisation de cette technologie peut contribuer à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et services. D'ailleurs, les systèmes de santé performants dans le monde sont très largement informatisés depuis plusieurs années.

Cette technologie est utile, car elle permet, entre autres, de réduire les délais dans la transmission et la réception des résultats d'examens ou de tests diagnostiques, de faciliter le transfert d'information au sujet d'un patient entre les professionnels de la santé, d'éviter des erreurs de médication et de mieux communiquer avec les patients.

Les médecins au Québec utilisent très peu ces technologies, à la fois dans leur pratique clinique, dans leurs communications avec leurs collègues médecins ou avec leurs patients (*tableau 3*). Le Québec accuse un retard par rapport aux autres provinces canadiennes. Ce retard est encore plus important lorsque le Québec est comparé aux pays de l'OCDE.

Le fait que le Québec affiche un retard marqué quant à l'utilisation des technologies chez les médecins de famille et les cliniques est un facteur qui contribue au portrait mitigé de performance.

TABLEAU 3
UTILISATION DES TECHNOLOGIES INFORMATIQUES PAR LES MÉDECINS (2015)

	QC	ON	CB	PAYS QUI FAIT LE MIEUX	CANADA	PAYS OCDE
Pourcentage des médecins qui utilisent les dossiers médicaux électroniques (20)	61 %	78 %	83 %	Nouvelle-Zélande 100 %	7 ^e	10 ^e
Pourcentage des médecins québécois qui peuvent générer une liste de tous les médicaments pris par un patient (27)	56 %	54 %	60 %	Royaume-Uni 96 %	5 ^e	10 ^e
Pourcentage des médecins québécois qui utilisent des requêtes électroniques d'examen de laboratoire (21)	19 %	50 %	39 %	Suède 97 %	7 ^e	11 ^e

Source : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), *Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*.

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été faits au Québec afin de soutenir l'informatisation accélérée du réseau et des cabinets médicaux, notamment par des investissements et des programmes de subventions visant à moderniser la pratique des omnipraticiens.

Par exemple, l'implantation du dossier médical électronique (DME) dans les cabinets médicaux s'est accélérée au cours des dernières années et le pourcentage de médecins qui utilisent des dossiers médicaux électroniques est passé de 20 % en 2009 à 35 % en 2012 ; puis, à 61 % en 2015. Cette amélioration est appréciable.

Cependant, les autres provinces ou pays se sont aussi améliorés durant cette période, ce qui fait que le Québec demeure parmi les derniers à ce chapitre. Les travaux des prochaines années devront permettre de finaliser le déploiement de l'informatisation dans l'ensemble des cabinets médicaux. La finalisation de l'implantation du Dossier santé Québec, un outil qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'avoir accès à des renseignements jugés essentiels pour intervenir rapidement et assurer un suivi de qualité auprès de leurs patients, apparaît nécessaire.

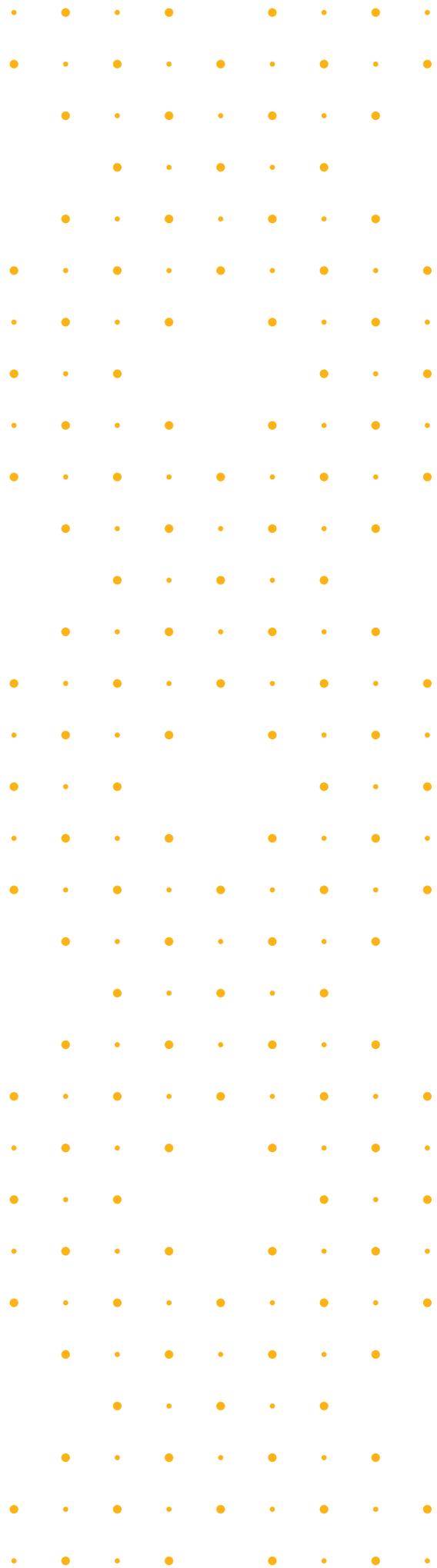
En résumé, selon les indicateurs disponibles, la disponibilité des ressources ne semble pas être le principal facteur pour expliquer la performance du système de santé.

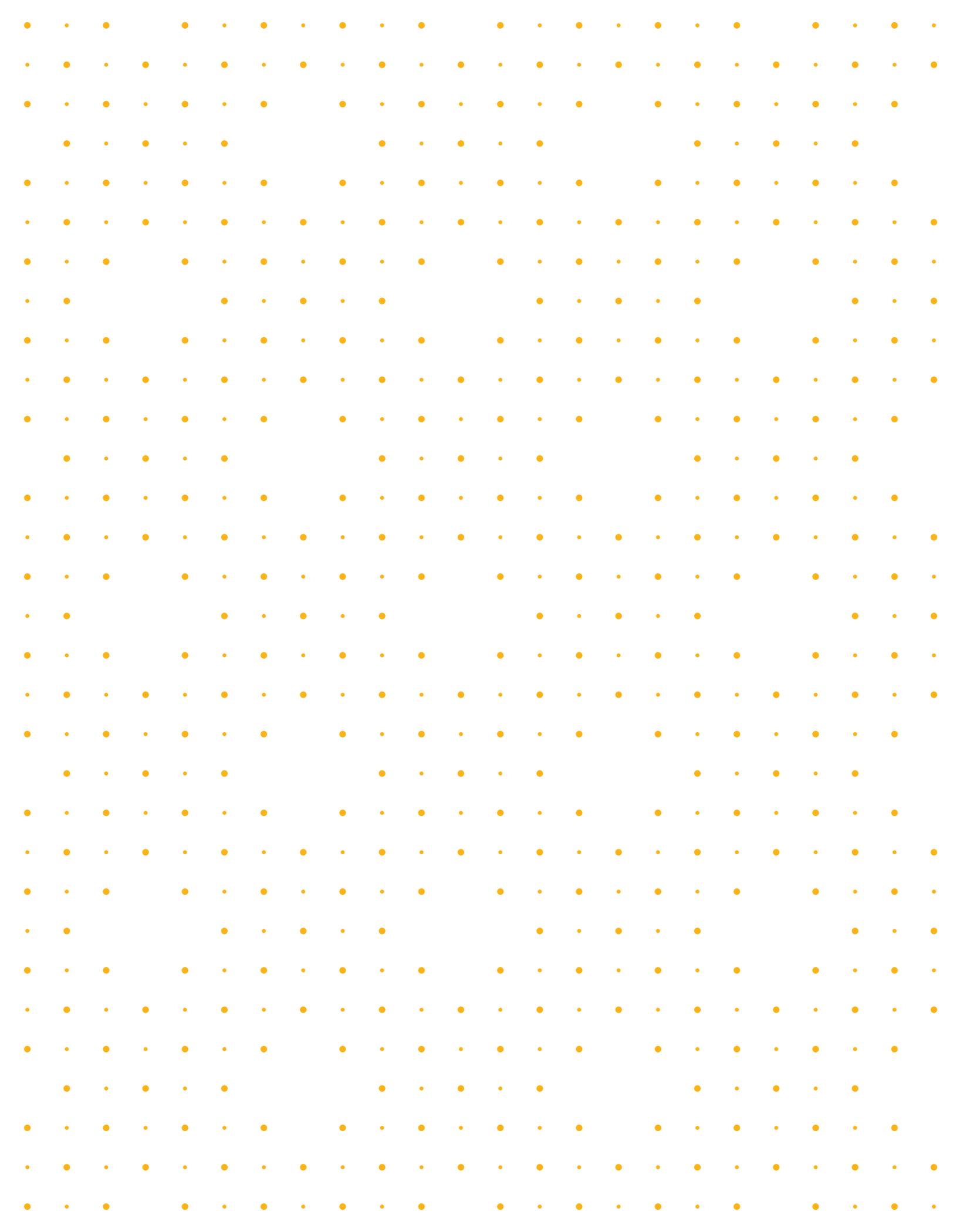
En effet, on observe que, comparativement à plusieurs autres pays ou provinces, le secteur hospitalier québécois semble disposer de ressources adéquates.

Par contre, la position du Québec par rapport à la gestion et à l'utilisation des ressources est nettement moins favorable, notamment en ce qui a trait aux médecins de famille.

Par ailleurs, le fait que le Québec affiche un retard marqué quant à l'utilisation des technologies de l'information et de la télécommunication est certainement un des facteurs contribuant au portrait mitigé de performance.

Conclusion





Conclusion

Le présent rapport porte un regard sur la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

On y compare le Québec avec les autres provinces canadiennes et, lorsque les données le permettent, avec des pays de l'OCDE.

Un regard croisé de différentes dimensions de la performance permet d'apporter un éclairage sur certaines préoccupations exprimées par les citoyens au sujet du système public de santé et de services sociaux.

Il est important de noter que les services sociaux n'ont pas réellement été intégrés dans l'analyse de la performance du système, étant donné le manque de disponibilité de tels indicateurs, soit aux niveaux national, provincial ou international.

L'analyse des résultats montre un bilan globalement positif de la performance du système de santé québécois et montre qu'il se présente parmi les meilleurs au monde.

Effectivement, dans l'ensemble, le Québec fait bonne figure en ce qui a trait à l'état de santé de sa population, aux bons résultats de soins hospitaliers et à la qualité technique des soins, tant sur les plans de la sécurité et de la pertinence que sur celui des bonnes pratiques. On observe également une bonne relation entre les médecins de famille et leurs patients, en matière de respect et de qualité de la communication.

Cependant, quelques défis de taille demeurent très présents au Québec, notamment en accessibilité et en continuité.

- Les temps d'attente pour avoir accès aux soins sont souvent trop longs, que ce soit pour consulter un médecin de famille ou un médecin spécialiste, pour passer des tests diagnostiques ou pour avoir une chirurgie non priorisée par les politiques gouvernementales.
- L'information ne suit pas nécessairement le patient dans son parcours à l'intérieur du système de santé. Il y a peu de partage d'information entre les professionnels de la santé concernant le patient, particulièrement de la part du médecin spécialiste vers le médecin de famille.
- Le coût des services médicaux offerts par les médecins de famille est particulièrement élevé, soit 1,7 fois plus que les mêmes services selon la moyenne canadienne et ils sont moins disponibles en dehors des heures régulières (soirs et fins de semaine).

Une autre préoccupation tient à l'iniquité documentée relativement au suivi des patients et aux résultats de santé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles. Il s'agit d'un enjeu de taille qui devrait être au centre des préoccupations du système public québécois. Les populations vulnérables ont davantage besoin de services et ces besoins non comblés exacerbent leur condition défavorable. Ce manque d'équité va à l'encontre de la solidarité, valeur chère à la société québécoise.

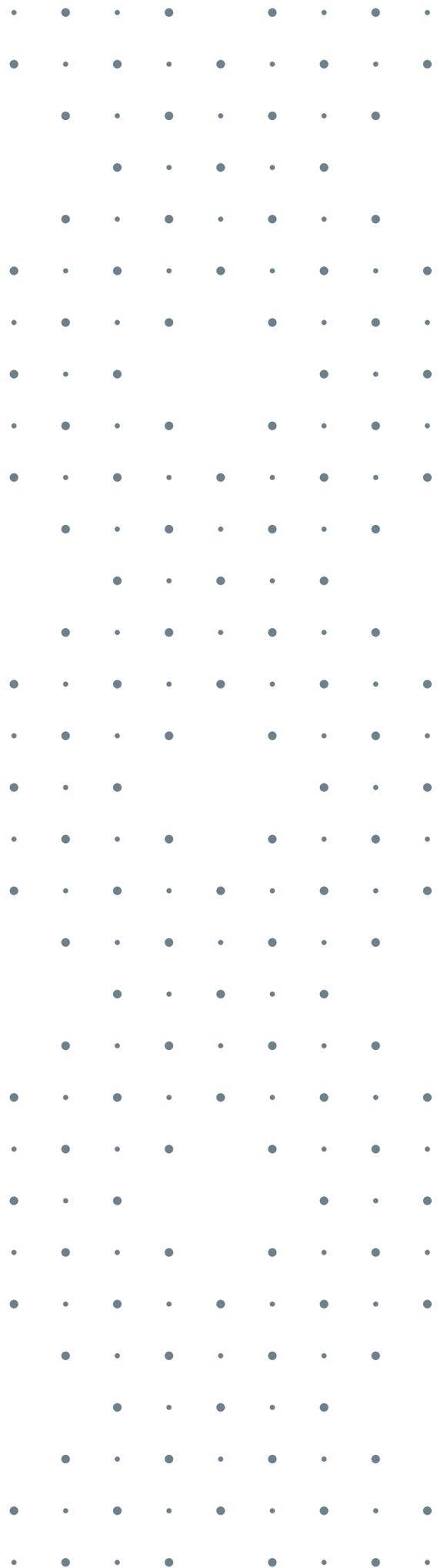
Il est aussi important de s'attarder à ces défis, car ces éléments pourraient fragiliser la bonne performance globale du système telle que mesurée.

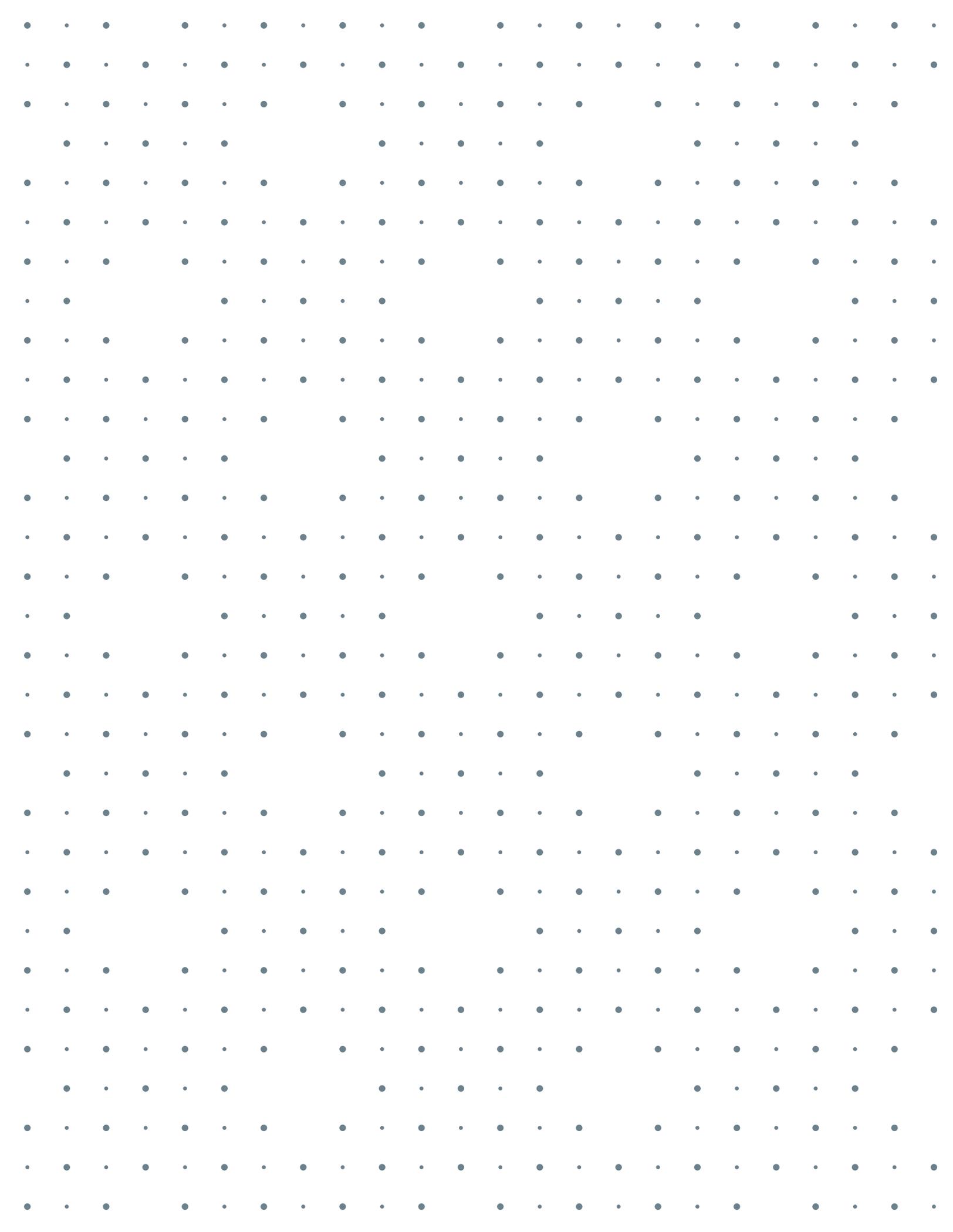
Ce rapport met l'accent sur certains défis du système public qui reflètent les préoccupations exprimées couramment par les citoyens, à savoir si le système coûte trop cher, s'il dispose de suffisamment de ressources pour répondre aux besoins et finalement, si l'organisation des soins et des services est bonne.

Comme les travaux d'appréciation du Commissaire à la santé et au bien-être l'ont souvent démontré par le passé, les difficultés du système ne semblent pas liées à une enveloppe budgétaire insuffisante, à un manque de ressources humaines et encore moins à un manque de ressources matérielles. Elles seraient plutôt liées à l'organisation des soins et des services et à la répartition des ressources financières et humaines.

Ce rapport a pour objectif d'informer la population générale à l'égard de la performance de son système. Il fournit aussi aux gestionnaires et aux décideurs de l'information pertinente pour la prise de décision en vue d'améliorer la performance du système. Le système public de santé et de services sociaux doit continuer de s'améliorer pour mieux répondre aux besoins de la population et faire du Québec une société plus égalitaire et prospère. Pour ce faire, il sera essentiel de continuer la surveillance apolitique des résultats atteints, de développer de meilleurs indicateurs de l'évolution du système et de les diffuser en toute transparence. La population du Québec peut contribuer à l'amélioration de son système de santé et de services sociaux. Elle doit cependant disposer d'une information juste et accessible pour le faire.

Médiagraphie





Médiagraphie

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017a). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : approche et résultats détaillés*, Québec, Gouvernement du Québec, 70 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017b). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : recueil des indicateurs*, Québec, Gouvernement du Québec, 104 p.

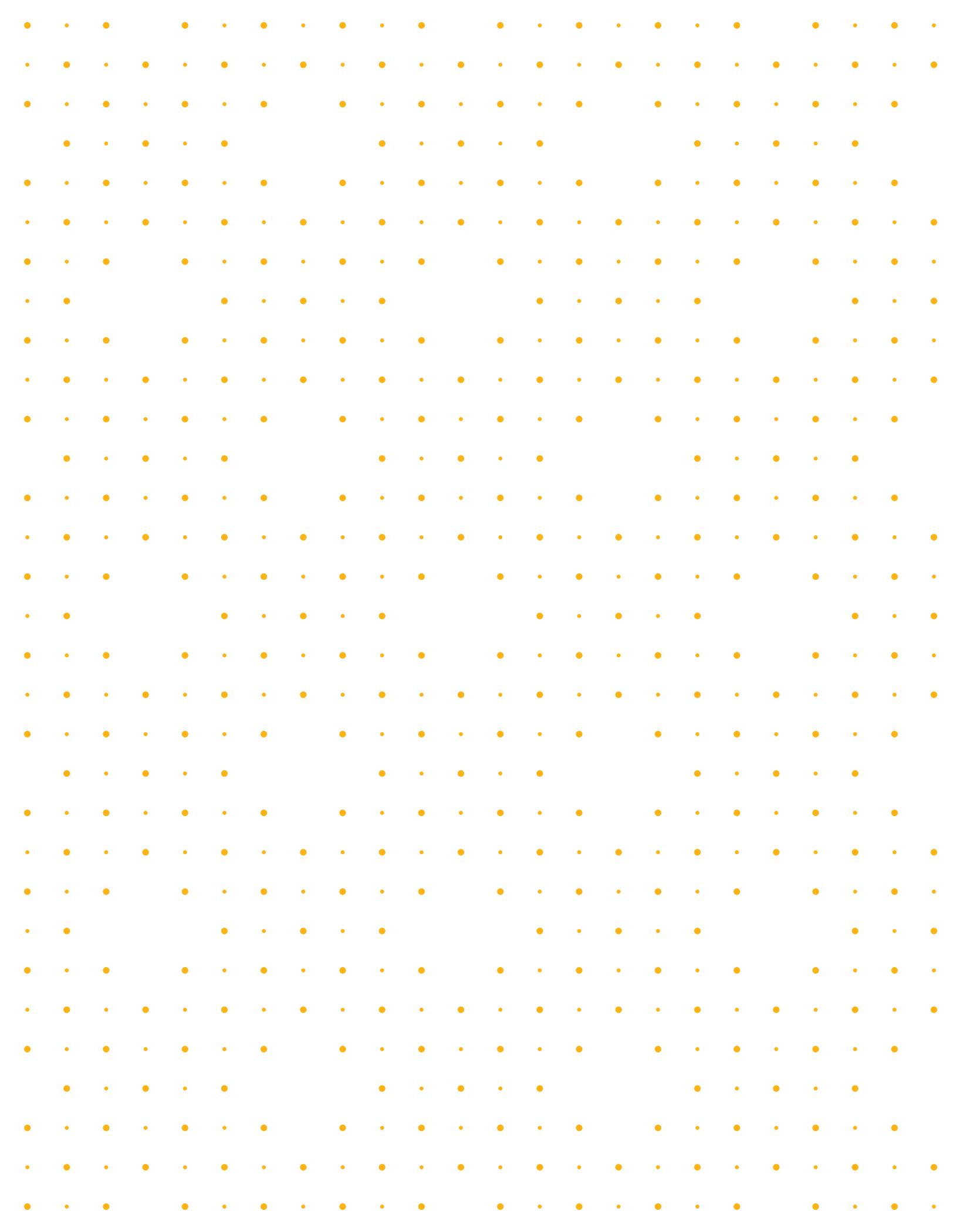
Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017c). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, Québec, Gouvernement du Québec, 68 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016a). *Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services*, Québec, Gouvernement du Québec, 188 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016b). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 128 p.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) (2016). *À la hauteur 2016 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 156 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, 8 p.



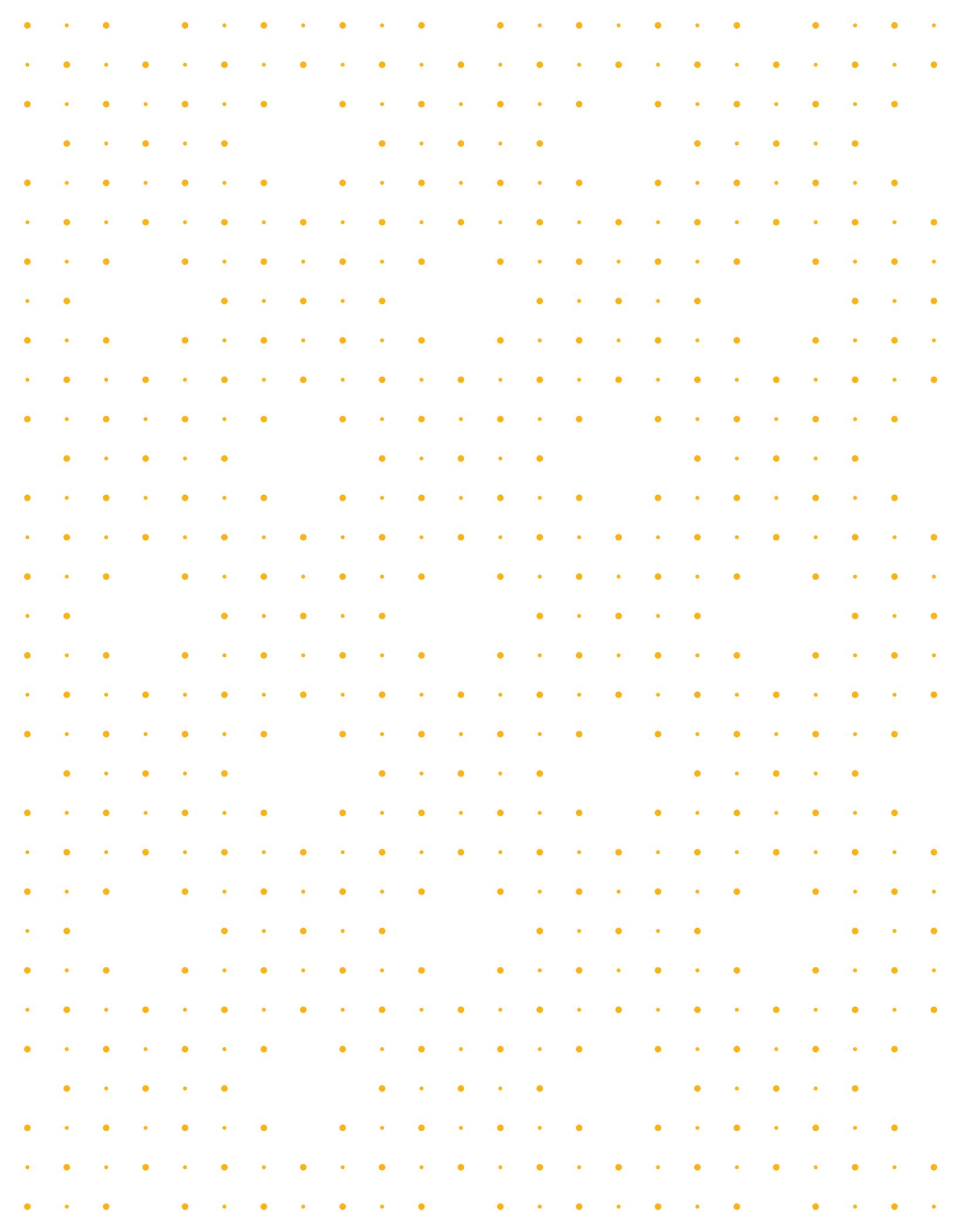
Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
LA PERFORMANCE DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
QUÉBÉCOIS 2016

Approche et résultats détaillés



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

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

APPROCHE ET RÉSULTATS DÉTAILLÉS

Réalisation

Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être
1020, route de l'Église
7^e étage, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Concept de la page couverture

Côté Fleuve

Infographie

Samarkand

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être, sous l'onglet « documents complémentaires » du rapport *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016* au :
www.csbe.gouv.qc.ca.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Gouvernement du Québec, 2017

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, 2017.

ISBN : 978-2-550-77613-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-77614-7 (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

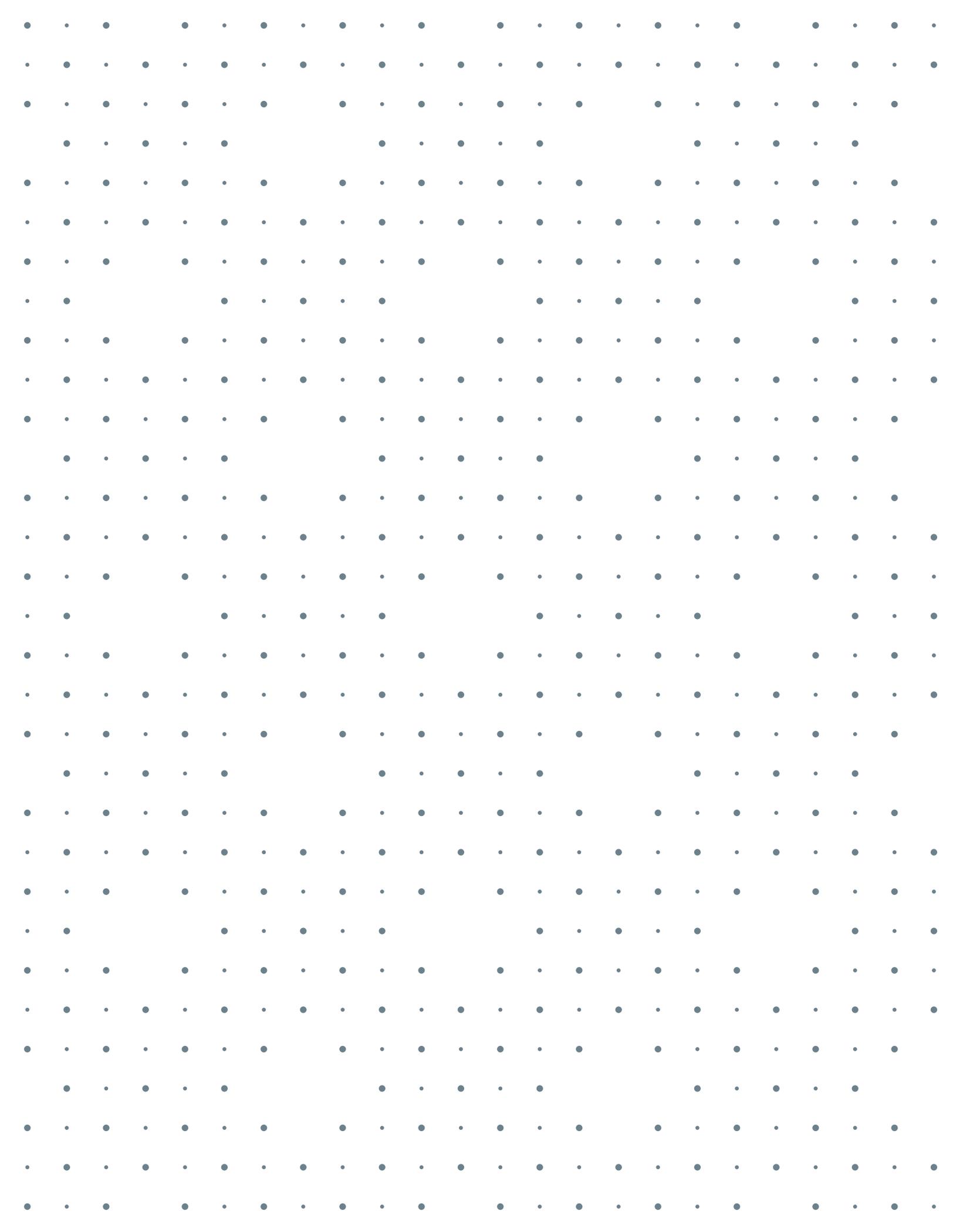
Liste des figures	IV
Liste des tableaux	IV
L'appréciation de la performance par le commissaire : un modèle en évolution	2
Le cadre d'analyse de la performance	4
Adaptation	7
Production	8
Maintien et développement	10
Atteinte des buts	11
Le balisage : une méthode permettant des comparaisons basées sur l'excellence	12
Qu'entend-on par « balisage » ?	14
L'attribution d'un score de performance : les types de normes et les différents calculs de balisage	14
La sélection des indicateurs	14
La relation des indicateurs à la performance : le sens de variation	14
Les types de normes et les différents calculs de balisage	15
Le calcul des résultats agrégés	16
Une échelle qualitative de la performance	18
L'attribution de rangs : un outil comparatif supplémentaire	18
Les avantages et les inconvénients d'une telle méthode	18
Forces et limites	19
Les résultats détaillés de la performance à l'échelle provinciale et internationale	20
Adaptation	22
Production	32
Maintien et développement	54
Atteinte des buts	56

Liste des figures

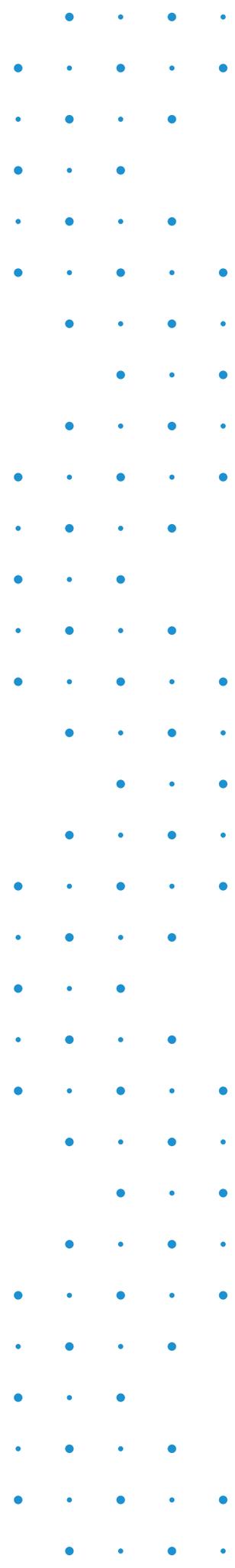
FIGURE 1	
Cadre d'analyse de la performance	5
FIGURE 2	
Différents niveaux d'analyse de la performance	6
FIGURE 3	
Score de performance (balisage)	18

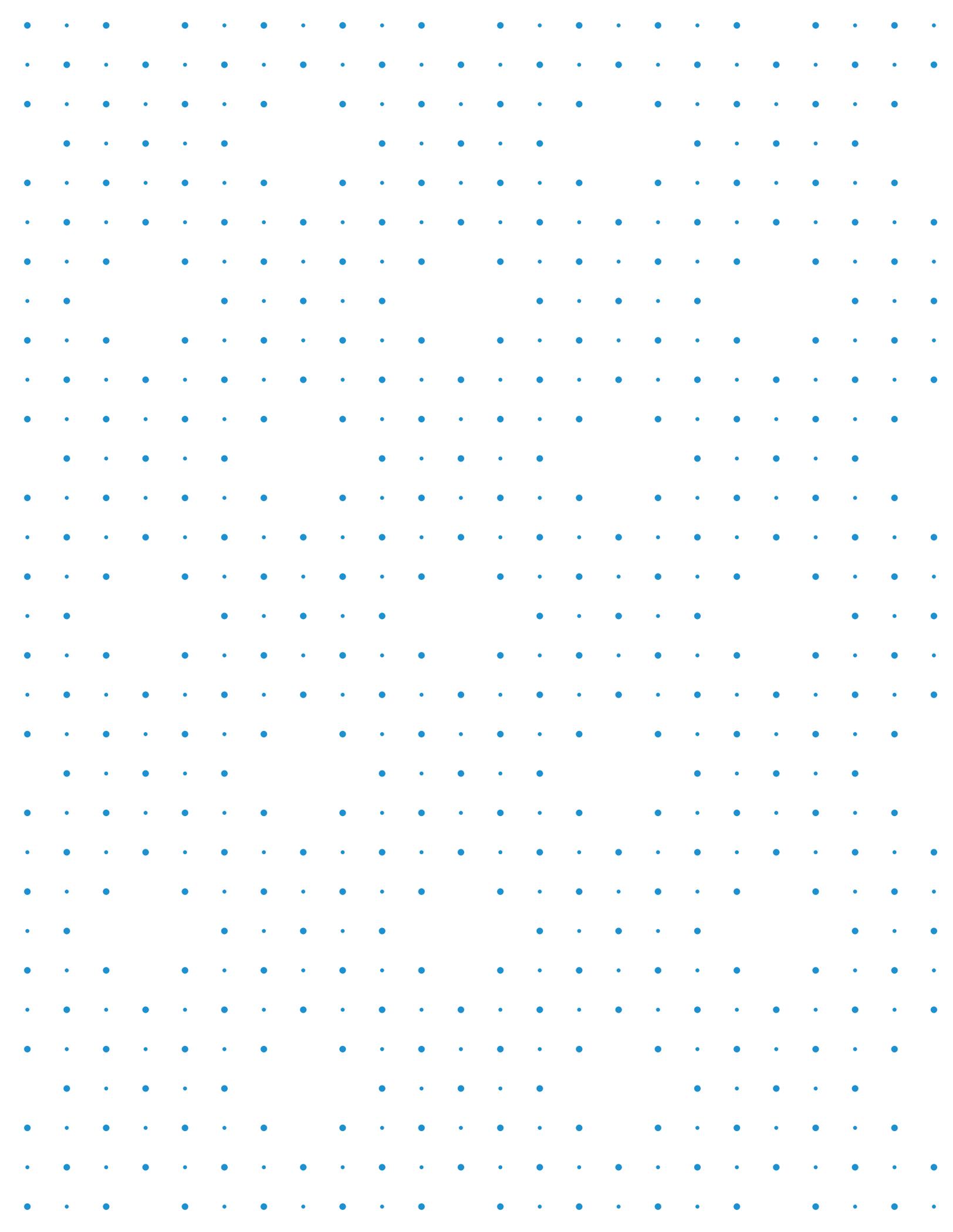
Liste des tableaux

TABLEAU 1	
Dimensions et sous-dimensions de la fonction « adaptation »	7
TABLEAU 2	
Dimensions et sous-dimensions de la fonction « production »	8
TABLEAU 3	
Dimensions et sous-dimensions de la fonction « maintien et développement »	10
TABLEAU 4	
Dimensions et sous-dimensions de la fonction « atteinte des buts »	11
TABLEAU 5	
Tableau de données comparatives interprovinciales et internationales : fonction « adaptation »	22
TABLEAU 6	
Tableau de données comparatives interprovinciales et internationales : fonction « production »	32
TABLEAU 7	
Tableau de données comparatives interprovinciales et internationales : fonction « maintien et développement »	54
TABLEAU 8	
Tableau de données comparatives interprovinciales et internationales : fonction « atteinte des buts »	56



L'appréciation de la performance par le commissaire: un modèle en évolution





L'appréciation de la performance par le commissaire : un modèle en évolution

L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux est une démarche qui nécessite un fondement théorique, conceptuel et méthodologique bien défini pour mieux cerner l'évolution et la complexité du système.

Ainsi, le Commissaire à la santé et au bien-être utilise le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (modèle EGIPSS).

Ce modèle a été développé par les chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) avec la collaboration du Commissaire à la santé et au bien-être. Le modèle EGIPSS sert de base au cadre d'analyse et permet de fournir une image de la performance qui soit respectueuse de la complexité du système de santé et de services sociaux québécois.

LE CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE

Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit pouvoir :

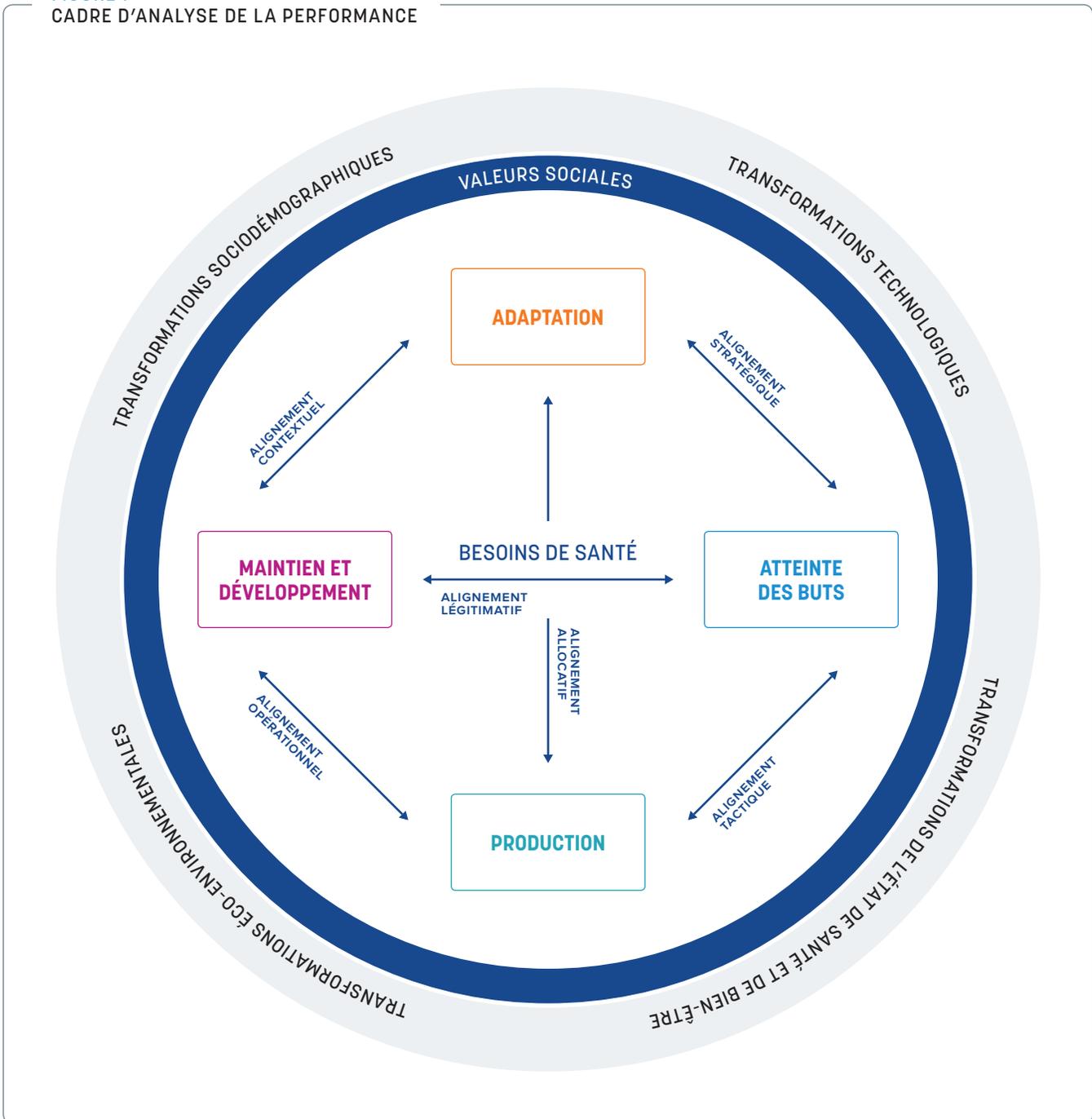
1. S'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles qui sont nécessaires et ainsi répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ;
2. Produire des services de qualité en quantité adéquate en maintenant une bonne productivité ;
3. Maintenir et développer la qualité et les valeurs associées au 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.

La performance est donc un équilibre entre quatre fonctions que doit assumer simultanément tout système de santé : l'adaptation, la production, le maintien/développement et l'atteinte des buts. Ces fonctions sont elles-mêmes composées de plusieurs dimensions et sous-dimensions, ce qui permet d'étendre l'analyse à plusieurs aspects de la performance du système de santé et de services sociaux. On parle alors d'appréciation globale et intégrée de la performance, puisque le jugement du Commissaire repose sur un ensemble de données dans plusieurs domaines évaluables. Toutefois, la performance ne résulte pas seulement de la réalisation de chacune des quatre fonctions prises individuellement, elle repose aussi sur les équilibres qui existent entre ces fonctions (les alignements). En effet, l'objectif est d'effectuer une analyse 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 comprendre les liens existant entre les différentes dimensions ou sous-dimensions du modèle permet d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspective.

Cela signifie, par exemple, qu'un système qui concentrerait tous ses efforts sur le volume de production de soins et services sans se préoccuper de rendre ces soins et services plus supportables, plus humains et mieux adaptés aux patients, ne pourrait pas être performant.

La *figure 1* illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

FIGURE 1
CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE

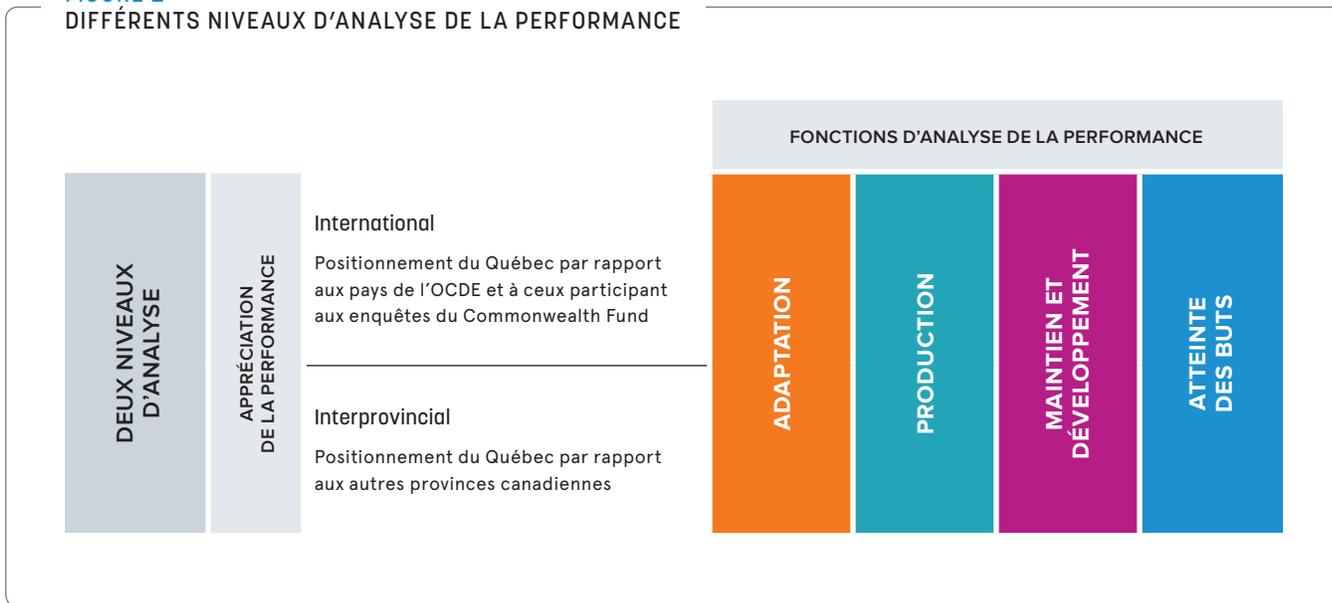


Les alignements déterminés dans le cadre d'analyse indiquent que toutes les fonctions relatives à la performance interagissent entre elles et qu'il s'agit d'un modèle dynamique d'analyse. Cette possibilité inhérente au cadre d'analyse, de mesurer l'incidence de la performance des dimensions d'une fonction sur celles d'une autre fonction, permet de mieux comprendre certains enjeux du système de santé afin d'identifier les leviers potentiels d'action.

La *figure 2* montre les deux niveaux d'analyse qui sont retenus par le Commissaire dans le rapport d'évaluation de la performance de 2016. L'information disponible permet de comparer le Québec aux autres provinces canadiennes et, dans certains cas, aux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le Québec peut se comparer directement à ces pays pour près de deux cents indicateurs (173 indicateurs).

Contrairement aux années antérieures, nous n'avons pas intégré dans ce rapport le niveau d'analyse interrégional qui permet de comparer les régions sociosanitaires entre elles. En effet, la reconfiguration du réseau, à la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, vient redéfinir les contours de l'analyse interrégionale. Une révision du cadre d'analyse est nécessaire pour tenir compte des changements de structure et pour mieux témoigner de la performance en regard des objectifs poursuivis par ces changements dans la gouvernance du réseau. Nous poursuivons nos travaux dans ce sens.

FIGURE 2
DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Adaptation

L'adaptation consiste à acquérir les ressources et à les structurer en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité du système à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur lui, à mobiliser la communauté, à innover et à prodiguer les soins requis par sa population. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des acteurs du système à anticiper les tendances émergentes dans leurs contextes politique, social, sanitaire et technologique, le tout dans une perspective de viabilité.

Le *tableau 1* présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction « Adaptation » mesurées dans le rapport.

TABLEAU 1
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION « ADAPTATION »

ADAPTATION		
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	DÉFINITIONS ET EXEMPLES DE MESURES
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières <i>(ex. : dépenses de santé par habitant)</i>
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines <i>(ex. : nombre d'infirmières)</i>
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles <i>(ex. : nombre de lits)</i>
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins <i>(ex. : proportion des dépenses administratives)</i>
	Santé financière	Veiller à assurer une meilleure répartition du budget consacré à la santé <i>(ex. : proportion du budget total consacré à la santé)</i>
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	Attirer et retenir la main-d'œuvre médicale <i>(ex. : solde migratoire des médecins)</i>
Innovation et transformation	Utilisation des technologies de l'information et de la communication	Intégrer des technologies informatiques dans la pratique médicale <i>(ex. : proportion des médecins qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie)</i>
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée <i>(ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)</i>
	Facilité d'entrée	Permettre à la population d'obtenir un service de santé <i>(ex. : population ayant un médecin régulier)</i>
	Utilisation des services	Utiliser le nombre de services correspondant aux besoins <i>(ex. : nombre de services médicaux en médecine familiale par 1000 habitants)</i>

Production

La production se caractérise non seulement par les volumes de soins et services offerts, mais aussi par leur qualité ainsi que leur optimisation en fonction des ressources investies. On doit donc considérer l'accessibilité des différents soins et services au niveau de cette fonction. La production concerne, par ailleurs, la coordination et la continuité des services, donc un agencement logique et fonctionnel afin de fournir un parcours de soins fluide et continu. La qualité (comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible) en constitue un autre pan.

On peut, à cet égard, envisager autant la qualité technique des interventions que la qualité des soins de manière plus globale, ce qui inclut les services collectifs de promotion et de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Enfin, il ne suffit pas de produire des soins et services; encore faut-il qu'ils soient adaptés aux patients.

Le **tableau 2** présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction « Production » mesurées dans le rapport.

TABLEAU 2
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION « PRODUCTION »

PRODUCTION		
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	DÉFINITIONS ET EXEMPLES DE MESURES
Accessibilité	Accessibilité financière	Assurer un accès aux soins et services sans contrainte financière <i>(ex. : proportion de personnes de 55 ans et plus qui n'a pas acheté de médicaments prescrits ou qui a sauté une dose en raison du coût)</i>
	Accessibilité organisationnelle	Permettre un accès rapide aux tests diagnostiques <i>(ex. : proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques)</i>
		Permettre un accès rapide aux chirurgies prioritaires <i>(ex. : délai d'attente pour une chirurgie de la hanche)</i>
		Permettre un accès rapide aux médecins spécialistes <i>(ex. : pourcentage de patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie)</i>
Qualité technique	Sécurité des soins	Éviter pour les usagers de subir des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement <i>(ex. : taux de sepsie à l'hôpital)</i>
	Pertinence des soins	Prodiguer des soins qui correspondent aux besoins des patients <i>(ex. : taux de césariennes)</i>
	Meilleures pratiques	Prodiguer des soins qui correspondent aux standards reconnus <i>(ex. : taux de réadmissions)</i>

Suite du tableau à la page suivante

TABLEAU 2 (SUITE)
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION « PRODUCTION »

PRODUCTION		
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	DÉFINITIONS ET EXEMPLES DE MESURES
Productivité	Productivité financière	Utiliser les ressources financières judicieusement <i>(ex. : coût d'un séjour standard à l'hôpital)</i>
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services en optimisant les ressources investies <i>(ex. : durée d'un séjour à l'hôpital selon les chirurgies les plus fréquentes)</i>
	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié <i>(ex. : nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service diagnostique)</i>
Globalité	Vaccination et dépistage	Offrir des services en matière de prévention et de dépistage <i>(ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)</i>
	Pratiques cliniques préventives	Préconiser de saines habitudes de vie <i>(ex. : proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport, au cours des deux dernières années)</i>
	Diversité des soins et services	Offrir une gamme de services élargie <i>(ex. : diversité des rôles des infirmières dans la clinique médicale)</i>
Continuité et coordination	Continuité informationnelle	S'assurer que toutes les informations concernant le patient sont présentes et utilisées en temps opportun <i>(ex. : proportion de médecins de famille qui reçoivent un avis lorsque leur patient a été vu à l'urgence)</i>
	Coordination des services	Assurer un suivi et une coordination adéquate entre les différentes étapes du processus de soins et les divers intervenants <i>(ex. : proportion de personnes qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital)</i>
Humanisation	Communication et écoute	Être à l'écoute du patient, de son expérience, de ses émotions, de ses attentes <i>(ex. : proportion de personnes qui rapportent recevoir suffisamment d'information sur leurs soins)</i>
	Respect	Offrir des soins avec courtoisie et cordialité <i>(ex. : temps consacré au patient lors d'une visite de routine)</i>
	Implication du patient dans les décisions	Intégrer le patient et ses proches dans les décisions de soins et services le concernant <i>(ex. : proportion des personnes qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement et leurs soins)</i>

Maintien et développement

Des valeurs sociales sont à la base de la création des institutions du système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions s'appuient sur des valeurs qui conditionnent les environnements de travail et les actions des travailleurs de la santé. De plus, la bonne qualité de vie au travail, composée du climat dans les organisations, de la satisfaction au travail des employés, de leur niveau d'engagement, de leur état de santé au travail est un élément essentiel d'un système de santé performant, les ressources humaines étant la force active d'un système de santé.

Le **tableau 3** présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction « Maintien et développement » mesurées dans le rapport.¹

TABLEAU 3
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION « MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT »

MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT		
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	DÉFINITIONS ET EXEMPLES DE MESURES
Qualité de vie au travail	Conditions de travail	Donner accès à un environnement de travail sain et sécuritaire favorisant un bon état de santé chez les employés <i>(ex. : degré d'appréciation des conditions de travail par les médecins de famille)</i>
	Reconnaissance	Valoriser les compétences des employés <i>(ex. : satisfaction par rapport au revenu)</i>
	Mobilisation	Mesurer le degré d'engagement du personnel envers la mission du système de santé <i>(ex. : perception des médecins de l'utilité de leur travail)</i>

UN MODÈLE EN ÉVOLUTION

¹ Pour la fonction « Maintien et Développement », seuls les scores des indicateurs sont disponibles dans le tableau des résultats détaillés. Aucun score agrégé n'a été calculé.

Atteinte des buts

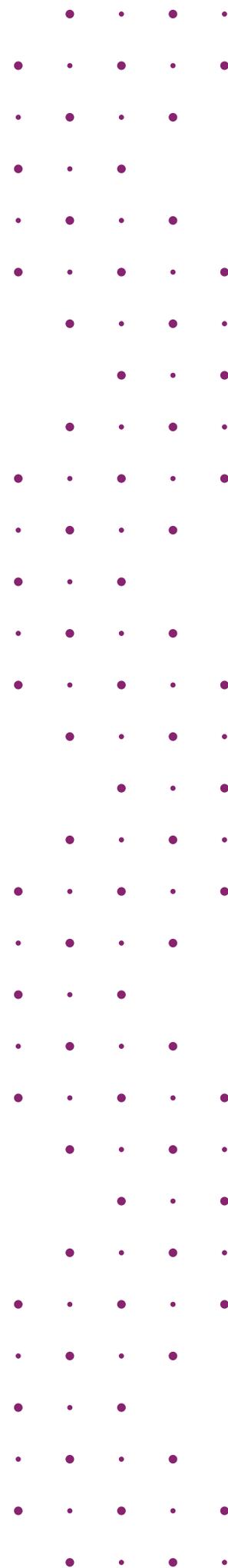
L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire ses objectifs fondamentaux, soit contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, satisfaire la population à l'égard du système et améliorer l'équité dans le domaine de la santé et des services sociaux.

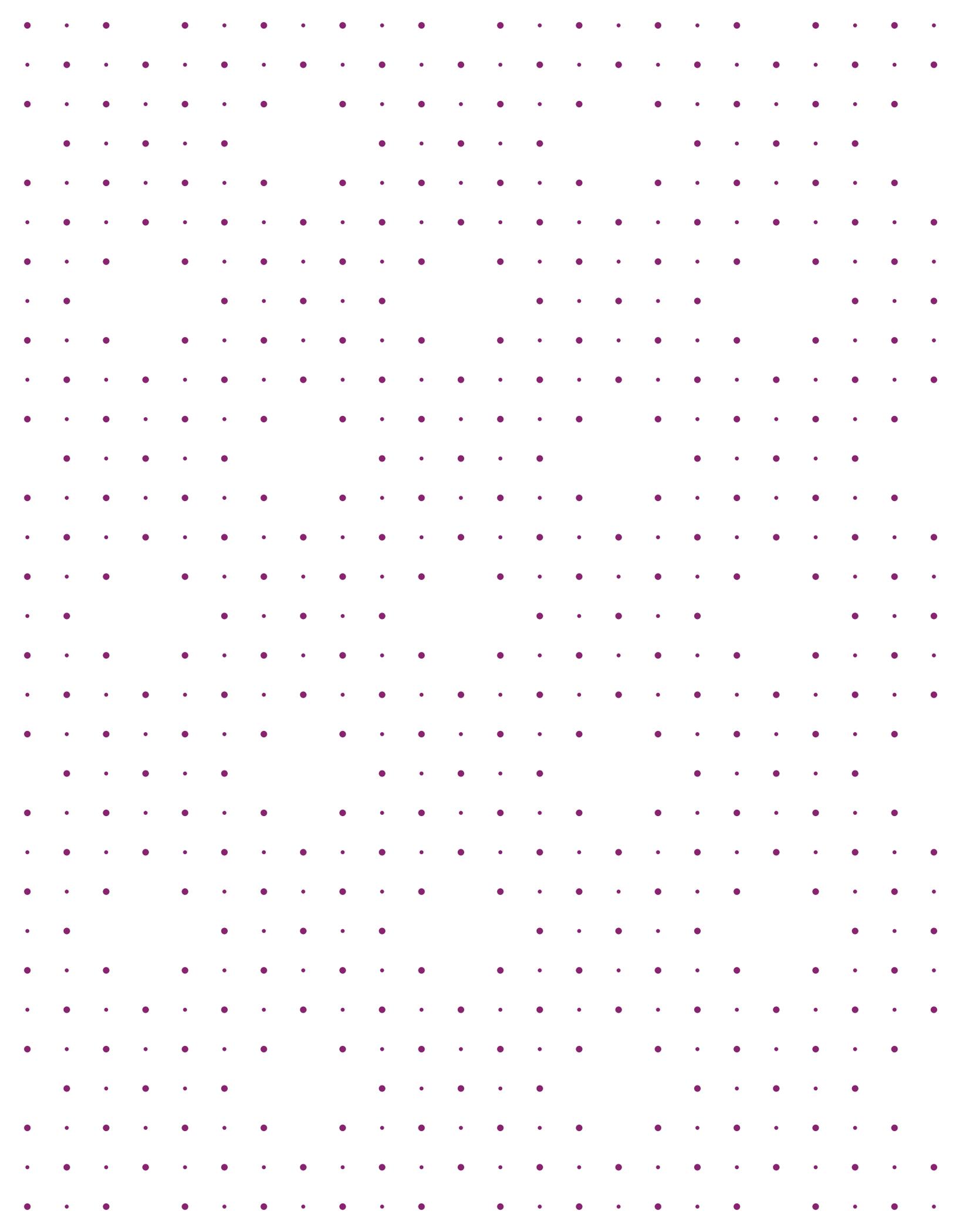
Le **tableau 4** présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction « Atteinte des buts » mesurées dans le rapport.

TABLEAU 4
DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DE LA FONCTION « ATTEINTE DES BUTS »

ATTEINTE DES BUTS		
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	DÉFINITIONS ET EXEMPLES DE MESURES
Résultats directement associés aux soins et services	Santé physique	Améliorer la santé des patients afin d'éviter un décès (ex. : mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un AVC)
	Santé mentale	Améliorer la santé mentale des patients (ex. : taux ajusté des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale)
	Sentiment de contrôle chez les patients	Responsabiliser les patients envers leur santé (ex. : sentiment de confiance et de contrôle du patient sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin)
Résultats plus lointains : la santé de la population	Santé infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction des acteurs	Satisfaction des médecins de famille	Satisfaire les attentes des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : proportion de médecins qui considère que le système fonctionne assez bien)
	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : niveau de satisfaction de la population)
Équité	Équité de santé	Contribuer à réduire les écarts de santé entre les Québécois les plus pauvres et les plus riches (ex. : ratio du taux de disparité de revenu pour une hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée)
	Équité de suivi des patients	Contribuer à réduire les écarts dans le suivi des patients (ex. : taux de disparité de revenu pour des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Équité de qualité des soins hospitaliers	Contribuer à réduire les écarts dans la qualité des soins reçus pour les Québécois les plus pauvres et les plus riches (ex. : ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital)
	Équité de ressources	Contribuer à réduire les écarts dans le niveau de ressources disponibles entre différentes sous-populations du Québec (ex. : dépenses publiques générales de santé par rapport au total des dépenses en santé)

Le balisage : une méthode permettant des comparaisons basées sur l'excellence





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 systèmes de santé sur la base de cibles de performance. Cette cible, ou « balise » est l'objectif chiffré qui correspond à ce vers quoi l'ensemble des systèmes de santé doit tendre. La balise est fixée, de manière générale, pour chaque indicateur, en identifiant les systèmes qui ont les meilleurs résultats qui serviront de base de comparaison. 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 sont détaillées ci-après.

L'attribution d'un score de performance : les types de normes et les différents calculs de balisage

LA SÉLECTION DES INDICATEURS

Les indicateurs ont été sélectionnés pour apprécier le mieux possible chacune des dimensions et sous-dimensions du cadre d'appréciation de la performance. Cette sélection doit s'effectuer sans que l'information ne soit inutilement multipliée. 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.

Le document *Recueil des indicateurs* présente les sources et définitions pour l'ensemble des indicateurs utilisés dans nos analyses, aussi bien au niveau international qu'interprovincial. En tout, on en recense 294.

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 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, car un taux trop élevé ou encore trop bas de césariennes est préoccupant (un taux trop bas peut signifier des problèmes de sécurité, alors qu'un taux trop élevé peut être associé à une pratique abusive mettant en cause la pertinence des interventions). À l'extérieur de ces bornes, 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 pourcentage du PIB en dépense de santé 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 établie par le benchmarking**. Le plus souvent, la performance est jugée en fonction d'une cible à atteindre correspondant aux meilleures observations, qu'elles soient observées dans une province canadienne ou dans un pays comparable de l'OCDE. Les différents systèmes de santé sont comparés à cette valeur « repère » avec laquelle est établi un rapport (ou une proportion d'atteinte de la balise), en pourcentage.

Deux types de méthodes ont été utilisés pour fixer la balise :

1. Moyenne des trois meilleurs résultats. Tout d'abord, les trois résultats les plus élevés sont identifiés parmi les juridictions disponibles (provinces ou pays). Le calcul s'effectue de la manière suivante : par exemple, pour l'indicateur A, les trois juridictions 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 province Y a obtenu la valeur de 180. Pour calculer le pourcentage d'atteinte de la balise de la province Y, le calcul suivant est fait : $180/200 \times 100 \% = 90 \%$. Le pourcentage d'atteinte de la balise pour la province y est donc de 90 %, ce qui représente la distance entre le résultat obtenu et la balise. 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, l'atteinte de la balise pour une province, qui a une valeur de 12, devient $8/12 \times 100 \% = 66,7 \%$. Précisons que les pourcentages d'atteinte de la balise supérieurs à 100 % sont ramenés à 100 %.

2. Percentiles les plus élevés. Dans le cas des 38 indicateurs issus d'une enquête auprès des médecins de famille et de leurs patients (enquête QUALICOPC), la balise a été établie selon le 85^e percentile de la distribution des résultats de l'ensemble des médecins ou des patients au Canada. Le calcul du pourcentage d'atteinte de la balise est le même que celui mentionné précédemment pour la méthode utilisant la moyenne des 3 meilleurs résultats.

Cette approche de *benchmarking* permet de fixer un objectif de performance réaliste, ayant été observé dans des systèmes de santé semblables à celui du Québec. La balise a été fixée à l'aide de cette approche pour la très grande majorité des indicateurs (96 %), avec l'une ou l'autre des méthodes de calcul de balise. Dans quelques cas, soit 6 indicateurs de l'accessibilité financière (difficulté d'accès à différents services médicaux en raison des coûts) et le nombre moyen d'heures travaillées par semaine à la clinique, des mesures correctrices du calcul présenté précédemment ont été effectuées pour refléter un niveau de performance plus réaliste. Ainsi, le *benchmark* a été calculé de la même manière (moyenne des 3 meilleurs résultats) et un seuil minimal a été déterminé par la valeur de la province ayant eu le plus faible résultat. Les valeurs ont ensuite été redistribuées entre la valeur du *benchmark* et cette valeur plancher. Cette méthode de rééchelonnement (*rescaling*) permet de pallier certains problèmes inhérents à l'utilisation d'un *benchmark*. Cet ajustement est souvent appliqué lorsque les valeurs d'un indicateur sont particulièrement petites. Prenons le cas de la proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent ne pas avoir consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût, au cours des 12 derniers mois. La valeur du *benchmark* (moyenne des 3 résultats les plus faibles puisqu'il s'agit d'un indicateur dont le sens de variation est négatif) est de 2,25. Or, une province qui obtient un résultat de 5 % obtiendrait un score d'atteinte de la cible d'excellence d'environ 50 %, ce qui est trop sévère étant donné la marginalité relative du phénomène. Un comité d'experts a jugé qu'un résultat de 5 % équivaldrait à une performance jugée bonne à 80 %. L'ensemble des scores a donc été redistribué entre 80 % et 100 %.

Un autre type de norme a été utilisé pour 4 % des indicateurs, soit la norme raisonnée. Il est parfois plus approprié d'établir la cible d'excellence selon des bases théoriques issues de la littérature scientifique, de normes cliniques reconnues ou encore, d'un consensus issu d'un comité d'experts. Dans le cas de quatre indicateurs, la balise a été fixée à la suite d'une consultation auprès d'experts, soit la proportion des médecins rapportant que leur clinique offre la possibilité aux patients de faire une demande de rendez-vous ou de référence en ligne, de faire une demande de renouvellement de prescriptions en ligne, de consulter des résultats de tests sur un site Web

sécurisé ainsi que la proportion de personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques.

Par ailleurs, pour certains indicateurs, la norme est implicite par leur nature. Cette situation s'applique ici aux sept indicateurs de ratios d'équité selon le revenu. Pour avoir une équité parfaite, le ratio entre les résultats obtenus pour les citoyens les plus pauvres et les citoyens les plus riches devrait être de 1,0. Pour ces indicateurs, la norme a été fixée à 1,10 pour accepter une certaine marge d'erreur. Cette approche permet, dans ces cas, de fixer une norme plus significative en matière de performance.

Le calcul des résultats agrégés

Pour synthétiser les informations, des scores agrégés sont calculés d'abord par sous-sous-dimension, lorsque cela s'applique, et ensuite, par sous-dimension. Chaque indicateur a 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 province 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. 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 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.

Il est à noter qu'une méthodologie particulière s'applique lorsqu'une ou plusieurs données ne sont pas disponibles à l'intérieur d'une sous-sous-dimension. La pondération des indicateurs disponibles est revue afin que le résultat de balisage de la sous-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-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-sous-dimension X

Indicateur A = 80 %

Indicateur B = Pas de résultat

Indicateur C = 75 %

Indicateur D = 64 %

Nouvelle pondération des indicateurs de la sous-sous-dimension X

Indicateur A = 50 %

Indicateur B = 0 %

Indicateur C = 25 %

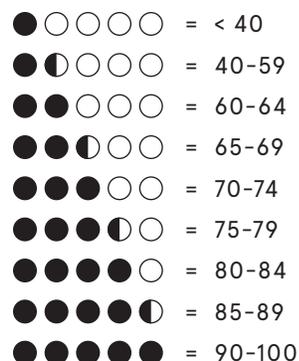
Indicateur D = 25 %

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-sous-dimension.

Une échelle qualitative de la performance

Dans l'optique de faciliter la compréhension des résultats de balisage, 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'un pays à l'autre, l'échelle qualitative offre, quant à elle, la possibilité pour chacune des juridictions d'obtenir l'équivalent d'un tableau de bord permettant de mettre en œuvre des actions.

FIGURE 3
SCORE DE PERFORMANCE
(BALISAGE)



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 situer le Québec par rapport aux autres provinces canadiennes, d'une part, et par rapport aux pays comparables de l'OCDE, d'autre part. Le Québec peut présenter de bons résultats même si elle arrive au 10^e rang parmi les provinces canadiennes. Le contraire est tout aussi vrai : il pourrait se retrouver en 3^e position et obtenir un score sous la barre des 70 % 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 au pays 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 pré-occupations 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.

Forces et limites

L'analyse systématique et globale nous 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 juridictions 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 que les médecins de famille québécois rapportent faire près de 8 heures de moins par semaine en clinique comparativement aux médecins de famille ontariens ne veut pas nécessairement dire qu'ils travaillent moins d'heures. Ce résultat pourrait en partie s'expliquer par une proportion d'heures travaillées ailleurs qu'en clinique, comme dans les urgences, ou encore des heures consacrées aux activités médicales particulières (AMP), qui se font essentiellement hors cabinet. 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. 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.

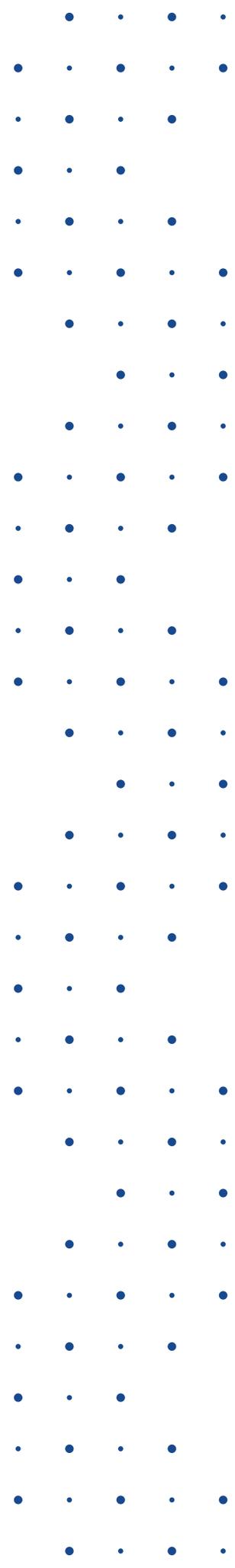
Nous sommes conscients que le fait de faire des regroupements d'indicateurs influence le score global obtenu pour une fonction. L'ajout de pondérations donne la possibilité de présenter des résultats de dimensions et de sous-dimensions plus fidèles à la réalité du système de santé et de services sociaux.

L'analyse d'indicateurs 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 totalement la réalité qu'il recouvre. 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. Signalons également que les services sociaux n'ont pas réellement été intégrés dans l'analyse de la performance du système, étant donné le manque de disponibilité de tels indicateurs, tant au niveau national que provincial ou international.

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.

Les résultats détaillés de la performance à l'échelle provinciale et internationale

Les tableaux qui suivent présentent le détail des résultats
pour chacune des fonctions.



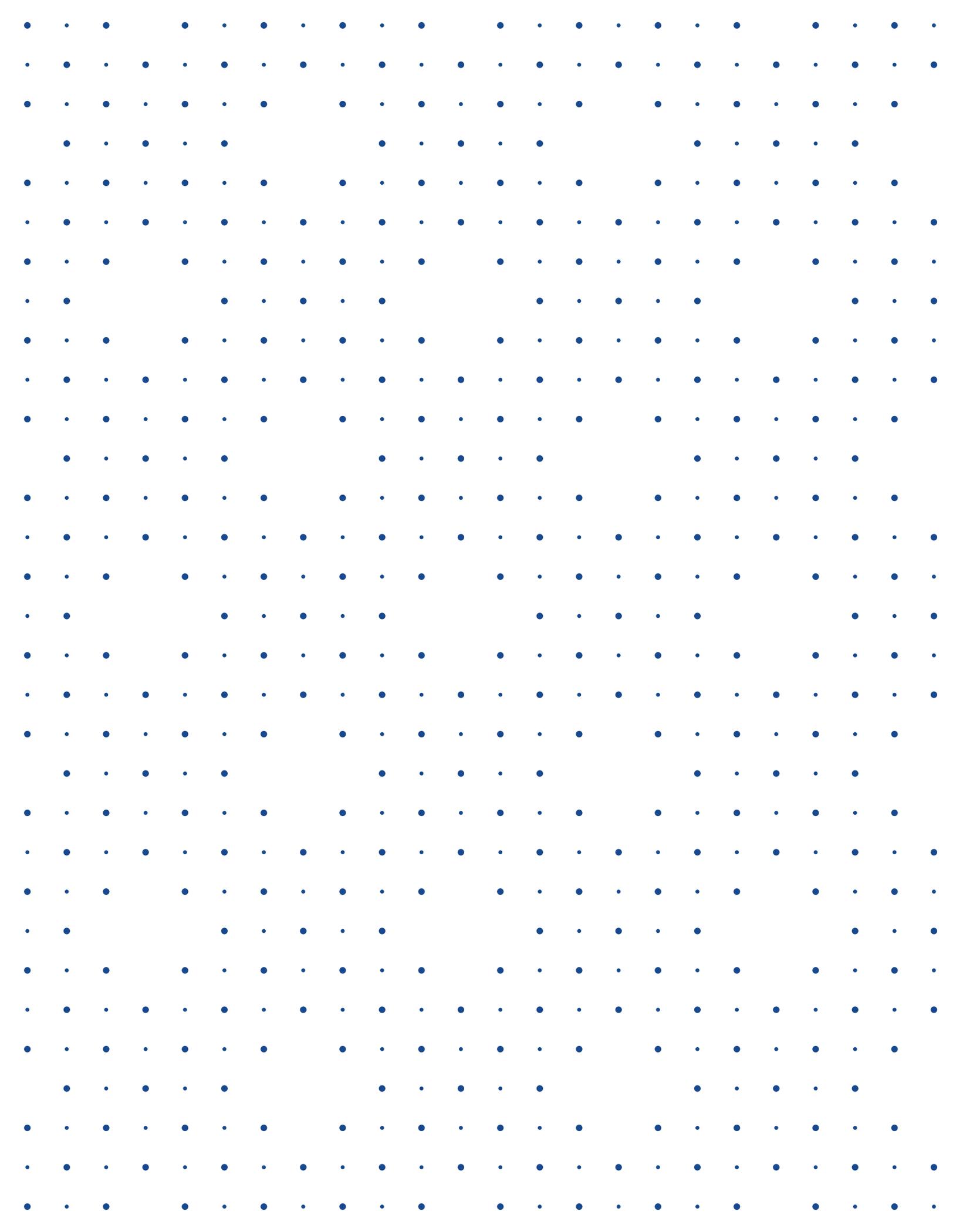


TABLEAU 5
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « adaptation »

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES	Capacité financière	Capacité financière	1	Total des dépenses de santé par habitant, en \$ CAN	2015	7036	6352	6560	6310	5920	
			2	Total des dépenses de santé par habitant, en \$ CAN ajusté selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation	2015	7254	6686	6560	6642	5638	
			3	Total des dépenses en santé par habitant, en \$ US ajusté selon le pouvoir d'achat	2015	5317	4800	4958	4769	4474	
			4	Pourcentage du PIB en dépenses de santé	2015	11,1	15,5	15,8	14,8	11,3	
			5	Dépenses publiques de santé par habitant, en \$ CAN	2015	5393	4741	4648	4470	3987	
			6	Dépenses publiques de santé par habitant, en \$ CAN ajustées selon l'indice comparatif des prix des biens et services à la consommation	2015	5560	4991	4648	4705	3797	
			7	Dépenses publiques en santé par habitant, en \$ US ajustées selon le pouvoir d'achat	2013	4079	3586	3516	3381	3016	
	Score agrégé Capacité financière						90,7 %	82,4 %	80,6 %	79,8 %	69,2 %
	Capacité humaine	Capacité humaine	8	Nombre de médecins omnipraticiens pour 1 000 habitants	2015	1,26	1,00	1,31	1,21	1,09	
			9	Nombre de médecins spécialistes pour 1 000 habitants	2015	1,17	0,81	1,29	1,01	1,11	
			10	Nombre de médecins pour 1 000 habitants	2015	2,43	1,81	2,61	2,22	2,20	
			11	Nombre d'infirmières pour 1 000 habitants	2014	11,5	10,6	9,9	10,7	7,1	
			12	Nombre de pharmaciens pour 1 000 habitants	2016	1,2	1,2	1,3	1,1	0,9	
	Score agrégé Capacité humaine						76,0 %	61,1 %	76,1 %	69,7 %	62,8 %
	Capacité matérielle	Capacité matérielle	13	Nombre de lits en soins de courte durée pour 1000 habitants	2013-2014	2,6	2,4	2,4	2,7	1,4	
			13A	Nombre de lits en soins de courte et longue durée pour 1000 habitants	2012-2013	-	-	-	-	-	
			287	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2012	9,7	6,9	9,5	7,9	7,7	
			288	Nombre d'appareils en tomographie par ordinateur (TDM), pour 1 000 000 habitants	2012	27,3	13,7	16,9	22,5	12,5	
	Score agrégé Capacité matérielle						99,2 %	92,9 %	92,2 %	100,0 %	53,4 %
	Score agrégé Disponibilité des ressources						88,6 %	78,8 %	83,0 %	83,2 %	61,8 %
VIABILITÉ	Santé administrative	Santé administrative	14	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales de santé, en %	2014-2015	4,0	3,7	4,6	3,7	5,6	
			Score agrégé Santé administrative						85,8 %	92,8 %	74,6 %
	Santé financière	Santé financière	15	Dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé, en %	2015	23,35	25,36	29,15	29,16	32,65	
			16	Proportion du budget total consacré à la santé	2015	40,00	37,00	46,00	40,00	41,00	
			17	Proportion de médecins de famille qui affirment qu'ils connaissent souvent le coût réel des tests ou des traitements	2015	24,5	-	32,5	35,5	28,2	
			18	Proportion de médecins de famille qui mentionnent qu'ils prennent souvent en compte les coûts pour le système de soins lors des décisions de traitement	2015	30,2	-	41,8	52,0	42,4	
	Score agrégé Santé financière						69,5 %	76,7 %	63,1 %	69,8 %	64,0 %
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	19	Solde migratoire des médecins	2014-2015	0,44	0,75	0,51	0,53	1,25	
Score agrégé Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins						28,7 %	48,8 %	33,1 %	34,6 %	81,2 %	

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
6927	6686	6966	5875	5665	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6976	81,2 %	10	-	0,0 %	-
7369	6686	6966	5704	6027	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7196	83,8 %	8	-	25,0 %	-
5235	5053	5265	4440	4281	5767	4420	4614	9451	4415	6567	3590	5343	4015	5228	6935	-	66,7 %	10	10	25,0 %	50,0 %
14,0	9,2	7,8	11,6	12,7	11	9	10	17	11	10	9	11	10	11	12	16,1	78,7 %	5	-	0,0 %	0,0 %
5298	5146	5168	4258	3979	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5286	75,3 %	10	-	0,0 %	-
5636	5146	5168	4134	4233	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5455	77,6 %	8	-	25,0 %	-
4008	3893	3909	3221	3010	4977	2950	3266	4672	3473	5598	2862	4312	3171	4375	4711	-	59,1 %	10	10	25,0 %	50,0 %
90,0 %	85,6 %	87,6 %	71,8 %	71,8 %	93,7 %	63,4 %	68,0 %	95,8 %	68,4 %	100,0 %	56,0 %	83,9 %	62,4 %	83,6 %	96,2 %	-	71,8 %	9	10	33,3 %	33,3 %
1,06	1,09	1,23	1,24	1,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,27	92,0 %	6	-	17,5 %	-
0,98	0,87	1,14	1,08	1,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,24	100,0 %	1	-	17,5 %	-
2,04	1,96	2,37	2,32	2,42	4,4	3,6	2,6	2,7	3,3	5,0	2,8	3,3	-	-	4,1	4,50	53,8 %	3	10	35,0 %	70,0 %
9,6	9,2	7,9	7,0	8,3	13,0	11,5	9,5	11,1	9,4	16,7	10,0	12,1	8,2	11,2	17,4	15,66	53,0 %	7	11	25,0 %	30,0 %
1,0	1,2	1,1	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,23	81,1 %	7	-	5,0 %	-
63,7 %	62,1 %	68,5 %	65,6 %	69,7 %	93,8 %	77,6 %	57,9 %	63,4 %	69,8 %	100,0 %	63,1 %	74,4 %	-	-	94,0 %	-	69,7 %	4	10	33,3 %	33,3 %
2,5	2,3	1,7	1,5	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,58	71,1 %	7	-	100,0 %	-
-	-	-	-	2,7	8,3	3,8	2,7	2,9	6,3	3,9	2,8	-	2,8	2,6	4,7	-	42,0 %	-	9	0,0 %	100,0 %
6,4	5,6	10,2	8,7	11,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,40	100,0 %	1	-	0,0 %	-
16,7	15,0	13,1	15,6	16,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,21	74,2 %	5	-	0,0 %	-
97,6 %	89,4 %	67,7 %	57,9 %	71,1 %	100,0 %	59,1 %	42,0 %	45,1 %	97,9 %	60,6 %	43,5 %	-	43,5 %	40,4 %	73,1 %	-	71,1 %	7	9	33,3 %	33,3 %
83,8 %	79,0 %	74,6 %	65,1 %	70,9 %	95,8 %	66,7 %	55,9 %	68,1 %	78,7 %	86,9 %	54,2 %	79,2 %	52,9 %	62,0 %	87,8 %	-	70,9 %	8	12	-	-
4,4	4,5	3,2	3,4	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,43	78,0 %	6	-	100,0 %	0,0 %
78,0 %	76,3 %	100,0 %	100,0 %	78,0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,0 %	6	-	-	-
23,52	23,03	25,81	27,52	29,76	13,7	33,3	29,2	50,6	21,4	14,8	20,3	19,3	21,0	16,3	32,1	14,92	50,1 %	9	9	40,0 %	80,0 %
46,00	38,00	42,00	43,00	30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35,00	100,0 %	1	-	40,0 %	-
33,3	28,4	34,1	32,0	27,5	73,2	44,5	29,8	43,6	-	22,8	55,9	47,7	39,0	44,3	50,3	59,81	45,9 %	8	10	10,0 %	10,0 %
43,9	50,0	48,2	47,4	35,5	71,5	54,2	42,6	57,0	-	28,7	49,7	43,6	50,0	37,0	58,2	62,25	57,1 %	8	10	10,0 %	10,0 %
68,4 %	75,5 %	69,9 %	67,2 %	70,4 %	100,0 %	52,0 %	52,7 %	40,1 %	69,9 %	88,4 %	76,2 %	76,9 %	71,3 %	86,6 %	55,0 %	-	70,4 %	3	11	-	-
0,91	0,64	1,32	2,04	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,54	53,2 %	5	-	100,0 %	-
59,1 %	42,0 %	86,2 %	100,0 %	53,2 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,2 %	5	-	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 5 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « adaptation »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario			
INNOVATION ET TRANSFORMATION	Utilisation des technologies de l'information et de la communication	Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Clinique	20	Proportion de médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques	2015	37,0	–	71,8	39,5	78,0			
			21	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des requêtes électroniques d'examen de laboratoire	2015	11,5	–	46,2	17,3	50,3			
			22	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet utilise systématiquement des alertes ou des messages électroniques concernant un problème potentiel de dose ou d'interaction de médicaments	2015	18,9	–	50,0	26,7	61,2			
			23	Proportion des médecins de famille qui peuvent faire le transfert électronique de prescriptions à une pharmacie	2015	5,6	–	22,8	5,3	31,8			
			24	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients par diagnostic en utilisant un processus informatisé	2015	27,8	–	71,8	36,8	73,8			
			25	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits ou auraient dû être faits antérieurement en utilisant un processus informatisé	2015	14,8	–	46,2	21,1	65,8			
			26	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les patients qui prennent un médicament spécifique en utilisant un processus informatisé	2015	16,7	–	50,6	28,0	56,1			
			27	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les médicaments pris par un patient en utilisant un processus informatisé	2015	18,5	–	49,4	29,3	54,2			
			28	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer une liste de tous les résultats de laboratoire pour un patient donné en utilisant un processus informatisé	2015	61,1	–	64,6	47,4	58,1			
			29	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut faire systématiquement un suivi de tous les examens de laboratoires commandés en utilisant un processus informatisé	2015	16,7	–	44,3	10,5	29,6			
			30	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des alertes ou des messages indiquant de divulguer les résultats d'examen aux patients, en utilisant un processus informatisé	2015	9,3	–	29,5	10,7	31,4			
			31	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet reçoit systématiquement des rappels pour les interventions ou examens de dépistage fondés sur les guides de pratique, en utilisant un processus informatisé	2015	7,5	–	13,9	13,2	42,5			
			32	Nombre de technologies informatiques utilisées par les médecins de famille pour les tâches cliniques	2015	2,4	–	5,6	2,8	6,3			
			33	Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation des dossiers médicaux*	2013	–	–	–	–	–			
			34	Pratique avancée ou novatrice liée à l'utilisation de l'ordinateur pour des fins cliniques*	2013	–	–	–	–	–			
			Score agrégé Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Clinique						23,5 %	–	53,8 %	27,0 %	60,6 %
					Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Relations avec les autres professionnels	35	Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de résumés cliniques des patients avec des médecins de famille à l'extérieur de leur cabinet	2015	19,6	–	17,1	10,7	23,8
36	Proportion des médecins de famille qui peuvent faire des échanges électroniques de tests diagnostiques et de laboratoire avec des médecins de famille à l'extérieur de leur cabinet	2015				32,7	–	20,8	24,3	27,1			
Score agrégé Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Relations avec les autres professionnels						32,6 %	–	23,5 %	21,9 %	31,7 %			

suite de la dimension
« Innovation et transformation »
à la page suivante

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
72,6	82,9	85,6	82,5	60,5	86,2	92,5	72,9	84,4	-	99,5	99,8	99,3	98,3	99,3	54,3	99,56	60,7 %	7	10	8,3 %	8,3 %
49,4	48,7	39,8	39,3	19,1	74,2	59,3	37,7	72,2	-	62,9	55,5	33,8	70,3	97,3	57,0	81,23	23,6 %	7	11	8,3 %	8,3 %
39,0	67,5	31,5	44,1	17,9	33,9	89,5	41,7	78,1	-	82,3	94,8	96,3	86,5	81,6	29,8	93,55	19,2 %	9	11	8,3 %	8,3 %
27,7	42,0	9,2	3,4	10,4	6,3	13,0	18,3	87,9	-	99,4	4,6	98,5	60,4	99,9	24,5	99,28	10,5 %	5	9	8,3 %	8,3 %
62,2	71,6	72,9	83,7	36,8	85,7	90,4	63,6	77,8	-	74,8	99,0	99,5	99,2	85,2	32,2	99,24	37,1 %	8	10	8,3 %	8,3 %
42,0	43,6	54,7	67,5	20,1	75,3	89,9	49,0	66,7	-	17,0	99,4	99,0	97,0	40,2	29,3	98,47	20,4 %	8	10	8,3 %	8,3 %
45,7	52,5	62,4	58,3	19,4	77,8	82,1	45,9	62,5	-	45,0	95,3	98,0	97,6	57,5	34,3	96,98	20,0 %	8	11	8,3 %	8,3 %
62,2	74,1	67,8	60,1	56,2	71,5	78,0	56,3	74,8	-	82,2	86,5	92,4	95,7	70,0	47,9	91,53	61,4 %	5	10	8,3 %	8,3 %
54,3	71,3	77,3	65,3	62,1	58,0	76,7	62,7	63,8	38,0	59,5	86,0	69,8	90,2	73,9	39,7	84,51	73,5 %	5	8	8,3 %	8,3 %
32,1	50,6	35,0	30,6	16,3	49,6	61,9	27,6	61,2	-	35,3	49,7	25,7	72,0	56,9	36,5	65,03	25,1 %	8	11	8,3 %	8,3 %
23,8	39,0	33,7	27,5	12,8	16,4	64,6	25,4	51,9	-	27,3	42,6	9,7	65,1	17,1	17,0	60,53	21,2 %	7	10	8,3 %	8,3 %
30,5	25,9	30,0	30,5	5,3	16,9	56,0	26,7	49,2	-	10,4	62,2	20,6	77,5	7,3	9,0	65,22	8,1 %	9	11	8,3 %	8,3 %
5,4	6,7	6,0	5,9	3,3	6,5	8,5	5,2	8,2	-	6,9	8,7	8,4	10,1	7,7	4,1	9,08	36,9 %	7	-	0,0 %	0,0 %
-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,00	16,1 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,00	43,5 %	-	-	0,0 %	-
52,0 %	64,6 %	57,7 %	56,4 %	31,7 %	61,6 %	83,2 %	50,4 %	80,7 %	-	65,0 %	84,0 %	75,9 %	94,8 %	72,0 %	39,7 %	-	31,7 %	7	11	33,3 %	33,3 %
25,0	30,8	21,9	25,5	9,9	20,2	39,3	20,0	45,0	-	84,4	83,6	79,4	63,9	70,5	59,6	82,47	12,0 %	9	11	50,0 %	50,0 %
36,4	37,7	39,3	30,5	26,2	26,5	41,2	29,5	44,2	-	77,1	79,9	73,1	66,0	79,7	60,6	78,91	33,3 %	7	11	50,0 %	50,0 %
38,2 %	42,5 %	38,2 %	34,8 %	22,6 %	29,0 %	49,9 %	30,8 %	56,6 %	-	98,9 %	100,0 %	94,5 %	80,6 %	92,7 %	74,5 %	-	22,6 %	8	11	33,3 %	33,3 %

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 5 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « adaptation »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario			
INNOVATION ET TRANSFORMATION	Utilisation des technologies de l'information et de la communication	Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Communication avec les patients	37	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients d'envoyer un courriel concernant des questions ou des préoccupations d'ordre médical	2015	3,8	—	16,9	12,2	17,7			
			38	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet permet aux patients de visionner en ligne, télécharger ou transmettre des renseignements de leur dossier médical	2015	5,6	—	5,3	2,6	5,9			
			39	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de rendez-vous ou de référence en ligne	2015	3,8	—	7,7	5,3	11,7			
			40	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de faire une demande de renouvellement de prescriptions en ligne	2015	1,9	—	5,1	3,9	10,5			
			41	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet offre la possibilité aux patients de consulter des résultats de tests sur un site Web sécurisé	2015	20,8	—	10,4	12,0	13,7			
			42	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet peut générer un résumé clinique de chaque visite à remettre au patient, en utilisant un processus informatisé	2015	22,2	—	52,6	25,0	52,7			
			43	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet envoie systématiquement des rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés, avec un système informatisé	2015	3,7	—	12,8	8,0	27,5			
			Score agrégé Utilisation des technologies informatiques par les médecins de famille : Communication avec les patients						12,9 %	—	21,6 %	13,7 %	27,2 %
			Score agrégé Innovation et transformation (utilisation des technologies informatiques)						23,0 %	—	33,0 %	20,9 %	39,8 %

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
8,8	13,0	12,1	16,9	14,0	47,5	31,7	15,0	61,8	-	32,2	55,3	58,6	39,1	65,5	80,8	69,36	20,3 %	4	11	14,3 %	25,0 %
6,2	7,8	9,7	8,5	6,0	8,5	12,0	6,7	65,0	-	3,6	25,1	13,4	28,9	21,9	11,0	39,69	15,2 %	5	10	14,3 %	25,0 %
11,1	14,3	18,5	10,5	9,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,60	13,8 %	6	-	14,3 %	-
9,8	16,5	6,8	3,5	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,60	9,2 %	5	-	14,3 %	-
17,3	23,1	22,0	38,1	11,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,60	17,5 %	8	-	14,3 %	-
43,9	59,3	60,9	63,3	27,6	59,5	83,6	47,5	77,5	-	46,7	84,0	78,5	78,6	61,8	42,9	82,08	33,6 %	7	11	14,3 %	25,0 %
12,0	25,9	21,7	20,1	3,9	22,4	78,6	17,8	41,1	-	8,6	93,0	52,1	90,1	53,9	13,6	87,22	4,5 %	8	11	14,3 %	25,0 %
21,8 %	31,6 %	30,3 %	32,0 %	16,3 %	47,0 %	66,5 %	29,2 %	82,6 %	-	30,6 %	85,7 %	68,4 %	81,3 %	71,7 %	48,9 %	-	16,3 %	7	11	33,3 %	33,3 %
37,3 %	46,2 %	42,0 %	41,1 %	23,5 %	45,9 %	66,5 %	36,8 %	73,3 %	-	64,8 %	89,9 %	79,6 %	85,5 %	78,8 %	54,4 %	-	23,5 %	7	11	-	-

TABLEAU 5 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « adaptation »

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario
AJUSTEMENT AUX BESOINS DE LA POPULATION	Justesse des services	Justesse des services	44	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2014-2015	475	446	355	456	311
			45	Nombre de sorties des hôpitaux liées aux MPOC, personnes de 15 ans et plus, pour 100 000 habitants	2013	330,1	295,6	272,5	380,5	198,3
			46	Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme, personnes de 15 ans et plus, pour 100 000 habitants	2013	20,7	18,9	11,1	16,3	16,7
			47	Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète, personnes de 15 ans et plus, pour 100 000 habitants	2013	166,1	150,7	119,8	137,9	96,5
			48	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de maladies chroniques multiples	2015	96,3	—	96,2	96,0	90,1
			49	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de graves problèmes de santé mentale	2015	44,4	—	51,9	54,1	47,5
			50	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients souffrant de problèmes de toxicomanie	2015	35,2	—	42,9	34,2	26,1
			51	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de soins palliatifs, y compris les patients atteints de cancer	2015	35,2	—	46,2	41,3	24,8
			52	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de soins à domicile de longue durée	2015	51,9	—	49,4	56,0	35,5
			53	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services sociaux dans la collectivité	2015	33,3	—	48,7	44,7	36,5
			54	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients qui ont besoin de services de traduction	2015	1,9	—	2,5	5,3	12,8
			55	Proportion des médecins de famille qui déclarent voir souvent des patients atteints de démence	2015	44,4	—	47,4	56,0	39,7
			56	Nombre de types de patients avec problèmes particuliers vus souvent par le médecin	2015	3,4	—	3,8	3,9	3,1
			57	Fréquences d'actes médicaux normalement attendus en première ligne exécutés par les médecins de famille*	2013	—	—	—	—	—
			58	Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé physique*	2013	—	—	—	—	—
			59	Fréquence à laquelle les médecins de famille rapportent être consultés en premier lieu pour divers problèmes de santé mentale ou des problèmes psychosociaux*	2013	—	—	—	—	—
			60	Diversité des activités spéciales ou cliniques pour des groupes de patients ciblés étant offertes par les médecins de famille*	2013	—	—	—	—	—
			61	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être allées à l'urgence pour une affection qui aurait pu être traitée par les médecins qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux, si ces derniers avaient été disponibles	2014	50,51	41,08	39,36	44,62	40,38
			62	Accessibilité de la clinique par rapport à l'urgence selon l'expérience du patient*	2013	—	—	—	—	—
			Score agrégé Justesse des services						48,1 %	55,1 %
Facilité d'entrée	Facilité d'entrée	63	Proportion de la population qui déclare avoir un médecin régulier	2014	89,9	90,5	89,4	93,9	92,5	
		64	Proportion de personnes de 55 ans et plus qui ont un médecin habituel/omnipraticien	2014	96,4	93,9	97,5	98,5	96,7	
Score agrégé Facilité d'entrée						97,2 %	96,3 %	97,5 %	99,6 %	98,7 %

suite de la dimension
«Ajustement aux besoins de la population»
à la page suivante

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
335	520	365	300	305,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	305,33	100,0 %	1	-	25,0 %	-
220,8	318,6	284,5	201,7	289,7	245,4	323,8	243,4	216,5	119,9	221,7	325,5	163,5	212,7	192,2	101,3	128,24	44,3 %	6	10	8,3 %	13,3 %
12,6	18,8	14,2	15,0	11,8	22,6	64,7	14,9	103,1	30,3	25,6	72,2	31,2	60,5	22,8	12,7	11,82	100,0 %	1	1	8,3 %	13,3 %
141,6	186,5	119,1	89,6	55,7	216,3	141,3	95,3	198,2	180,6	76,4	186,8	68,3	64,3	111,2	43,9	54,60	98,1 %	1	2	8,3 %	13,3 %
95,2	95,1	94,5	92,5	93,9	93,9	93,5	92,9	95,5	-	89,7	96,0	95,9	93,7	95,6	77,3	96,17	97,6 %	7	-	0,0 %	0,0 %
46,3	40,7	59,6	50,9	56,5	44,6	55,1	51,5	31,2	-	48,2	40,8	58,6	62,8	42,5	27,4	60,31	93,6 %	2	-	0,0 %	0,0 %
37,8	37,5	39,7	40,1	19,9	9,3	28,6	30,1	29,5	-	23,7	29,3	22,6	43,9	14,7	8,1	42,29	46,9 %	9	-	0,0 %	0,0 %
34,1	51,9	35,2	37,2	43,6	30,8	35,8	35,1	27,5	-	14,2	44,5	66,6	71,8	15,6	15,8	63,44	68,8 %	3	-	0,0 %	0,0 %
45,1	65,0	43,5	46,6	38,3	65,4	42,7	41,7	42,3	-	71,1	52,0	80,6	72,3	51,8	39,3	74,68	51,2 %	8	-	0,0 %	0,0 %
41,0	43,2	29,2	37,4	32,2	65,5	45,9	35,8	35,7	-	29,6	57,3	36,2	60,9	61,0	31,5	62,45	51,6 %	8	-	0,0 %	0,0 %
12,0	9,9	12,5	13,8	9,4	10,1	8,6	11,2	19,9	-	21,9	14,9	12,4	23,8	32,4	15,7	26,02	36,3 %	6	-	0,0 %	0,0 %
37,8	50,6	38,5	38,1	57,4	58,1	36,3	44,8	44,1	-	29,4	38,1	53,0	66,9	46,2	24,8	60,80	94,4 %	1	-	0,0 %	0,0 %
3,5	3,9	3,5	3,6	3,5	3,8	3,5	3,4	3,2	-	3,3	3,7	4,2	4,9	3,6	2,4	4,37	80,3 %	6	-	0,0 %	0,0 %
-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,90	63,8 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,80	84,5 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,30	81,4 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,20	77,6 %	-	-	0,0 %	-
36,95	32,97	40,45	31,06	38,2	20,35	24,23	38,57	41,97	30,04	25,04	29,43	21,20	22,87	30,37	30,02	21,47	56,1 %	4	10	50,0 %	60,0 %
-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	65,6 %	-	-	0,0 %	-
67,7 %	58,3 %	62,0 %	76,5 %	73,3 %	77,3 %	66,0 %	58,6 %	43,8 %	65,4 %	74,8 %	55,1 %	86,1 %	78,3 %	64,7 %	81,9 %	-	73,3 %	2	7	-	-
83,9	79,9	80,1	84,9	74,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,30	81,0 %	10	-	50,0 %	-
95,9	92,2	94,8	99,3	93,1	98,6	96,0	95,9	89,5	99,7	97,3	94,7	99,1	91,8	63,5	96,0	99,35	93,7 %	9	9	50,0 %	100,0 %
93,7 %	89,7 %	91,1 %	96,0 %	87,4 %	99,2 %	96,6 %	96,5 %	90,1 %	100,0 %	97,9 %	95,4 %	99,8 %	92,4 %	63,9 %	96,6 %	-	87,4 %	10	9	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 5 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « adaptation »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
AJUSTEMENT AUX BESOINS DE LA POPULATION	Utilisation des services	Services hospitaliers : courte durée	65	Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée pour 1 000 habitants	2013-2014	85,0	94,9	75,2	92,5	69,5		
			67	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont passé une nuit à l'hôpital au cours des 2 dernières années	2014	19,2	20,1	22,7	20,9	19,9		
			Score agrégé Services hospitaliers : courte durée					42,5 %	47,5 %	37,6 %	46,3 %	34,8 %
		Services hospitaliers : santé mentale	66	Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants	2012-2013	599,9	953,7	446,6	720,0	570,4		
			Score agrégé Services hospitaliers : santé mentale					76,7 %	100,0 %	57,1 %	92,1 %	72,9 %
		Chirurgies prioritaires	68	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2013-2014	129,0	185,0	151,0	138,0	145,0		
			69	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2013-2014	156,0	220,0	190,0	167,0	196,0		
			Score agrégé Chirurgies prioritaires					55,1 %	78,2 %	65,9 %	58,9 %	66,1 %
		Médecins	70	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté ou qui ont eu besoin de voir un spécialiste durant les 2 dernières années	2014	54,8	49,5	58,0	53,4	59,6		
			71	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont consulté au moins 2 médecins différents au cours des 12 derniers mois, sans compter les hospitalisations	2014	63,6	56,0	59,1	55,9	60,4		
			290	Nombre de services médicaux – Médecine familiale pour 1 000 habitants	2014-2015	472,7	–	422,3	393,6	391,6		
			291	Nombre de services médicaux – Spécialités médicales pour 1 000 habitants	2014-2015	146,6	–	78,4	93,4	245,5		
			292	Nombre de services médicaux – Spécialités chirurgicales pour 1 000 habitants	2014-2015	118,5	–	124,5	145,9	154,0		
		Score agrégé Médecins					80,4 %	72,8 %	70,8 %	73,2 %	90,5 %	
		Urgence	72	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont eu recours au moins une fois au service des urgences d'un hôpital, pour leurs propres soins, au cours des 2 dernières années	2014	47,7	48,4	46,1	49,5	38,3		
			Score agrégé Urgence					98,3 %	99,6 %	94,9 %	100,0 %	79,0 %
		Score agrégé Utilisation des services						70,6 %	79,6 %	65,3 %	74,1 %	68,6 %

NOTE: La viabilité et l'ajustement aux besoins de la population sont deux dimensions de la fonction « adaptation » pour lesquelles le score agrégé n'a pas été calculé.

Dans le cas de la viabilité, les indicateurs obtenus ne suffisent pas pour bien mesurer toutes les composantes du concept. En effet, des trois sous-dimensions qui composent la viabilité (santé administrative, santé financière, capacité à attirer et retenir la main d'œuvre : médecins) seule la sous-dimension santé financière est bien mesurée. Dans ce cas, un score global pour la viabilité serait peu robuste et engendrerait une interprétation hasardeuse et peu pertinente.

L'ajustement aux besoins de la population comprend trois sous-dimensions (utilisation des services, facilité d'entrée et justesse des services). Le niveau d'utilisation des services se traduit mal en performance en l'absence d'information sur les besoins réels à combler. L'autre sous-dimension (facilité d'entrée) a été traitée en accessibilité pour en faciliter la compréhension. Enfin, il ne reste que la sous-dimension justesse des services, qui à elle seule ne peut pas représenter le score de l'ajustement aux besoins de la population. D'où l'idée de ne pas faire un score agrégé pour cette dimension.

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
81,9	102,9	83,7	76,0	74,2	252,0	173,0	83,0	125,0	166,0	175,0	146,0	119,0	129,0	163,0	166,0	200,00	37,1 %	9	12	100,0 %	100,0 %
19,7	20,5	15,4	18,0	21,6	35,0	24,7	19,7	26,4	16,7	31,2	22,0	24,2	16,5	25,7	29,0	31,73	68,0 %	2	—	0,0 %	0,0 %
41,0 %	51,5 %	41,9 %	38,0 %	37,1 %	100,0 %	86,5 %	41,5 %	62,5 %	83,0 %	87,5 %	73,0 %	59,5 %	64,5 %	81,5 %	83,0 %	—	37,1 %	9	12	20,0 %	20,0 %
519,5	625,1	580,6	672,5	531,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	782,03	67,9 %	8	—	100,0 %	—
66,4 %	79,9 %	74,2 %	86,0 %	67,9 %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	67,9 %	8	—	20,0 %	20,0 %
150,0	204,0	161,0	141,0	109,0	283,0	171,0	136,0	204,0	236,0	243,0	150,0	216,0	183,0	238,0	292,0	272,67	40,0 %	10	12	50,0 %	50,0 %
191,0	299,0	197,0	145,0	131,0	190,0	180,0	166,0	226,0	145,0	89,0	94,0	118,0	141,0	135,0	176,0	248,33	52,8 %	10	9	50,0 %	50,0 %
66,0 %	87,4 %	69,2 %	55,1 %	46,4 %	88,3 %	67,6 %	58,4 %	82,9 %	72,5 %	62,5 %	46,4 %	63,4 %	61,9 %	70,8 %	85,4 %	—	46,4 %	10	12	20,0 %	20,0 %
51,7	53,6	50,0	55,5	56,4	85,8	61,1	56,6	66,6	57,1	58,1	45,5	66,7	43,1	51,0	67,0	73,18	77,0 %	3	9	10,0 %	50,0 %
58,1	55,3	54,3	64,9	48,0	80,6	62,6	57,1	70,2	46,9	52,6	51,3	49,2	52,1	52,9	58,0	71,86	66,8 %	10	11	10,0 %	50,0 %
479,1	427,8	516,4	532,3	311,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	509,26	61,1 %	9	—	26,7 %	—
234,9	137,1	165,5	164,8	210,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	230,43	91,5 %	3	—	26,7 %	—
100,8	125,8	105,3	119,1	116,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	141,91	81,7 %	7	—	26,7 %	—
85,9 %	77,0 %	80,1 %	84,8 %	77,0 %	100,0 %	85,3 %	78,4 %	94,4 %	71,7 %	76,3 %	66,8 %	79,8 %	65,7 %	71,6 %	86,1 %	—	77,0 %	7	8	20,0 %	20,0 %
34,9	33,0	31,4	34,9	38,3	23,4	26,3	37,7	38,5	14,2	26,5	29,5	27,3	17,9	33,4	25,1	48,53	78,9 %	6	2	100,0 %	100,0 %
71,9 %	68,1 %	64,7 %	72,0 %	78,9 %	48,2 %	54,1 %	77,7 %	79,3 %	29,2 %	54,6 %	60,7 %	56,2 %	36,8 %	68,8 %	51,7 %	—	78,9 %	6	2	20,0 %	20,0 %
66,2 %	72,8 %	66,0 %	67,2 %	61,5 %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61,5 %	10	11	—	—

TABLEAU 6
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
ACCESSIBILITÉ	Accessibilité financière	Accessibilité financière : médicament	266	Pourcentage de médecins de famille qui déclarent que leurs patients ont souvent de la difficulté à payer leurs médicaments ou autres frais de santé	2015	37,0	–	35,9	50,6	31,0		
			267	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent ne pas avoir acheté un médicament d'ordonnance ou d'avoir sauté des doses de son médicament en raison du coût	2014	7,15	7,80	6,57	12,41	7,60		
			Score agrégé Accessibilité financière : médicament					76,1%	77,6%	77,7%	60,0%	77,9%
		Accessibilité financière : tests, suivi médical et dentiste	268	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût, au cours des 12 derniers mois	2014	4,49	4,94	3,00	5,52	4,31		
			269	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas avoir effectué un test médical, un traitement ou une visite de suivi recommandés par un médecin en raison du coût	2014	5,74	4,07	5,10	4,62	6,73		
			270	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir eu de la difficulté à payer leurs factures de soins médicaux, ou qui ont été incapables de le faire, au cours des 12 derniers mois	2014	5,27	7,19	5,70	8,53	5,39		
			271	Pourcentage d'individus qui n'ont pas consulté un médecin pour un problème médical en raison du coût	2013	5,35	4,58	4,97	6,52	5,08		
			272	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent de ne pas être allées chez le dentiste en raison du coût	2014	15,99	11,54	18,14	19,58	16,28		
			289	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment avoir dépensé 1 000\$ et plus pour des traitements médicaux non assurés	2014	14,00	–	17,00	20,00	16,00		
			273	Accessibilité de différents services par rapport aux obstacles financiers (fréquence des obstacles) selon l'expérience du patient*	2013	–	–	–	–	–		
			Score agrégé Accessibilité financière : tests, suivi médical et dentiste					75,1%	91,5%	74,1%	68,0%	73,0%
		Score agrégé Accessibilité financière					75,5%	85,9%	75,5%	64,8%	74,9%	
		Accessibilité organisationnelle	Délais d'attente : tests diagnostiques	73	Proportion ajustée des personnes qui ont attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques	2013	47,9	62,8	51,8	51,1	60,3	
				Score agrégé Délais d'attente : tests diagnostiques					59,9%	78,5%	64,8%	63,9%
			Délais d'attente : chirurgies prioritaires	74	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la hanche	2015	94,0	87,0	52,0	68,0	87,0	
75	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie du genou			2015	87,0	91,0	36,0	62,0	86,0			
76	Proportion des patients opérés à l'intérieur de 4 mois pour une chirurgie de la cataracte			2015	96,0	87,0	64,0	84,0	74,0			
77	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie de la hanche			2013	82,0	121,0	145,0	109,0	70,0			
78	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie du genou			2013	77,0	148,0	231,0	143,0	79,0			
79	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et la chirurgie de la cataracte			2013	35,0	101,0	61,0	25,0	50,0			
Score agrégé Délais d'attente : chirurgies prioritaires					95,5%	71,7%	49,8%	75,7%	87,5%			

suite de la dimension « Accessibilité » à la page suivante

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
26,5	28,4	22,8	44,5	22,4	13,4	24,9	30,6	64,9	-	2,8	30,2	52,9	12,0	5,7	8,7	5,73	85,1 %	1	6	50,0 %	50,0 %
7,16	2,06	6,13	7,77	6,74	3,4	5,3	7,2	15,9	1,6	2,0	4,5	3,2	2,4	2,1	2,7	1,90	81,6 %	4	10	50,0 %	50,0 %
80,7 %	89,6 %	84,3 %	71,6 %	83,4 %	93,7 %	85,0 %	78,9 %	72,9 %	100,0 %	99,8 %	84,1 %	78,6 %	96,3 %	99,6 %	97,1 %	-	83,4 %	3	9	40,0 %	40,0 %
3,06	3,25	4,17	3,63	2,98	2,5	4,8	3,8	14,7	2,9	2,3	7,9	3,9	2,8	1,9	5,2	2,25	95,7 %	1	7	25,0 %	33,3 %
4,15	1,79	4,33	3,44	4,30	3,3	7,1	5,1	15,4	2,3	2,1	6,6	3,6	2,5	1,8	4,1	1,88	90,0 %	5	9	25,0 %	33,3 %
4,20	3,46	3,02	5,71	6,20	3,2	8,1	5,4	15,3	2,7	2,2	5,9	5,4	4,8	1,5	3,0	2,15	87,3 %	8	11	0,0 %	0,0 %
4,11	2,22	6,62	4,66	5,83	7,6	9,4	5,3	27,5	8,4	5,0	16,4	11,7	2,1	3,1	6,5	2,50	83,8 %	8	11	0,0 %	0,0 %
16,03	8,89	12,42	17,42	14,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,95	100,0 %	1	-	25,0 %	-
24,00	26,00	22,00	25,00	26,00	15,0	21,0	21,0	39,0	1,0	17,0	8,0	10,0	5,0	17,0	38,0	4,67	17,9 %	8	10	25,0 %	33,3 %
-	-	-	-	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,84	-	-	-	0,0 %	-
75,4 %	78,0 %	74,9 %	73,5 %	75,9 %	74,6 %	62,6 %	66,6 %	70,7 %	98,2 %	75,4 %	77,9 %	76,6 %	95,9 %	75,8 %	61,7 %	-	75,9 %	3	9	60,0 %	60,0 %
77,6 %	82,6 %	78,6 %	72,7 %	78,9 %	82,2 %	71,6 %	71,5 %	71,6 %	98,9 %	85,2 %	80,3 %	77,4 %	96,1 %	85,3 %	75,9 %	-	78,9 %	3	9	-	-
42,8	67,9	53,9	56,3	55,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80,00	68,9 %	5	-	100,0 %	-
53,5 %	84,9 %	67,4 %	70,4 %	68,9 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68,9 %	5	-	25,0 %	-
69,0	100,0	83,0	61,0	85,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93,67	90,7 %	5	-	16,7 %	-
64,0	99,0	79,0	47,0	80,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,33	86,6 %	5	-	16,7 %	-
41,0	96,0	64,0	64,0	88,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93,33	94,3 %	3	-	16,7 %	-
119,0	99,0	108,0	91,0	85,0	-	106,0	86,0	-	-	135,0	98,0	-	75,0	-	-	75,67	89,0 %	3	2	16,7 %	33,3 %
157,0	128,0	127,0	118,0	96,0	-	194,0	104,0	-	-	163,5	112,0	-	79,0	-	-	78,33	81,6 %	3	2	16,7 %	33,3 %
86,0	67,0	79,0	41,0	31,0	-	79,0	46,0	-	-	100,0	75,0	-	61,0	-	-	30,33	97,8 %	2	1	16,7 %	33,3 %
55,9 %	80,5 %	68,8 %	68,0 %	90,0 %	-	50,1 %	76,4 %	-	-	44,8 %	62,5 %	-	83,0 %	-	-	-	90,0 %	2	1	25,0 %	33,3 %

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario
ACCESSIBILITÉ	Accessibilité organisationnelle	Délais d'attente : médecins spécialistes rapportés par les hôpitaux ou par les médecins de famille	80	Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie	2015	99,0	98,0	94,0	99,0	99,0
			81	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant de voir un spécialiste	2015	64,2	—	75,6	69,7	60,3
			82	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients attendaient longtemps avant d'être traités à la suite d'un diagnostic	2015	15,1	—	25,3	14,5	20,2
			83	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, leurs patients avaient de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés	2015	30,2	—	30,8	28,0	19,7
			Score agrégé Délais d'attente : médecins spécialistes rapportés par les hôpitaux ou par les médecins de famille		47,8 %	—	40,6 %	48,1 %	47,3 %	
		Délais d'attente : médecins spécialistes rapportés par les patients	84	Pourcentage d'individus qui ont attendu moins de 4 semaines pour un spécialiste après avoir décidé de consulter ou en avoir été avisé	2013	29,1	34,9	36,6	33,8	39,3
			85	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu moins de 4 semaines avant de voir un médecin spécialiste	2014	32,4	41,2	39,2	37,8	43,9
				Score agrégé Délais d'attente : médecins spécialistes rapportés par les patients		41,6 %	51,3 %	51,3 %	48,4 %	56,2 %
			Score agrégé Délais d'attente : médecins spécialistes		44,7 %	51,3 %	45,9 %	48,2 %	51,8 %	
		Accès aux médecins de famille ou à la clinique médicale, rapporté par les médecins de famille	87	Proportion de médecins de famille qui ont pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant à presque tous leurs patients ou la plupart d'entre eux	2015	24,5	—	24,7	20,5	37,2
			88	Proportion de médecins de famille qui ont pris des mesures pour que leurs patients puissent voir un médecin ou une infirmière s'ils en ont besoin lorsque la clinique est fermée (après les heures de travail) sans devoir visiter les urgences d'un hôpital	2015	33,3	—	41,0	38,7	66,9
				Score agrégé Accès aux médecins de famille ou à la clinique médicale, rapporté par les médecins de famille		38,9 %	—	43,2 %	38,5 %	67,9 %
		Accès au médecin de famille ou à la clinique médicale, rapporté par les patients	89	Accessibilité de la clinique selon l'expérience du patient*	2013	—	—	—	—	—
			90	Proportion de personnes de 55 ans et plus qui affirment qu'il est très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail	2014	72,1	68,5	66,3	58,2	58,8
			91	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent pouvoir contacter facilement un professionnel de la santé pour poser des questions ou demander conseil en lien avec leur problème de santé	2014	68,3	70,8	70,3	67,6	65,2
			92	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu au moins 2 jours pour voir un médecin	2014	55,6	55,3	57,5	57,4	52,2
			93	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui reçoivent toujours une réponse le même jour lorsqu'ils appellent leur clinique habituelle durant les heures d'ouverture régulières, au sujet d'un problème médical	2014	54,9	47,3	54,6	58,9	53,5
			94	Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus qui ont eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois	2013	15,3	16,3	11,8	14,9	15,4
				Score agrégé Accès au médecin de famille ou à la clinique médicale, rapporté par les patients		63,5 %	61,5 %	66,2 %	66,5 %	64,4 %
			Score agrégé Accessibilité médecins de famille		51,2 %	61,5 %	54,7 %	52,5 %	66,2 %	
			Score agrégé Accessibilité organisationnelle		62,8 %	65,8 %	53,8 %	60,1 %	70,2 %	

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
100,0	97,0	98,0	93,0	98,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99,33	98,7 %	5	-	25,0 %	-
69,5	58,0	72,4	76,1	82,2	64,8	57,3	70,5	32,8	-	48,4	65,9	11,2	40,9	56,4	8,9	17,63	21,4 %	9	11	25,0 %	33,3 %
14,8	17,3	19,5	32,6	20,0	19,0	23,3	21,4	10,3	-	18,4	33,3	10,3	31,3	28,1	1,3	7,29	36,5 %	6	6	25,0 %	33,3 %
25,6	37,0	37,5	59,4	64,8	27,4	10,9	40,1	31,6	-	7,1	54,4	5,9	19,2	15,1	1,3	4,76	7,3 %	9	11	25,0 %	33,3 %
48,3 %	45,8 %	43,3 %	36,8 %	41,0 %	27,7 %	35,2 %	23,6 %	46,6 %	-	47,8 %	19,1 %	84,0 %	30,4 %	29,5 %	100,0 %	-	41,0 %	7	10	50,0 %	50,0 %
31,3	37,9	35,0	33,6	41,3	70,9	47,2	37,7	71,3	50,6	42,4	53,8	61,7	65,4	50,4	72,7	71,65	57,7 %	1	11	50,0 %	50,0 %
38,5	32,2	40,5	44,7	44,6	60,0	60,1	42,7	80,8	57,5	42,5	60,3	68,0	60,6	49,3	80,0	76,25	58,5 %	2	10	50,0 %	50,0 %
47,1 %	47,5 %	51,0 %	52,7 %	58,1 %	88,8 %	72,4 %	54,3 %	99,8 %	73,0 %	57,5 %	77,1 %	87,6 %	85,4 %	67,5 %	100,0 %	-	58,1 %	1	10	50,0 %	50,0 %
47,7 %	46,7 %	47,1 %	44,8 %	49,5 %	58,2 %	53,8 %	39,0 %	73,2 %	73,0 %	52,6 %	48,1 %	85,8 %	57,9 %	48,5 %	100,0 %	-	49,5 %	3	11	25,0 %	33,3 %
30,0	28,8	27,9	34,1	12,5	66,9	45,9	28,0	48,0	-	40,1	56,3	51,9	38,3	20,4	54,1	59,06	21,1 %	9	11	50,0 %	50,0 %
26,5	43,9	52,2	32,3	37,4	88,2	77,9	48,2	38,8	-	3,0	92,2	94,6	88,5	75,5	69,0	91,79	40,8 %	6	10	50,0 %	50,0 %
39,8 %	48,3 %	52,1 %	46,4 %	30,9 %	98,1 %	81,3 %	50,0 %	61,8 %	-	35,5 %	97,6 %	93,9 %	80,7 %	58,4 %	83,4 %	-	30,9 %	9	11	50,0 %	50,0 %
-	-	-	-	0,79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,92	85,6 %	-	-	0,0 %	-
74,6	62,0	59,8	55,8	66,2	41,2	47,4	61,6	48,6	31,7	36,6	31,9	23,0	33,4	66,1	38,1	28,85	43,5 %	6	12	20,0 %	25,0 %
65,4	70,0	64,0	65,6	67,5	44,9	67,7	66,2	80,5	53,5	53,8	75,5	83,6	71,6	74,8	60,9	79,87	84,5 %	6	7	20,0 %	25,0 %
59,1	59,2	56,0	51,5	58,2	18,3	32,9	54,7	43,8	14,9	46,4	17,7	20,7	36,6	45,9	32,2	16,97	29,2 %	8	12	20,0 %	25,0 %
39,7	49,9	49,4	48,6	47,1	80,7	47,6	50,3	51,0	38,0	61,2	62,7	72,4	49,1	62,1	80,8	77,97	60,4 %	9	11	20,0 %	25,0 %
15,8	19,5	15,6	15,0	20,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,90	67,5 %	10	-	20,0 %	-
57,6 %	59,6 %	62,2 %	64,4 %	57,0 %	79,7 %	64,6 %	56,3 %	65,9 %	76,7 %	65,3 %	90,4 %	93,7 %	71,3 %	63,5 %	76,2 %	-	57,0 %	10	12	50,0 %	50,0 %
48,7 %	53,9 %	57,1 %	55,4 %	44,0 %	88,9 %	72,9 %	53,2 %	63,8 %	76,7 %	50,4 %	94,0 %	93,8 %	76,0 %	60,9 %	79,8 %	-	44,0 %	10	12	25,0 %	33,3 %
51,5 %	66,5 %	60,1 %	59,6 %	63,1 %	73,6 %	58,9 %	56,2 %	68,5 %	74,8 %	49,3 %	68,2 %	89,8 %	72,3 %	54,7 %	89,9 %	-	63,1 %	4	9	-	-

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
QUALITÉ TECHNIQUE	Sécurité des soins	Sécurité des soins	95	Taux ajusté de sepsie à l'hôpital sur 1 000 sorties	2014-2015	3,9	2,5	3,5	3,1	4,6	
			96	Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme par 100 000 sorties médicales et chirurgicales, patients de 15 ans et plus	2013	-	-	8,1	7,7	7,5	
			97	Taux de cas d'embolie pulmonaire postopératoire, par 100 000 sorties relatives à une arthroplastie de la hanche ou du genou, patients de 15 ans et plus	2013	730,2	-	291,1	262,7	679,1	
			98	Taux de cas de septicémie postopératoire, par 100 000 sorties relatives à des chirurgies abdominales, patients de 15 ans et plus	2013	912,2	-	454,6	546,9	495,2	
			99	Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3 ^e ou de 4 ^e degré, par 100 accouchements vaginaux avec instrument	2013	5,3	20,8	17,3	13,9	13,4	
			100	Pourcentage d'accouchements vaginaux qui ont entraîné un traumatisme obstétrical de 3 ^e ou de 4 ^e degré, par 100 accouchements vaginaux sans instrument	2013	0,8	2,4	2,7	2,9	2,5	
	Score agrégé Sécurité des soins						53,6 %	100,0 %	79,9 %	82,9 %	63,2 %
	Pertinence des soins	Pertinence des soins	101	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2014-2015	475	446	355	456	311	
			102	Taux de césariennes à faible risque, en %	2014-2015	19,8	18,7	14,0	16,2	15,2	
	Score agrégé Pertinence des soins						63,5 %	67,6 %	86,2 %	68,9 %	93,6 %
	Taux de réadmission			103	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2014-2015	6,1	7,3	6,2	7,0	7,0
				104	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2014-2015	13,2	13,3	12,6	13,0	13,7
				105	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2014-2015	2,5	3,2	2,6	2,4	1,9
				106	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	2014-2015	6,6	7,0	6,8	6,8	7,0
				107	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	2014	11,0	12,4	9,6	12,0	11,0
				Score agrégé Taux de réadmission						90,6 %	80,7 %
	Execution des soins	Pratique d'appréciation de la qualité (médecins de famille)		108	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur les résultats cliniques concernant les soins prodigués aux patients	2015	14,8	-	22,8	33,3	32,4
				109	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur des sondages sur la satisfaction des patients et leur expérience en matière de soins	2015	9,3	-	19,0	10,7	24,3
				110	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur l'utilisation des services hospitaliers des patients	2015	40,7	-	39,2	44,0	41,2
				111	Proportion des médecins de famille qui rapportent que leur cabinet traite systématiquement des informations sur des soins préventifs prodigués aux patients	2015	22,2	-	26,6	13,2	72,7
				112	Proportion des médecins de famille qui mentionnent que leur performance clinique est comparée à des cibles de performance au moins une fois par an	2015	33,3	-	38,0	39,2	65,8
113				Proportion des médecins de famille qui indiquent recevoir, systématiquement ou à l'occasion, des renseignements sur la façon dont la performance clinique du cabinet se compare à celle d'autres cabinets	2015	32,7	-	47,9	40,3	72,5	
Score agrégé Pratique d'appréciation de la qualité (médecins de famille)						32,5 %	-	40,2 %	37,9 %	63,3 %	

suite de la dimension
« Qualité technique »
à la page suivante

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
3,7	2,5	3,7	4,2	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,70	69,2 %	7	-	40,0 %	-
9,4	9,0	6,9	10,0	11,6	-	-	8,6	-	-	2,0	3,6	-	-	6,6	-	4,04	60,2 %	8	5	20,0 %	33,3 %
228,0	668,8	1222,1	615,1	646,1	-	-	660,0	-	-	161,7	916,3	-	-	363,0	-	217,44	33,7 %	5	3	20,0 %	33,3 %
375,5	465,0	515,9	682,3	429,5	-	-	528,8	-	-	1138,3	760,1	-	-	1087,7	-	419,91	97,8 %	2	1	20,0 %	33,3 %
16,3	20,9	15,0	14,2	26,6	8,1	7,3	17,1	10,3	2,6	4,8	8,4	3,7	7,2	13,2	7,2	-	-	-	-	0,0 %	-
2,8	3,4	2,9	2,9	4,6	2,1	2,4	3,1	1,5	0,6	1,4	2,6	2,5	2,8	2,8	2,6	-	-	-	-	0,0 %	-
82,5 %	79,3 %	66,0 %	58,8 %	66,0 %	-	-	62,7 %	-	-	79,0 %	59,7 %	-	-	61,7 %	-	-	66,0 %	6	2	33,3 %	-
335	520	365	300	305	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	305	100,0 %	1	-	75,0 %	-
13,8	11,1	13,7	16,7	11,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,13	100,0 %	1	-	25,0 %	-
90,3 %	69,0 %	84,9 %	93,2 %	100,0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0 %	1	-	33,3 %	-
5,9	7,2	6,9	7,2	6,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,07	94,8 %	4	-	20,0 %	-
12,7	14,9	13,4	14,4	12,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,73	98,7 %	3	-	20,0 %	-
2,2	2,0	2,0	2,3	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,97	93,7 %	4	-	20,0 %	-
6,1	7,0	6,6	6,1	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,10	100,0 %	1	-	20,0 %	-
9,6	11,0	9,1	13,9	9,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,43	95,3 %	4	-	20,0 %	-
97,5 %	88,2 %	94,7 %	85,2 %	96,5 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96,5 %	2	-	-	-
25,3	25,9	23,9	20,7	9,1	45,4	34,9	22,9	55,4	-	32,0	65,1	90,1	86,2	80,2	8,8	85,52	10,6 %	9	10	16,7 %	16,7 %
23,8	30,9	21,3	10,7	7,1	25,9	46,3	17,1	64,7	53,1	9,3	60,6	62,9	87,9	89,2	15,7	80,59	8,8 %	9	12	16,7 %	16,7 %
38,1	50,0	37,2	37,4	10,3	21,7	32,0	33,1	59,9	-	33,6	47,2	30,7	85,8	25,9	30,3	65,21	15,7 %	9	11	16,7 %	16,7 %
38,1	25,9	23,9	32,2	5,9	12,1	41,8	37,4	59,3	-	6,1	88,0	42,6	82,6	10,3	7,2	81,10	7,3 %	9	11	16,7 %	16,7 %
42,9	42,7	29,6	46,0	13,1	41,1	47,5	41,8	74,2	-	22,7	83,9	48,3	83,3	53,0	33,5	80,47	16,3 %	9	11	16,7 %	16,7 %
57,9	43,1	41,4	62,3	12,3	57,0	58,9	49,0	73,4	-	30,2	94,1	87,0	94,8	94,2	61,8	94,34	13,0 %	9	11	16,7 %	16,7 %
46,5 %	46,0 %	36,9 %	43,0 %	12,0 %	40,8 %	53,4 %	41,5 %	80,0 %	-	28,0 %	87,2 %	71,6 %	100,0 %	68,7 %	32,0 %	-	12,0 %	9	11	-	-

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
QUALITÉ TECHNIQUE	Exécution des soins	Application des bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical rapportés par les médecins de famille	114	Proportion des médecins de famille qui affirment qu'ils fournissent systématiquement à leurs patients atteints de maladies chroniques, des instructions écrites sur la façon de gérer leurs soins à domicile.	2015	13,0	—	26,9	21,1	14,9		
			115	Proportion des médecins de famille qui mentionnent que les objectifs d'autogestion des patients atteints de maladies chroniques sont systématiquement consignés dans leur dossier médical	2015	22,2	—	30,8	32,0	29,1		
			116	Utilisation des guides de pratique clinique pour 4 maladies chroniques*	2013	—	—	—	—	—		
		Score agrégé Application des bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical rapportés par les médecins de famille						35,4 %	—	58,8 %	53,6 %	44,1 %
		Application des bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical rapportés par les patients	117	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir reçu des instructions par écrit sur ce qu'elles devaient faire une fois de retour chez elle et sur les symptômes à surveiller, à la suite d'une hospitalisation	2014	85,1	79,5	68,9	74,6	76,9		
			122	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a parlé de leurs objectifs principaux pour traiter leur affection	2014	58,9	61,8	60,7	55,7	61,6		
			123	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné des instructions claires sur les symptômes à surveiller et quand obtenir d'autres soins ou traitements	2014	58,5	62,2	58,4	63,1	58,9		
			124	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lorsqu'elles ont reçu des soins pour leur affection chronique, un des professionnels de la santé leur a donné un plan écrit pour les aider à gérer leurs propres soins	2014	38,9	42,1	40,8	35,2	35,5		
		Score agrégé Application des bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical rapportés par les patients						86,5 %	88,9 %	83,4 %	82,1 %	83,6 %
		Score agrégé Application des bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical						60,9 %	88,9 %	71,1 %	67,9 %	63,9 %
		Bonnes pratiques : médicaments	118	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que quelqu'un a discuté avec elles de la raison pour laquelle chacun des médicaments avait été prescrits, à la suite d'une hospitalisation	2014	82,5	66,9	69,5	62,4	78,0		
			119	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé a revu avec elles tous les médicaments qu'elles prenaient, au cours des 12 derniers mois	2014	65,0	77,1	67,4	75,1	83,0		
			120	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a expliqué les effets secondaires de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois	2014	61,9	68,1	70,4	67,9	76,7		
			121	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a remis une liste écrite de tous les médicaments qui leur avaient été prescrits, au cours des 12 derniers mois	2014	55,0	58,5	62,3	67,8	67,0		
		Score agrégé Bonnes pratiques : médicaments						82,4 %	84,9 %	84,8 %	85,8 %	95,4 %
		Score agrégé Bonnes pratiques : maladies chroniques et suivi médical ; médicaments						68,1 %	87,5 %	75,7 %	73,8 %	74,4 %
		Score agrégé Exécution des soins						70,4 %	—	75,1 %	71,4 %	79,7 %
		Score agrégé Qualité technique						62,5 %	—	80,4 %	74,4 %	78,8 %

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
20,5	32,5	23,2	25,5	12,2	33,6	39,9	18,1	44,8	-	14,4	27,7	41,1	51,7	10,1	25,4	45,85	26,6 %	9	10	33,3 %	50,0 %
32,9	42,0	38,9	40,8	28,2	20,7	47,2	32,2	36,5	1,6	10,6	32,1	54,6	54,9	14,9	32,4	52,24	54,0 %	8	8	33,3 %	50,0 %
-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,00	69,8 %	-	-	33,3 %	-
53,9 %	75,6 %	62,6 %	66,8 %	50,1 %	56,5 %	88,7 %	50,6 %	83,8 %	3,2 %	25,9 %	60,9 %	94,8 %	100,0 %	25,4 %	58,7 %	-	50,1 %	7	9	50,0 %	50,0 %
81,0	81,7	82,6	66,9	70,3	71,8	74,6	74,3	89,8	68,1	56,6	87,4	70,1	76,2	54,2	55,8	87,43	80,5 %	8	7	25,0 %	25,0 %
58,2	63,0	59,5	59,6	62,0	62,9	62,7	60,9	71,2	50,8	46,8	57,9	51,4	68,2	34,1	51,2	67,46	91,9 %	2	5	25,0 %	25,0 %
61,8	61,6	57,4	56,4	69,1	60,1	62,9	61,0	68,4	66,6	40,2	57,1	50,2	68,0	45,2	46,7	68,51	100,0 %	1	1	25,0 %	25,0 %
34,6	36,5	32,1	42,9	38,3	24,6	40,2	37,1	50,4	42,0	22,6	44,6	21,8	58,9	23,5	22,0	51,29	74,7 %	5	6	25,0 %	25,0 %
84,2 %	87,0 %	82,3 %	82,7 %	86,7 %	77,8 %	87,1 %	84,2 %	99,5 %	83,1 %	59,2 %	89,0 %	68,0 %	96,6 %	56,1 %	62,7 %	-	86,7 %	3	5	50,0 %	50,0 %
69,0 %	81,3 %	72,4 %	74,8 %	68,4 %	67,1 %	87,9 %	67,4 %	91,6 %	43,1 %	42,5 %	75,0 %	81,4 %	98,3 %	40,7 %	60,7 %	-	68,4 %	7	8	-	75,0 %
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85,3 %	88,7 %	88,0 %	88,5 %	97,3 %	83,0 %	90,2 %	93,1 %	94,3 %	60,4 %	61,8 %	92,4 %	79,9 %	96,2 %	70,5 %	73,6 %	-	97,3 %	1	1	25,0 %	25,0 %
74,4 %	83,7 %	77,6 %	79,3 %	78,0 %	72,4 %	88,7 %	76,0 %	92,5 %	48,9 %	49,0 %	80,8 %	80,9 %	97,6 %	50,7 %	65,0 %	-	78,0 %	4	12	-	-
79,0 %	76,5 %	76,0 %	73,2 %	70,7 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,7 %	8	-	33,3 %	-
84,0 %	74,9 %	75,6 %	75,0 %	78,9 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,9 %	3	-	-	-

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario			
PRODUCTIVITÉ	Productivité financière	Productivité financière	125	Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en \$ CAN	2014-2015	6252	5983	6107	5167	5407			
			293	Coût par service médical – Médecine familiale	2014-2015	36,0	–	36,7	44,2	35,5			
			294	Coût par service médical – Spécialités médicales	2014-2015	74,2	–	67,6	88,7	73,5			
			295	Coût par service médical – Spécialités chirurgicales	2014-2015	89,7	–	91,5	80,9	73,5			
	Score agrégé Productivité financière						91,9 %	86,8 %	92,9 %	90,1 %	97,8 %		
	Productivité clinique	Durée de séjour hospitalier pour les causes de chirurgies à volume élevé	126	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible	2014-2015	0,77	0,80	0,80	0,82	1,00			
			132	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 1. Accouchement normal	2014-2015	2,90	2,70	2,80	2,80	2,10			
			133	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 2. MPOC et bronchite	2014-2015	8,60	8,70	9,30	8,90	6,40			
			134	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 3. Infarctus aigu du myocarde	2014-2015	9,10	5,40	5,30	4,20	4,60			
			135	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 4. Pneumonie	2014-2015	7,20	7,40	8,10	7,60	6,20			
			136	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 5. Insuffisance cardiaque	2014-2015	10,60	9,00	11,00	9,20	7,80			
			137	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 6. Ostéoartrite du genou	2014-2015	4,60	6,30	3,40	4,50	3,20			
			138	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 7. Autres soins médicaux	2014-2015	10,20	12,00	14,30	13,80	8,60			
			139	Durée moyenne de séjour pour les 8 principales causes d'hospitalisations à volume élevé : 8. Schizophrénie	2014-2015	–	–	–	–	16,20			
			127	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : Moyenne des pourcentages d'atteinte de cible	2014-2015	0,78	0,77	0,81	0,87	0,98			
			140	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 1. Accouchement par césarienne	2014-2015	3,80	3,40	3,80	3,90	2,90			
			141	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 2. Arthroplastie du genou	2014-2015	4,80	6,80	3,80	4,90	3,40			
			142	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 3. Fractures	2014-2015	9,40	8,20	13,70	9,00	8,20			
			143	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 4. Arthroplastie de la hanche	2014-2015	8,90	10,40	8,80	8,40	5,50			
			144	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 5. Angioplastie de l'artère coronaire	2014-2015	7,80	–	3,70	3,50	4,10			
			145	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 6. Hystérectomie	2014-2015	2,70	2,80	3,00	2,80	2,40			
			146	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 7. Appendicectomie	2014-2015	–	4,00	3,80	3,00	2,70			
			147	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 8. Excision de la vésicule biliaire	2014-2015	4,60	5,30	5,40	4,50	–			
			148	Durée moyenne du séjour pour 9 chirurgies avec hospitalisation à volume élevé : 9. Insertion de stimulateur	2014-2015	–	–	12,30	6,20	–			
			Score agrégé Durée moyenne de séjour hospitalier						70,9 %	75,1 %	76,6 %	82,3 %	94,4 %

suite de la dimension
« Productivité »
à la page suivante

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
6152	7146	7851	5845	5002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5192,00	100,0 %	1	-	25,0 %	-
42,8	41,5	59,5	44,0	60,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36,06	59,4 %	9	-	25,0 %	-
69,3	90,8	82,9	98,0	84,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,12	83,5 %	6	-	25,0 %	-
106,4	88,1	112,3	94,5	99,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80,83	81,4 %	7	-	25,0 %	-
86,1%	82,1%	70,8%	82,0%	81,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81,1%	9	-	33,3%	-
0,74	0,86	0,90	0,93	0,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80,6 %	500,0 %	-	40,0 %	-
2,40	2,40	2,10	2,50	2,60	2,9	2,7	1,6	2,0	4,1	3,1	1,7	1,9	1,5	2,3	3,6	1,60	61,5 %	6	7	10,0 %	50,0 %
9,40	7,40	8,20	7,60	8,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,13	85,9 %	5	-	0,0 %	-
5,50	5,90	5,50	4,80	5,70	10,3	5,4	5,5	5,4	6,0	4,0	7,8	5,6	7,1	4,7	7,3	4,27	74,9 %	8	7	10,0 %	50,0 %
8,50	6,60	6,90	7,10	7,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,57	87,6 %	7	-	0,0 %	-
12,50	9,00	10,60	8,80	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,53	85,3 %	6	-	0,0 %	-
4,80	4,70	3,70	3,70	5,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,43	68,7 %	9	-	0,0 %	-
18,20	11,90	-	9,20	8,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,70	100,0 %	1	-	0,0 %	-
-	-	-	15,40	30,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %	-
0,79	0,89	0,89	0,87	0,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80,8 %	600,0 %	-	40,0 %	-
3,20	3,30	3,10	3,40	3,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07	87,6 %	7	-	0,0 %	-
5,00	4,90	4,00	4,10	5,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,73	70,4 %	9	-	0,0 %	-
11,10	7,30	9,00	9,90	11,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,90	69,3 %	9	-	0,0 %	-
8,40	6,90	7,60	8,10	9,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,67	72,5 %	9	-	0,0 %	-
6,80	5,70	5,20	5,10	4,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,77	83,7 %	4	-	0,0 %	-
3,00	2,50	2,50	2,40	3,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,43	81,1 %	8	-	0,0 %	-
3,90	3,40	3,50	3,00	3,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,90	90,6 %	4	-	0,0 %	-
3,90	4,00	4,40	5,20	4,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,10	91,1 %	4	-	0,0 %	-
-	-	-	-	8,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %	-
73,7%	82,5%	85,0%	85,6%	78,2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,2%	6	9	50,0%	50,0%

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
PRODUCTIVITÉ	Productivité clinique	Répartition du temps des médecins de famille	149	Nombre moyen d'heures travaillées par semaine tel que rapporté par les médecins de famille à la clinique	2015	50,09	–	45,82	42,49	43,06	
			150	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact direct avec les patients lors d'une semaine régulière	2015	75,85	–	75,86	76,17	75,79	
			151	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille au contact indirect avec les patients (courriel ou téléphone) lors d'une semaine régulière	2015	6,73	–	7,17	6,68	7,47	
			152	Pourcentage du temps accordé par les médecins de famille aux questions administratives lors d'une semaine régulière	2015	17,89	–	17,16	16,81	15,65	
			153	Proportion des heures consacrées au travail de médecin de famille peu importe le lieu de pratique, sur une base d'un temps plein estimé à 40 heures par semaine*	2013	–	–	–	–	–	
			154	Proportion des heures consacrées aux soins directs aux patients, sur le nombre total d'heures/semaine du médecin*	2013	–	–	–	–	–	
			155	Ratio du nombre de contacts avec les patients par téléphone et par courriel, sur le nombre de contacts en face à face dans une journée*	2013	–	–	–	–	–	
			Score agrégé Répartition du temps des médecins de famille						86,2 %	–	82,7 %
	Score agrégé Productivité clinique						78,5 %	–	79,6 %	80,0 %	87,4 %
	Productivité technique	Heures de travail par unité	128	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2012-2013	53,7	63,2	56,2	57,2	43,9	
			129	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2012-2013	1,10	1,08	1,54	2,03	1,63	
			130	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2012-2013	3,64	4,01	2,30	3,40	2,27	
			131	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2012-2013	3,36	3,57	3,40	3,70	2,91	
	Score agrégé Productivité technique						73,2 %	68,4 %	70,1 %	59,7 %	76,5 %
	Score agrégé Productivité						81,2 %	77,6 %	80,9 %	76,6 %	87,3 %

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
48,05	49,26	44,74	41,04	35,34	48,0	38,1	41,8	47,9	-	41,2	36,8	44,5	43,1	37,7	46,0	49,90	61,0 %	9	11	50,0 %	50,0 %
79,21	78,39	77,37	78,71	73,16	68,5	82,2	76,0	71,2	-	68,5	71,4	62,9	69,7	57,9	69,1	80,03	91,4 %	9	3	16,7 %	16,7 %
6,36	8,64	6,28	6,55	10,55	9,80	6,53	7,87	11,49	2,74	13,18	8,92	12,88	12,60	15,67	8,44	13,91	75,8 %	1	6	16,7 %	16,7 %
13,79	14,90	16,25	16,32	15,23	22,54	11,05	15,78	18,36	-	19,71	19,39	23,22	19,10	26,06	19,32	13,25	86,9 %	3	2	16,7 %	16,7 %
-	-	-	-	87,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	87,1 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	79,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95,00	83,8 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	0,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,25	100,0 %	-	-	0,0 %	-
88,8 %	91,5 %	81,1 %	76,4 %	72,8 %	84,4 %	75,6 %	79,0 %	89,1 %	-	80,1 %	69,6 %	81,6 %	82,7 %	71,1 %	81,6 %	-	72,8 %	9	9	50,0 %	50,0 %
81,2 %	87,0 %	83,1 %	81,0 %	75,5 %	66,4 %	72,4 %	83,9 %	84,3 %	-	78,0 %	72,0 %	80,9 %	81,4 %	75,6 %	66,5 %	-	75,5 %	9	9	33,3 %	-
55,9	55,1	56,2	44,5	52,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47,09	89,0 %	3	-	25,0 %	-
1,49	1,39	1,68	0,98	1,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,05	68,1 %	7	-	25,0 %	-
0,18	3,04	3,45	1,59	1,97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,25	63,3 %	3	-	25,0 %	-
3,27	2,82	3,35	1,99	2,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,51	92,4 %	2	-	25,0 %	-
83,0 %	72,8 %	64,4 %	94,6 %	78,2 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,2 %	3	-	33,3 %	-
83,5 %	80,6 %	72,8 %	85,9 %	78,3 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,3 %	7	-	-	-

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
GLOBALITÉ	Vaccination et dépistage	Vaccination et dépistage	156	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza	2014	56,3	61,8	74,1	61,1	69,1	
			157	Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie au cours des deux dernières années	2012-2013	71,4	60,7	66,8	71,0	73,3	
			158	Proportion des femmes de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années	2012-2013	77,7	79,6	74,8	71,7	74,9	
			167	Diversité des soins préventifs ou palliatifs offerts à la clinique médicale*	2013	—	—	—	—	—	
	Score agrégé Vaccination et dépistage						87,1 %	85,9 %	92,0 %	86,7 %	92,6 %
	Pratiques cliniques préventives	Pratiques cliniques préventives	159	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'une alimentation et d'un régime équilibrés, au cours des 2 dernières années	2014	48,4	52,0	52,4	47,6	52,5	
			160	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique ou de sport, au cours des 2 dernières années	2014	52,1	55,4	54,7	49,1	56,0	
			161	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé des risques du tabagisme pour la santé et des moyens à prendre pour arrêter de fumer, au cours des 2 dernières années	2014	64,4	59,6	71,7	71,9	79,0	
			162	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou les stressent dans leur vie, au cours des 2 dernières années	2014	25	22	32	22	27	
			168	Implication du médecin de famille dans l'éducation à la santé des patients*	2013	—	—	—	—	—	
			169	Prévention et diversité des soins offerts par le médecin de famille, tel que rapporté par les patients*	2013	—	—	—	—	—	
			Score agrégé Pratiques cliniques préventives						78,5 %	77,6 %	88,7 %
	Score agrégé Prévention en santé publique (Vaccins et dépistage ; Pratiques cliniques préventives)						82,8 %	81,7 %	90,4 %	81,8 %	90,1 %
	Diversité des soins et services	Diversité des soins et services	163	Proportion des médecins de famille qui affirment qu'eux-mêmes ou un autre membre de la clinique font fréquemment des visites à domicile	2015	34,6	—	18,2	12,2	20,9	
			164	Nombre de professionnels de la santé dans la clinique médicale*	2013	—	—	—	—	—	
			165	Proportion des médecins de famille qui affirment qu'une infirmière du cabinet participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves	2015	27,8	—	39,7	36,0	37,3	
			166	Diversité des rôles des infirmières dans la clinique médicale*	2013	—	—	—	—	—	
	Score agrégé Diversité des soins et services						—	—	—	—	—
	Score agrégé Globalité (Québec seulement)						—	—	—	—	—

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
58,4	53,6	60,5	62,7	56,0	56,1	-	64,4	66,9	55,2	14,1	65,5	74,0	74,0	37,0	46,0	74,03	75,6 %	9	7	33,3 %	33,3 %
72,0	63,7	72,8	69,1	74,4	71,3	55,0	72,2	80,8	51,1	74,7	72,2	80,1	75,9	-	47,4	78,93	94,3 %	1	5	33,3 %	33,3 %
81,5	74,6	74,3	75,0	67,5	52,8	57,3	73,4	84,5	73,6	74,1	77,0	64,7	78,1	79,7	74,5	81,90	82,4 %	10	9	33,3 %	33,3 %
-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	59,2 %	-	-	0,0 %	-
89,9 %	81,4 %	88,2 %	87,9 %	84,1 %	76,9 %	69,8 %	89,4 %	96,8 %	76,4 %	68,1 %	91,3 %	93,0 %	97,2 %	73,6 %	71,0 %	-	84,1 %	9	6	33,3 %	50,0 %
47,4	49,9	52,1	54,8	48,7	57,5	47,3	51,4	64,9	50,7	31,5	47,0	25,7	48,2	28,1	31,4	59,06	82,4 %	7	5	25,0 %	25,0 %
51,4	52,4	55,3	60,6	55,0	58,6	50,4	55,8	70,9	41,9	47,2	44,2	31,2	49,8	42,4	45,5	63,39	86,8 %	5	4	25,0 %	25,0 %
84,2	68,4	75,7	91,9	72,6	53,0	50,4	78,6	78,4	71,5	53,8	77,5	53,2	69,7	64,8	58,4	85,07	85,3 %	5	4	25,0 %	25,0 %
24	26	23	27	21	34,2	31,2	24,8	34,2	19,6	17,5	23,8	13,7	26,1	13,0	19,5	33,44	61,4 %	10	7	25,0 %	25,0 %
-	-	-	-	4,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,00	97,3 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,40	89,5 %	-	-	0,0 %	-
83,1 %	81,0 %	83,6 %	92,3 %	79,0 %	88,1 %	78,1 %	85,4 %	98,0 %	73,7 %	60,9 %	77,9 %	49,0 %	80,0 %	57,4 %	62,9 %	-	79,0 %	7	5	33,3 %	50,0 %
86,5 %	81,2 %	85,9 %	90,1 %	81,6 %	82,5 %	74,0 %	87,4 %	97,4 %	75,0 %	64,5 %	84,6 %	71,0 %	88,6 %	65,5 %	67,0 %	-	81,6 %	9	6	-	-
6,2	8,9	10,5	11,1	30,3	64,9	25,1	19,5	7,4	-	20,3	20,6	88,3	84,1	24,7	42,8	79,09	38,3 %	2	-	0,0 %	0,0 %
-	-	-	-	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00	73,8 %	-	-	33,3 %	-
30,5	43,9	59,0	24,6	58,5	23,9	75,4	42,9	44,7	-	31,7	83,1	83,0	87,4	75,9	8,4	84,50	69,2 %	2	-	33,3 %	-
-	-	-	-	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,00	83,8 %	-	-	33,3 %	-
-	-	-	-	75,6 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,6 %	-	-	33,3 %	-
-	-	-	-	79,6 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79,6 %	-	-	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
CONTINUITÉ-COORDINATION	Continuité informationnelle	Partage d'information avec les médecins spécialistes, rapportée par les médecins de famille	170	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours un rapport du spécialiste contenant tous les renseignements cliniques de santé pertinents	2015	38,9	—	42,5	42,7	30,7		
			171	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information sur les changements apportés par le spécialiste aux médicaments ou au plan de soins du patient	2015	35,8	—	43,6	37,3	30,7		
			172	Proportion de médecins de famille qui, lorsque leur patient a vu un spécialiste, reçoivent toujours de l'information en temps opportun et accessible au moment où ils en ont besoin	2015	16,7	—	16,5	9,3	13,8		
			186	Continuité informationnelle dépendante des partenaires (fréquence de réception d'informations transmises par des partenaires et délai de réception)*	2013	—	—	—	—	—		
			187	Continuité informationnelle dans le cas des références de patients (fréquence d'utilisation de lettres de référence)*	2013	—	—	—	—	—		
		Score agrégé Partage d'information avec les médecins spécialistes, rapporté par les médecins de famille						89,6 %	—	95,6 %	80,8 %	73,9 %
		Partage d'information avec les médecins spécialistes, rapportée par les patients	173	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé que le spécialiste n'ait pas les renseignements médicaux ou les résultats des examens de leur médecin attitré au sujet des raisons de leur visite	2014	8,8	4,1	6,1	13,6	10,3		
			174	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé qu'après avoir vu le spécialiste, leur médecin attitré ou leur clinique habituelle, ne semblait pas informé des soins qu'elles avaient reçus du spécialiste	2014	10,2	13,7	9,8	22,6	19,6		
			Score agrégé Partage d'information avec les médecins spécialistes, rapporté par les patients						61,6 %	77,2 %	73,6 %	32,2 %
		Score agrégé Continuité informationnelle avec les médecins spécialistes						75,6 %	77,2 %	84,6 %	56,5 %	56,8 %
		Partage d'information avec d'autres services de santé, rapportée par les médecins de famille	175	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que si des patients recevaient des services à domicile, ils étaient systématiquement informés de tout changement important dans l'état de santé de leurs patients	2015	41	—	58	68	45		
			176	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué toujours recevoir un avis lorsqu'un patient a été vu à l'urgence	2015	51,9	—	70,5	77,3	37,9		
			177	Proportion de médecins de famille qui affirment toujours recevoir un avis lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital	2015	40,7	—	46,8	48,0	32,2		
			178	Proportion des médecins de famille qui reçoivent les informations cliniques à la suite de la sortie de l'hôpital d'un patient dans un délai de 4 jours ou moins	2015	31,5	—	56,6	37,0	55,8		
			197	Continuité informationnelle dans le cadre de pratique interdisciplinaire auprès de patients plus complexes (niveau d'accès aux informations)*	2013	—	—	—	—	—		
		Score agrégé Partage d'information avec d'autres services de santé, rapporté par les médecins de famille						60,6 %	—	83,4 %	82,0 %	60,6 %

suite de la dimension
« Continuité-coordination »
à la page suivante

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
37,3	42,7	25,1	32,6	17,1	9,2	18,1	28,7	22,6	-	25,7	27,8	16,0	32,8	9,4	43,2	42,83	40,0 %	9	8	33,3 %	33,3 %
34,1	39,5	21,3	33,1	12,6	10,6	21,0	26,8	21,2	-	24,9	31,7	10,7	36,1	8,4	34,6	40,14	31,3 %	9	8	33,3 %	33,3 %
20,5	18,3	14,3	17,6	4,3	5,3	7,4	12,6	17,4	-	5,7	7,1	2,6	12,5	6,1	16,4	18,80	22,6 %	9	10	33,3 %	33,3 %
-	-	-	-	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,80	79,3 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,00	82,1 %	-	-	0,0 %	-
90,8 %	98,5 %	62,6 %	84,2 %	31,3 %	25,3 %	44,6 %	66,9 %	66,0 %	-	50,8 %	60,7 %	26,0 %	77,7 %	25,2 %	91,2 %	-	31,3 %	9	8	50,0 %	50,0 %
11,3	8,4	7,9	8,5	26,3	12,0	8,7	13,7	11,8	2,5	7,4	7,1	5,2	11,8	9,9	9,7	3,96	15,0 %	10	12	50,0 %	50,0 %
19,7	19,0	19,3	16,4	50,2	29,1	13,0	26,2	18,3	4,0	43,5	12,8	15,6	17,6	23,1	15,7	7,98	15,9 %	10	12	50,0 %	50,0 %
37,8 %	44,5 %	45,6 %	47,6 %	15,5 %	30,2 %	53,6 %	29,7 %	38,5 %	100,0 %	35,7 %	59,1 %	63,5 %	39,5 %	37,3 %	45,9 %	-	15,5 %	10	12	50,0 %	50,0 %
64,3 %	71,5 %	54,1 %	65,9 %	23,4 %	27,8 %	49,1 %	48,3 %	52,2 %	100,0 %	43,3 %	59,9 %	44,7 %	58,6 %	31,2 %	68,6 %	-	23,4 %	10	12	33,3 %	33,3 %
55	67	52	55	41	68,5	43,3	48,8	65,5	-	53,3	40,2	61,4	47,5	50,7	73,1	69,75	58,2 %	9	10	25,0 %	25,0 %
31,3	35,4	25,6	41,6	8,9	18,9	18,1	32,6	33,9	-	31,7	56,8	68,2	49,3	6,5	30,6	72,01	12,4 %	9	10	25,0 %	25,0 %
25,3	27,2	22,8	33,1	19,7	27,7	18,0	29,1	33,0	-	38,5	48,7	70,2	37,2	8,1	29,3	55,64	35,4 %	9	9	25,0 %	25,0 %
42,7	49,4	50,4	60,2	19,8	87,9	57,8	45,5	75,2	-	60,2	85,0	73,2	57,0	48,5	69,8	82,68	24,0 %	9	11	25,0 %	25,0 %
-	-	-	-	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,00	87,4 %	-	-	0,0 %	-
54,7 %	63,3 %	53,1 %	67,1 %	32,5 %	68,5 %	47,4 %	55,6 %	72,8 %	-	65,6 %	81,0 %	92,8 %	68,1 %	38,8 %	69,9 %	-	32,5 %	9	11	100,0 %	100,0 %

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
CONTINUITÉ-COORDINATION	Continuité informationnelle	Partage d'information avec d'autres services de santé, rapportée par les patients	179	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir déjà reçu des informations contradictoires de la part de différents médecins ou professionnels de la santé	2014	9,8	14,3	11,2	12,2	16,0	
			180	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que les médecins ou l'équipe médicale qui travaillent là où elles reçoivent habituellement leurs soins médicaux, avaient l'air informés des soins qu'elles avaient reçus à l'hôpital	2014	80,8	95,3	91,7	87,5	81,8	
			Score agrégé Continuité informationnelle avec d'autres services de santé					60,6 %	—	83,4 %	82,0 %
		Traitement de l'information par les médecins de famille, rapporté par les médecins	181	Proportion des médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, que le dossier médical ou toute autre information clinique d'un patient ne soit pas disponible au moment d'une visite planifiée	2015	50,0	—	56,4	61,3	57,5	
			182	Proportion des médecins de famille qui indiquent qu'au cours du mois précédent, des évaluations ou des tests ont dû être refaits parce que les résultats n'étaient pas disponibles	2015	20,8	—	18,2	20,0	25,0	
			Score agrégé Traitement de l'information par les médecins de famille, rapporté par les médecins					94,7 %	—	96,8 %	89,4 %
		Traitement de l'information par les médecins de famille, rapporté par les patients	183	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale connaît toujours les renseignements importants concernant leurs antécédents médicaux	2014	73,9	71,7	72,4	73,1	70,1	
			184	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est arrivé, lorsqu'elles ont obtenu des soins pour un problème médical, que les résultats des examens ou les dossiers médicaux ne soient pas prêts au moment du rendez-vous médical	2014	18,1	8,9	12,3	13,3	15,9	
			185	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'il est déjà arrivé que les médecins demandent un examen médical qui n'était pas nécessaire, selon elles, parce que l'examen avait déjà été fait	2014	6,6	4,7	5,5	6,2	7,7	
			188	Continuité informationnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur diverses situations comme le transfert d'information vers le médecin de famille et la connaissance qu'a ce médecin du patient)*	2013	—	—	—	—	—	
			Score agrégé Traitement de l'information par les médecins de famille, rapporté par les patients					56,0 %	72,2 %	63,5 %	60,5 %
		Score agrégé Continuité informationnelle avec le médecin de famille					75,3 %	72,2 %	80,1 %	74,9 %	68,2 %
		Score agrégé Continuité informationnelle					70,5 %	74,7 %	82,7 %	71,1 %	61,9 %

suite de la dimension
« Continuité-coordination »
à la page suivante

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
12,8	16,8	10,9	11,0	11,1	18,6	12,4	13,2	17,9	3,0	13,5	10,1	7,2	10,7	13,8	13,0	6,69	60,3 %	4	5	0,0 %	0,0 %
93,8	84,3	81,1	93,5	85,4	92,6	86,5	85,3	88,4	86,1	87,9	87,3	93,3	82,1	67,7	88,7	94,19	90,6 %	6	9	0,0 %	0,0 %
54,7 %	63,3 %	53,1 %	67,1 %	32,5 %	68,5 %	47,4 %	55,6 %	72,8 %	—	65,6 %	81,0 %	92,8 %	68,1 %	38,8 %	69,9 %	—	32,5 %	9	11	33,3 %	33,3 %
60,2	59,0	55,0	63,2	69,3	53,3	74,0	60,9	62,6	—	75,9	77,3	58,8	68,7	62,3	59,2	52,75	76,1 %	9	8	50,0 %	50,0 %
39,8	34,1	24,6	31,3	33,7	27,1	39,2	28,3	31,1	—	34,0	27,9	21,7	47,9	35,4	17,5	18,55	55,1 %	7	7	50,0 %	50,0 %
67,1 %	71,8 %	85,6 %	71,4 %	65,6 %	83,7 %	59,4 %	76,0 %	72,0 %	—	62,0 %	67,3 %	87,6 %	57,7 %	68,5 %	94,6 %	—	65,6 %	9	8	50,0 %	50,0 %
65,6	66,4	67,3	67,3	71,9	82,6	68,9	69,9	68,5	46,6	64,8	75,5	85,1	65,2	52,4	84,6	84,07	85,6 %	4	5	33,3 %	33,3 %
12,6	14,6	10,2	8,9	12,2	9,3	6,5	13,2	16,4	3,2	6,7	7,1	7,7	7,8	8,7	7,3	5,46	44,6 %	4	10	33,3 %	33,3 %
9,3	5,3	6,7	6,1	6,0	11,4	8,2	6,9	13,1	2,2	5,5	3,8	3,9	7,9	3,9	12,4	3,29	54,7 %	4	6	33,3 %	33,3 %
—	—	—	—	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,96	95,2 %	—	—	0,0 %	—
52,2 %	59,3 %	61,0 %	65,0 %	61,6 %	61,9 %	68,7 %	57,5 %	46,6 %	85,2 %	73,2 %	84,5 %	84,9 %	63,1 %	69,5 %	67,1 %	—	61,6 %	4	10	50,0 %	50,0 %
59,6 %	65,6 %	73,3 %	68,2 %	63,6 %	72,8 %	64,0 %	66,8 %	59,3 %	85,2 %	67,6 %	75,9 %	86,3 %	60,4 %	69,0 %	80,9 %	—	63,6 %	9	10	33,3 %	33,3 %
59,5 %	66,8 %	60,2 %	67,0 %	39,8 %	56,4 %	53,5 %	56,9 %	61,5 %	92,6 %	58,8 %	72,3 %	74,6 %	62,4 %	46,3 %	73,1 %	—	39,8 %	10	12	33,3 %	33,3 %

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
CONTINUITÉ-COORDINATION	Coordination des soins et services	Continuité du suivi médical rapportée par les médecins de famille	189	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'ils contactaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet contactaient fréquemment les patients entre les visites pour surveiller leur état	2015	30,9	—	32,1	24,0	30,4		
			190	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué qu'eux-mêmes ou un membre de leur cabinet, communiquent systématiquement avec le prestataire des soins à domicile des patients à propos de leurs besoins et des services qui leur seront fournis.	2015	30,6	—	38,7	46,6	29,7		
			Score agrégé Continuité du suivi médical rapportée par les médecins de famille					57,7 %	—	65,6 %	63,7 %	56,4 %
		Continuité du suivi médical rapportée par les patients	192	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent être contacté par un professionnel de la santé pour voir comment ils vont, entre les visites chez le médecin	2014	12	9	15	10	15		
			Score agrégé Continuité du suivi médical rapportée par les patients					32,7 %	25,8 %	41,1 %	28,2 %	43,5 %
			Score agrégé Continuité du suivi médical					45,2 %	25,8 %	53,4 %	46,0 %	50,0 %
		Coordination des services rapportée par les médecins de famille	193	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, souvent, ils ou les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins aux patients après leur sortie de l'hôpital	2015	46,3	—	56,4	65,3	50,3		
			194	Proportion de médecins de famille qui ont indiqué que, fréquemment, ils coordonnaient ou que les autres membres du personnel de leur cabinet coordonnaient les soins avec les services médicaux ou les autres intervenants de la communauté	2015	48,1	—	50,0	62,2	53,2		
			195	Proportion de médecins de famille qui ont affirmé qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patients avec les services sociaux ou les autres intervenants de la communauté (par exemple logement, repas et transport)	2015	36,0	—	45,5	34,3	37,6		
			196	Proportion de médecins de famille pour qui il est déjà arrivé, au cours du mois précédent, qu'un patient ait connu des difficultés parce que les soins ont été mal coordonnés	2015	39,6	—	39,7	42,7	49,0		
			191	Coordination dans la prise en charge du patient (degré de capacité du médecin de famille à coordonner les soins et à collaborer avec les autres professionnels de santé)*	2013	—	—	—	—	—		
			Score agrégé Coordination des services rapportée par les médecins de famille					73,5 %	—	81,6 %	83,4 %	72,9 %
		Coordination des services rapportée par les patients	198	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu'un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins	2014	—	—	—	—	78,0		
			199	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital	2014	90,6	82,5	80,9	78,0	83,2		
			200	Coordination professionnelle selon l'expérience du patient (degré d'accord sur le travail collaboratif, répétition de tests ou d'examen et savoir quoi faire)*	2013	—	—	—	—	—		
		Score agrégé Coordination des services rapportée par les patients					100,0 %	93,2 %	91,5 %	88,1 %	97,0 %	
		Score agrégé Coordination des soins et services					86,7 %	93,2 %	86,6 %	85,8 %	85,0 %	
		Score agrégé Continuité - coordination					67,5 %	64,6 %	74,2 %	67,6 %	65,6 %	

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
31,7	35,8	21,7	22,3	29,9	41,0	27,2	28,1	36,7	-	16,3	48,5	39,1	54,2	34,6	18,5	47,89	62,4 %	6	7	50,0 %	50,0 %
39,5	61,5	34,5	37,3	22,5	54,9	29,2	32,5	54,1	-	63,0	28,1	56,2	34,0	53,4	55,7	60,24	37,3 %	9	11	50,0 %	50,0 %
65,9 %	87,4 %	51,3 %	54,2 %	49,9 %	88,3 %	52,6 %	56,3 %	83,2 %	-	67,0 %	73,3 %	87,5 %	78,3 %	80,4 %	65,5 %	-	49,9 %	9	11	50,0 %	50,0 %
10	10	11	14	18	12,2	22,4	14,6	29,6	22,1	12,8	29,9	21,1	46,7	17,3	9,8	35,39	49,9 %	1	7	100,0 %	100,0 %
27,5 %	27,2 %	30,1 %	38,7 %	49,9 %	34,5 %	63,3 %	41,3 %	83,6 %	62,3 %	36,2 %	84,4 %	59,7 %	100,0 %	49,0 %	27,8 %	-	49,9 %	1	7	50,0 %	50,0 %
46,7 %	57,3 %	40,7 %	46,4 %	49,9 %	61,4 %	58,0 %	48,8 %	83,4 %	62,3 %	51,6 %	78,8 %	73,6 %	89,1 %	64,7 %	46,7 %	-	49,9 %	4	10	33,3 %	33,3 %
59,3	66,3	38,7	51,4	37,2	70,9	39,1	47,5	63,7	-	24,8	38,4	49,6	61,2	34,5	41,7	67,51	55,2 %	9	9	25,0 %	25,0 %
61,4	63,8	46,4	45,0	46,0	70,0	45,0	50,2	44,8	-	51,6	59,0	42,6	65,6	41,9	60,6	66,47	69,1 %	8	7	25,0 %	25,0 %
39,7	56,1	36,2	34,1	34,9	51,5	30,3	37,3	38,8	-	49,7	45,9	42,6	29,6	44,5	78,7	62,09	56,2 %	7	9	25,0 %	25,0 %
48,1	47,0	53,7	52,5	55,4	59,3	64,5	50,8	49,3	-	40,3	63,9	46,6	78,8	54,5	33,4	37,58	67,9 %	9	7	25,0 %	25,0 %
-	-	-	-	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,00	89,0 %	-	-	0,0 %	-
80,6 %	91,1 %	63,9 %	67,6 %	62,1 %	86,6 %	58,2 %	70,0 %	75,1 %	-	71,9 %	69,6 %	71,7 %	71,2 %	63,7 %	88,2 %	-	62,1 %	9	10	50,0 %	50,0 %
-	-	69,0	-	63,0	48,0	73,0	73,0	74,0	56,0	38,0	66,0	35,0	76,0	33,0	66,0	76,00	82,9 %	3	7	50,0 %	50,0 %
70,8	69,3	78,6	74,6	81,5	68,3	83,3	80,4	86,5	74,0	73,3	88,3	65,5	85,1	69,3	79,7	88,48	92,1 %	4	5	50,0 %	50,0 %
-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	97,9 %	-	-	0,0 %	-
80,0 %	78,3 %	89,8 %	84,3 %	87,5 %	70,2 %	95,1 %	93,4 %	97,6 %	78,6 %	66,4 %	93,3 %	60,1 %	98,1 %	60,9 %	88,5 %	-	87,5 %	7	7	50,0 %	50,0 %
80,3 %	84,7 %	76,8 %	76,0 %	74,8 %	78,4 %	76,6 %	81,7 %	86,4 %	-	69,2 %	81,5 %	65,9 %	84,6 %	62,3 %	88,4 %	-	74,8 %	10	8	33,3 %	33,3 %
62,2 %	69,6 %	59,2 %	63,1 %	54,8 %	65,4 %	62,7 %	62,5 %	77,1 %	-	59,9 %	77,5 %	71,3 %	78,7 %	57,8 %	69,4 %	-	54,8 %	10	11	-	-

TABLEAU 6 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « production »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario		
HUMANISATION	Communication et écoute	Communication et écoute rapportées par les patients	201	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale les encourage toujours à poser des questions	2014	50,0	48,7	54,7	50,0	49,6		
			202	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que, lors de soins ou d'un traitement, le médecin attitré ou l'équipe médicale explique toujours les choses de façon à ce qu'elles les comprennent	2014	67,2	67,1	67,7	67,1	70,4		
			203	Degré d'empathie du médecin de famille, selon le médecin dans les références et selon l'expérience du patient, tel que l'écoute et la qualité de la communication*	2013	-	-	-	-	-		
	Score agrégé Communication et écoute						80,7 %	79,6 %	84,7 %	80,6 %	82,3 %	
	Respect	Respect et empathie		204	Degré de respect du médecin pour la qualité de référence du patient, le respect au sein de la clinique et le temps d'attente entre l'heure du rendez-vous et l'heure de la consultation, selon l'expérience du patient*	2013	-	-	-	-	-	
				205	Temps moyen consacré à un patient lors d'une visite de routine	2015	14,6	-	15,3	15,2	15,2	
		Temps consacré aux patients		206	Temps consacré aux patients en termes de durée d'une consultation régulière*	2013	-	-	-	-	-	
				207	Temps consacré aux patients en termes de durée d'un long rendez-vous*	2013	-	-	-	-	-	
		Qualité des lieux de la clinique		208	Degré d'arrangements au sein de la clinique en termes de qualité des lieux comme l'accessibilité et la confidentialité des bureaux, rapporté par le médecin de famille*	2013	-	-	-	-	-	
	Score agrégé Respect						64,2 %	-	67,5 %	66,9 %	67,1 %	
	Implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements	Implication rapportée par les médecins de famille		209	Proportion des médecins de famille qui déclarent discuter systématiquement avec leurs patients plus âgés et plus malades des traitements qu'ils souhaiteraient recevoir ou non	2015	39,6	-	53,2	53,3	38,8	
				210	Proportion des médecins de famille qui discutent avec leurs patients des traitements que ceux-ci souhaiteraient recevoir ou non consignés systématiquement ces préférences dans leur dossier médical	2015	77,6	-	84,5	87,0	76,6	
		Score agrégé Implication rapportée par les médecins de famille						63,9 %	-	85,7 %	86,0 %	62,5 %
		Implication rapportée par les patients		211	Proportion des personnes de 55 ans et plus à qui on a toujours parlé, lors de soins ou d'un traitement de spécialistes, d'un choix de traitement	2014	65,9	71,4	60,5	62,5	65,1	
				212	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent avoir toujours été impliquées autant qu'elles le voulaient dans les décisions concernant leur traitement ou leurs soins	2014	60,3	70,3	69,0	68,3	65,6	
				213	Degré de décision partagée entre le médecin de famille et le patient pour les références, selon le médecin et pour les décisions concernant le traitement ou les objectifs liés à la santé, selon l'expérience du patient*	2013	-	-	-	-	-	
		Score agrégé Implication rapportée par les patients						87,5 %	98,0 %	89,6 %	90,5 %	90,6 %
	Score agrégé Implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements						75,7 %	98,0 %	87,7 %	88,3 %	76,5 %	
Score agrégé Humanisation						73,5 %	-	79,9 %	78,6 %	75,3 %		

NOTE: Le score agrégé pour la dimension de l'accessibilité n'a pas été calculé. Les deux sous-dimensions retenues pour l'accessibilité (accessibilité organisationnelle et accessibilité financière) mesurent des phénomènes complètement différents. Ainsi, une moyenne entre une accessibilité financière élevée et une accessibilité organisationnelle faible serait peu informatif et manquerait de rigueur dans l'appréciation de l'accessibilité.

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
45,3	46,6	50,1	49,8	52,2	61,5	56,1	50,2	64,1	36,3	24,9	63,4	43,3	54,0	24,7	58,9	62,96	82,9 %	2	7	50,0 %	50,0 %
67,0	68,6	66,7	66,4	72,2	77,5	66,5	69,6	72,4	53,1	57,7	74,2	83,8	63,9	56,4	84,7	81,99	88,0 %	1	6	50,0 %	50,0 %
-	-	-	-	88,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96,67	92,0 %	-	-	0,0 %	-
76,8 %	78,9 %	80,5 %	80,0 %	85,5 %	96,1 %	85,1 %	82,3 %	94,1 %	61,2 %	54,9 %	95,2 %	84,4 %	81,9 %	54,0 %	96,8 %	-	85,5 %	1	5	33,3 %	33,3 %
-	-	-	-	85,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,67	92,7 %	-	-	50,0 %	-
15,6	15,1	15,0	13,6	24,5	10	16	17	20	-	19	16	11	11	24	20	22,70	100,0 %	1	1	50,0 %	100,0 %
-	-	-	-	22,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,00	100,0 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	35,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35,00	100,0 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,83	89,1 %	-	-	0,0 %	-
68,9 %	66,5 %	65,9 %	59,7 %	96,4 %	46,1 %	70,1 %	75,6 %	86,0 %	-	83,7 %	70,7 %	49,3 %	46,8 %	100,0 %	87,4 %	-	96,4 %	1	2	33,3 %	33,3 %
44,6	50,6	51,3	59,8	35,3	57,4	40,5	44,2	59,4	-	21,5	33,9	59,3	66,9	23,6	47,8	62,04	56,8 %	9	8	100,0 %	100,0 %
80,0	79,7	75,8	88,5	80,3	86,0	75,9	80,0	77,3	-	77,7	79,2	92,1	92,4	29,6	85,9	91,00	88,2 %	4	5	0,0 %	0,0 %
71,9 %	81,6 %	82,7 %	96,3 %	56,8 %	92,4 %	65,3 %	71,2 %	95,8 %	-	34,7 %	54,6 %	95,6 %	100,0 %	38,0 %	77,0 %	-	56,8 %	9	8	50,0 %	50,0 %
57,8	64,7	61,8	61,9	41,0	56,8	61,6	58,3	70,1	17,1	37,5	67,5	69,8	60,1	48,0	71,8	71,12	57,6 %	10	10	50,0 %	50,0 %
59,0	63,7	63,8	64,4	60,4	50,6	66,0	64,0	72,9	17,7	49,5	71,1	65,3	65,5	57,2	75,8	73,26	82,4 %	8	8	50,0 %	50,0 %
-	-	-	-	91,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	91,3 %	-	-	0,0 %	-
80,9 %	89,0 %	87,0 %	87,5 %	70,0 %	74,5 %	88,3 %	84,7 %	99,0 %	24,1 %	60,1 %	96,0 %	93,7 %	87,0 %	72,8 %	100,0 %	-	70,0 %	10	10	50,0 %	50,0 %
76,4 %	85,3 %	84,9 %	91,9 %	63,4 %	83,5 %	76,8 %	78,0 %	97,4 %	24,1 %	47,4 %	75,3 %	94,6 %	93,5 %	55,4 %	88,5 %	-	63,4 %	10	9	33,3 %	33,3 %
74,0 %	76,9 %	77,1 %	77,2 %	81,7 %	75,2 %	77,4 %	78,6 %	92,5 %	-	62,0 %	80,4 %	76,1 %	74,1 %	69,8 %	90,9 %	-	81,7 %	1	3	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 7
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « maintien et développement »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	Conditions de travail	Conditions de travail des médecins de famille	214	Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré aux questions administratives liées aux assurances ou aux paiements pour des réclamations est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel	2015	22,4	–	21,9	19,4	16,7
			215	Proportion de médecins de famille pour qui le temps consacré à l'obtention de médicaments ou de traitements requis par leurs patients, à cause d'une couverture restreinte, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel	2015	40,4	–	32,9	37,3	15,9
			216	Proportion de médecins de famille pour qui la communication des données cliniques ou relatives à la qualité des soins au gouvernement ou à d'autres entités externes, telles que les régimes d'assurance maladie, est un problème majeur, pour eux ou pour le personnel	2015	12,2	–	15,3	7,9	10,8
			217	Proportion des médecins de famille qui trouvent que leur travail est extrêmement stressant ou très stressant	2015	38,9	–	35,9	24,0	31,3
			218	Proportion des médecins de famille qui se disent satisfaits ou très satisfaits du temps passé avec chaque patient	2015	63,6	–	50,6	68,0	65,0
			219	Proportion des médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques et qui en sont satisfaits ou très satisfaits	2015	57,9	–	56,4	56,7	68,2
			220	Degré d'appréciation des conditions de travail par les médecins de famille*	2013	–	–	–	–	–
			221	Nombre de semaines consacrées à des activités de développement professionnel par les médecins de famille durant l'année*	2013	–	–	–	–	–
	Reconnaissance	Reconnaissance	222	Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits du revenu provenant de leur cabinet médical	2015	70,4	–	66,7	73,7	70,1
			223	Proportion des médecins de famille qui sont satisfaits ou très satisfaits de leur revenu comparativement à celui des médecins de famille spécialistes	2015	49,1	–	41,0	52,0	43,7
			224	Degré de reconnaissance professionnelle perçue par les médecins de famille*	2013	–	–	–	–	–
	Mobilisation	Mobilisation	225	Proportion de médecins de famille qui sont globalement très satisfaits ou satisfaits relativement à la pratique de la médecine	2015	85,2	–	79,7	84,2	83,0
			226	Degré de mobilisation des médecins de famille (perception de l'utilité de son travail et intérêt porté envers son travail)*	2013	–	–	–	–	–

NOTE : Pour la fonction « Maintien et développement », seuls les scores des indicateurs sont disponibles dans le tableau des résultats détaillés. Aucun score agrégé n'a été calculé.

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
16,0	12,5	14,0	18,0	34,5	54,7	21,3	20,9	58,9	-	9,0	19,9	62,3	21,3	28,8	50,9	11,82	34,3 %	9	-	-	-
14,5	19,0	14,6	23,8	26,8	38,8	11,7	21,5	58,7	-	6,7	12,4	33,6	15,8	7,3	15,1	8,56	31,9 %	6	-	-	-
6,7	10,4	10,3	10,2	18,8	27,7	10,6	12,5	41,7	-	13,6	17,2	55,9	22,3	27,5	37,8	8,26	43,9 %	9	-	-	-
32,1	27,7	26,1	24,5	21,8	46,7	20,7	27,5	46,7	-	24,5	24,4	18,0	58,9	56,1	31,2	20,18	92,5 %	1	-	-	-
69,0	74,1	66,5	52,6	77,7	56,9	74,8	66,5	54,6	-	67,3	58,9	44,6	26,4	41,1	67,7	75,55	100,0 %	1	-	-	-
70,5	73,5	69,6	73,1	67,6	80,4	80,4	68,6	51,5	-	64,3	69,3	76,3	86,0	37,0	70,4	48,29	71,4 %	4	-	-	-
-	-	-	-	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00	73,4 %	-	-	-	-
-	-	-	-	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,00	86,6 %	-	-	-	-
85,5	77,8	86,7	75,8	85,8	72,2	63,7	77,5	65,2	-	81,0	73,9	81,0	67,3	81,8	72,1	86,01	99,7 %	2	-	-	-
61,4	52,4	55,0	41,0	39,5	33,5	19,7	45,0	27,5	-	59,2	33,2	42,3	58,7	81,0	19,7	67,23	58,8 %	9	-	-	-
-	-	-	-	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,50	86,7 %	-	-	-	-
90,2	91,5	92,6	85,9	79,5	62,9	88,2	84,3	63,0	-	91,9	86,5	84,5	66,8	75,4	86,4	92,02	86,4 %	9	-	-	-
-	-	-	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,50	91,1 %	-	-	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

TABLEAU 8
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « atteinte des buts »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
RÉSULTATS DIRECTEMENT ASSOCIÉS AUX SOINS ET SERVICES	Santé physique	Santé physique	227	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	2013-2014	117	116	116	99	94	
			228	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	2013-2014	10,5	6,5	11,7	9,0	9,0	
			229	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	2013-2014	8,30	5,40	7,80	7,00	6,70	
			230	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	2013-2014	2,0	1,8	1,7	1,5	1,7	
	Score agrégé Santé physique						61,2 %	81,5 %	60,9 %	72,1 %	74,7 %
	Santé mentale	Santé mentale	231	Pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	2012-2013	13,3	12,2	10,5	11,2	10,9	
			Score agrégé Santé mentale						70,4 %	76,8 %	89,2 %
	Sentiment de contrôle chez les patients	Sentiment de contrôle chez les patients	232	Accroissement du sentiment de confiance et de contrôle du patient sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin ou un membre du personnel*	2013	-	-	-	-	-	
			233	Accroissement du sentiment de confiance du patient de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin ou un membre du personnel*	2013	-	-	-	-	-	
			Score agrégé Sentiment de contrôle chez les patients						-	-	-
Score agrégé Résultats directement associés aux soins et services						65,8 %	79,1 %	75,1 %	77,9 %	80,3 %	

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
109	99	95	91	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,67	100,0 %	1	-	33,3 %	-
10,9	13,3	9,3	10,7	11,1	6,4	9,3	10,0	3,6	7,9	5,4	8,0	7,1	9,2	6,4	6,9	5,13	46,2 %	8	12	33,3 %	50,0 %
6,30	8,80	6,60	6,00	6,70	8,7	4,1	6,7	5,5	7,2	6,7	6,6	7,6	7,6	4,5	7,7	4,67	69,7 %	5	5	33,3 %	50,0 %
1,4	1,6	1,5	1,4	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,43	95,6 %	3	-	0,0 %	-
68,4 %	61,4 %	74,1 %	75,3 %	72,0 %	66,9 %	77,6 %	60,5 %	92,4 %	64,9 %	82,4 %	67,4 %	66,9 %	58,6 %	90,1 %	67,5 %	-	72,0 %	6	12	40,0 %	-
8,5	11,2	9,6	13,0	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,37	93,7 %	3	-	100,0 %	-
100,0 %	83,6 %	97,6 %	72,1 %	93,7 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93,7 %	3	-	40,0 %	-
-	-	-	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,44	93,7 %	-	-	50 %	-
-	-	-	-	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,62	91,4 %	-	-	50 %	-
-	-	-	-	92,5 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,5 %	-	-	20,0 %	-
84,2 %	72,5 %	85,9 %	73,7 %	84,8 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84,8 %	2	-	-	-

TABLEAU 8 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « atteinte des buts »

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario
RÉSULTATS PLUS DISTANTS : LA SANTÉ DE LA POPULATION	Santé infantile	Santé infantile	234	Proportion des naissances de faible poids	2014-2015	6,2	5,4	6,2	5,8	6,7
			235	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2013	6,3	4,2	4,9	3,5	4,6
			236	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2012	4,6	3,0	3,9	4,5	3,7
			Score agrégé Santé infantile					57,9 %	73,6 %	62,4 %
	Habitudes de vie	Habitudes de vie	237	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs	2014	50,4	47,8	45,5	48,2	46,4
			238	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour	2014	26,6	31,4	32,1	35,6	38,0
			241	Proportion de la population atteinte d'obésité	2013	30,2	23,2	27,5	24,8	19,7
			242	Taux de tabagisme, en %	2013	22,4	21,9	23,5	21,9	17,8
			243	Pourcentage de femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement	2013	—	—	—	—	—
			244	Pourcentage d'hommes de 15 ans et plus qui ont déclaré être des fumeurs quotidiens	2013	—	—	—	—	—
			245	Proportion de personnes de 55 ans et plus qui fument ou qui font usage du tabac	2014	19,1	13,4	16,7	13,4	17,7
			246	Consommation d'alcool	2013	24,5	20,5	19,0	25,1	17,1
			247	Taux d'allaitement, en %	2014	—	—	89,1	76,7	89,8
			Score agrégé Habitudes de vie					55,2 %	65,0 %	67,0 %
	Santé mentale	Santé mentale	248	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2012	7,8	5,8	11,0	13,9	8,5
			249	Nombre de décès dus au suicide par 100 000 femmes	2013	—	—	—	—	—
			250	Nombre de décès dus au suicide par 100 000 hommes	2013	—	—	—	—	—
			251	Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	2014-2015	84,0	48,0	62,0	63,0	61,0
			252	Proportion des personnes qui considèrent leur santé mentale comme très bonne ou excellente	2014	72,8	69,5	69,7	64,1	70,4
	Score agrégé Santé mentale					89,3 %	97,6 %	85,9 %	78,2 %	91,6 %
	Santé générale	Santé générale	281	Espérance de vie à la naissance	2012	79,6	80,9	80,4	80,8	81,9
			282	Espérance de vie à la naissance chez les hommes	2012	77,3	78,6	78,1	78,5	79,8
			283	Espérance de vie à la naissance chez les femmes	2012	82,1	83,2	82,5	83,2	84,0
			284	Espérance de vie à 65 ans	2012	18,9	—	19,4	19,9	20,5
			285	Espérance de vie à 65 ans chez les hommes	2012	17,2	—	17,8	18,3	18,9
			286	Espérance de vie à 65 ans chez les femmes	2012	20,4	—	20,9	21,2	21,9
			253	Proportion de la population qui a une santé fonctionnelle bonne à pleine	2014	79,1	75,8	74,0	75,4	78,1
			254	Proportion des personnes qui considèrent leur santé comme très bonne ou excellente	2014	61,7	62,0	60,2	55,7	61,0
			255	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent l'état général de leur santé comme étant excellent ou très bon	2014	56,4	44,2	42,2	44,3	52,3
			256	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent qu'un médecin leur a déjà dit qu'elles souffraient d'une maladie chronique	2014	86,1	77,6	88,4	78,9	81,6
257			Proportion des personnes de 55 ans et plus qui prennent régulièrement ou en permanence au moins 2 médicaments prescrits différents	2014	67,0	64,7	71,8	65,1	65,5	
Score agrégé Santé générale					90,8 %	88,9 %	85,4 %	87,9 %	91,8 %	
Score agrégé Résultats plus distants : la santé de la population					79,1 %	83,8 %	78,6 %	79,6 %	83,8 %	

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
5,5	5,7	7,1	6,0	6,0	6,9	6,3	6,1	8,1	6,5	4,6	5,9	6,4	7,0	4,4	6,4	4,80	80,0 %	5	4	50,0 %	50,0 %
7,7	6,7	5,3	3,8	4,3	3,1	3	4,3	5,6	3,5	2	4,7	3,2	3,5	2,4	3,4	2,47	57,4 %	4	9	25,0 %	25,0 %
3,6	3,4	3,1	2,8	3,8	2,1	2,2	3,2	3,6	2,2	1,5	3,1	2,4	2,4	1,6	2,7	1,73	45,6 %	7	12	25,0 %	25,0 %
63,7 %	64,1 %	59,4 %	71,7 %	65,7 %	75,3 %	78,3 %	67,2 %	52,7 %	74,2 %	100,0 %	67,8 %	74,8 %	70,0 %	100,0 %	71,7 %	—	65,7 %	4	11	16,7 %	25,0 %
45,6	47,0	42,2	38,1	48,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	41,93	86,8 %	9	—	14,3 %	—
31,1	35,8	39,5	39,5	47,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42,07	100,0 %	1	—	14,3 %	—
24,2	24,4	20,9	15,3	17,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17,47	100,0 %	1	—	14,3 %	—
16,4	20,5	18,5	15,1	20,3	21,1	12,9	14,9	13,8	24,5	14,5	15,6	18,6	20,5	10,8	20,5	12,45	61,3 %	5	8	14,3 %	33,3 %
—	—	—	—	—	17,1	11,2	12,9	11,9	20,2	14,0	14,9	16,3	19,0	11,7	17,8	—	—	—	—	0,0 %	—
—	—	—	—	—	25,1	14,5	16,9	15,6	28,7	15,0	16,2	20,9	22,0	9,8	23,1	—	—	—	—	0,0 %	—
14,0	20,5	13,6	20,5	15,0	16,5	13,1	16,8	17,7	3,5	24,1	9,1	15,5	14,3	11,7	17,5	8,08	54,0 %	5	6	14,3 %	33,3 %
20,0	18,5	20,5	17,4	20,8	10,9	9,9	8,0	8,8	11,1	6,2	9,2	9,1	9,7	7,4	9,9	7,20	34,6 %	8	12	14,3 %	33,3 %
—	—	95,0	—	87,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91,30	95,4 %	4	—	14,3 %	—
67,9 %	64,2 %	76,9 %	76,2 %	76,0 %	58,0 %	77,2 %	73,9 %	72,7 %	71,9 %	73,2 %	82,4 %	66,0 %	63,8 %	88,8 %	59,9 %	—	76,0 %	3	4	16,7 %	25,0 %
13,4	11,9	12,2	9,5	12,2	22,5	20,4	21,2	—	32,9	21,7	22,9	21,3	15,2	24,8	24,8	7,37	60,4 %	7	1	25,0 %	0,0 %
—	—	—	—	—	5,3	4,8	5,3	—	7,5	7,0	5,2	6,1	3,0	7,3	6,4	—	—	—	—	0,0 %	—
—	—	—	—	—	17,2	15,6	15,9	—	25,4	14,7	17,7	15,2	12,2	17,5	18,4	—	—	—	—	0,0 %	—
51,0	71,0	60,0	76,0	63,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	53,00	84,1 %	6	—	25,0 %	—
69,1	68,8	72,1	69,7	74,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	72,97	100,0 %	1	—	50,0 %	—
86,1 %	81,3 %	86,6 %	84,6 %	86,1 %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86,1 %	5	—	16,7 %	—
79,9	79,8	81,3	82,2	82,2	80,9	82,2	81,5	78,8	82,3	81,8	81,4	81,4	81,1	82,0	82,9	82,47	99,7 %	1	3	14,3 %	20,0 %
77,7	77,5	79,1	80,2	80,2	78,6	80,1	79,3	76,4	79,0	79,8	79,5	79,5	79,2	80,2	80,7	80,37	99,8 %	1	2	0,0 %	0,0 %
82,1	82,3	83,5	84,2	84,1	83,2	84,3	83,6	81,2	85,6	83,8	83,2	83,2	82,9	83,8	85,0	84,97	99,0 %	2	4	0,0 %	0,0 %
19,7	19,9	20,3	20,8	20,8	19,7	20,7	20,3	19,2	21,5	20,0	20,1	19,7	19,8	20,1	20,9	21,07	98,7 %	1	3	14,3 %	20,0 %
18,1	18,3	18,7	19,5	19,2	18,0	19,0	19,0	18,0	19,0	19,0	19,0	18,0	19,0	19,0	19,0	19,23	99,8 %	2	1	0,0 %	0,0 %
21,2	21,4	21,7	22,1	22,2	21,0	22,0	22,0	21,0	24,0	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0	22,0	22,77	97,5 %	1	2	0,0 %	0,0 %
73,6	78,0	77,9	75,2	82,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80,00	100,0 %	1	—	14,3 %	—
61,0	62,4	63,5	59,2	60,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	62,63	97,1 %	7	—	14,3 %	—
48,0	43,9	55,9	52,5	52,9	21,1	50,1	51,9	44,7	18,8	35,3	56,2	21,4	45,9	35,6	36,7	56,17	94,1 %	3	2	14,3 %	20,0 %
83,5	79,0	79,0	78,8	70,8	77,8	72,0	78,5	84,6	72,1	70,2	57,7	72,4	57,9	70,0	71,7	61,84	87,3 %	1	5	14,3 %	20,0 %
62,5	58,7	58,9	54,7	61,4	64,5	60,1	62,3	71,9	57,1	59,2	55,6	60,7	58,6	59,9	50,5	53,61	87,3 %	4	9	14,3 %	20,0 %
89,3 %	90,9 %	94,4 %	93,8 %	94,9 %	78,4 %	92,5 %	90,5 %	82,8 %	82,6 %	87,1 %	98,1 %	80,8 %	93,1 %	87,2 %	90,2 %	—	94,9 %	1	2	50,0 %	50,0 %
80,9 %	80,3 %	84,4 %	85,6 %	85,4 %	72,5 %	85,1 %	80,5 %	72,7 %	77,8 %	86,8 %	86,6 %	75,6 %	80,0 %	90,8 %	78,0 %	—	85,4 %	2	5	—	—

TABLEAU 8 (SUITE)
DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES ET INTERNATIONALES :

Fonction « atteinte des buts »

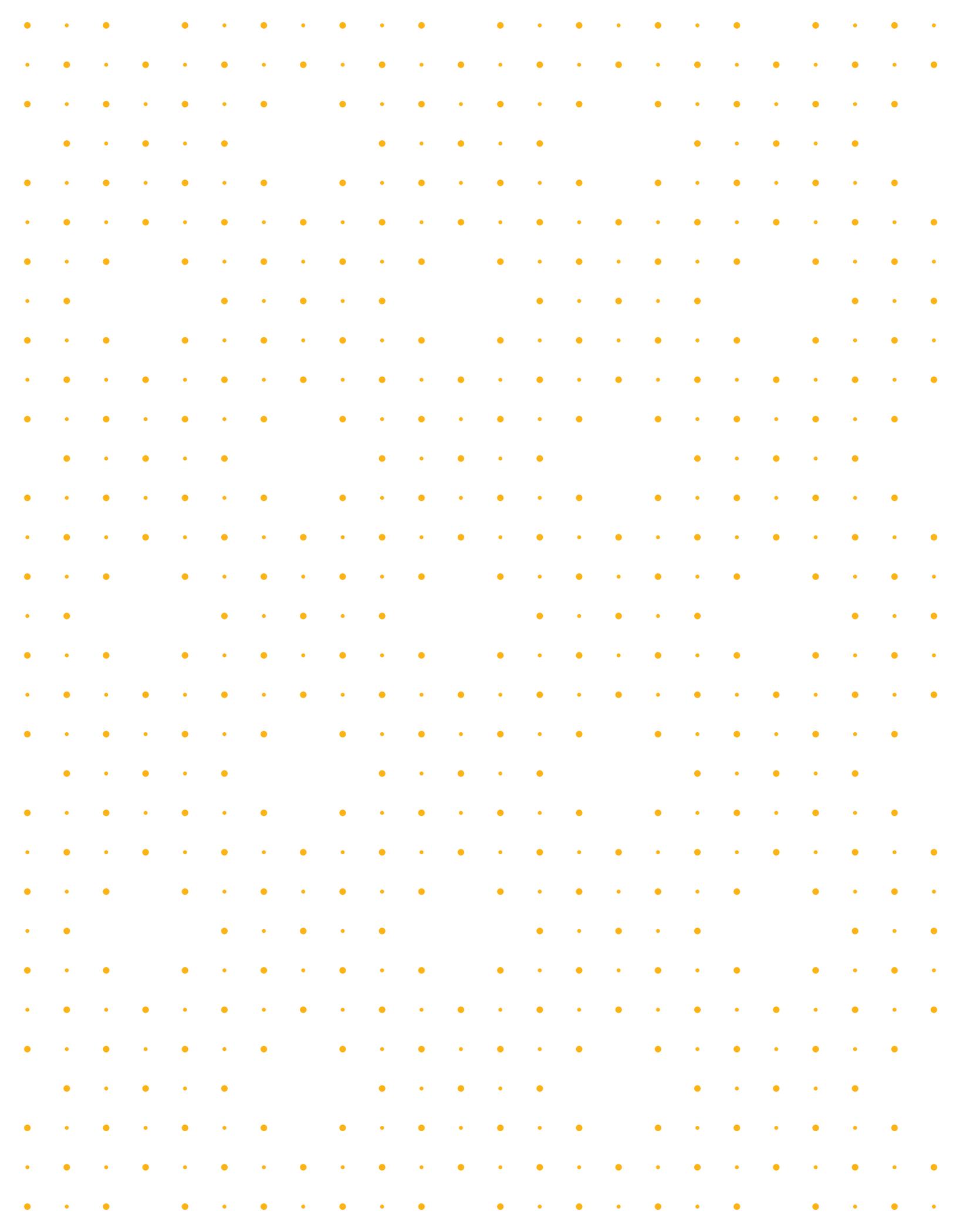
DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	SOUS-SOUS-DIMENSIONS	Numéro de l'indicateur	INDICATEURS	Années	Terre-Neuve-et-Labrador	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Ontario	
SATISFACTION GLOBALE	Satisfaction des médecins de famille	Satisfaction des médecins de famille	258	Proportion des médecins de famille qui considèrent que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble	2015	42,6	–	39,2	36,8	39,6	
			259	Proportion des médecins de famille qui considèrent que la qualité des soins médicaux s'est améliorée depuis les 3 dernières années	2015	30,2	–	22,8	25,0	22,1	
			260	Proportion des médecins de famille qui considèrent que les patients reçoivent beaucoup trop peu ou trop peu de soins médicaux	2015	18,0	–	19,2	18,1	16,5	
			Score agrégé Satisfaction des médecins de famille					62,9 %	–	54,0 %	55,3 %
	Satisfaction de la population	Satisfaction de la population	261	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui considèrent que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble	2014	24,3	35,0	35,6	36,5	41,0	
			262	Degré de confiance envers les médecins en général selon l'expérience du patient*	2013	–	–	–	–	–	
			263	Degré de confiance concernant la possibilité d'obtenir les bons soins requis*	2013	–	–	–	–	–	
			Score agrégé Satisfaction de la population					41,9 %	60,4 %	61,5 %	63,1 %
	ÉQUITÉ	Équité quant à l'état de santé	Équité quant à l'état de santé	264	Ratio des taux de disparité de revenu pour une hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée	2014-2015	1,10	1,40	2,00	1,90	1,90
				265	Ratio des taux de disparité de revenu pour une crise cardiaque menant à une hospitalisation	2014-2015	1,30	1,30	1,60	1,40	1,40
Score agrégé Équité quant à l'état de santé					92,3 %	81,6 %	61,9 %	68,2 %	68,2 %		
Équité quant au suivi des patients		Équité quant au suivi des patients	275	Ratio des taux de disparité de revenu pour des conditions propices aux soins ambulatoires	2014-2015	1,70	2,20	2,30	2,20	2,60	
			Score agrégé Équité quant au suivi des patients					64,7 %	50,0 %	47,8 %	50,0 %
Équité quant à la qualité des soins hospitaliers		Équité quant à la qualité des soins hospitaliers	276	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins chirurgicaux	2014-2015	1,00	1,20	1,10	1,00	1,10	
			277	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins médicaux	2014-2015	1,00	1,20	1,10	1,00	1,10	
			278	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : soins obstétricaux	2014-2015	1,00	1,20	1,00	1,10	1,10	
			279	Ratio des taux de disparité de revenu pour une réadmission à l'hôpital : patients de 19 ans et moins	2014-2015	0,90	0,50	1,10	0,90	1,10	
			Score agrégé Équité quant à la qualité des soins hospitaliers					100,0 %	93,8 %	100,0 %	100,0 %
Score agrégé Équité de qualité (suivi des patients et soins hospitaliers)					82,4 %	71,9 %	73,9 %	75,0 %	71,2 %		
Équité de ressources		Équité de ressources	280	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2015	73,6	67,4	65,8	66,2	63,4	
			Score agrégé Équité de ressources					100,0 %	95,2 %	92,8 %	93,4 %
Score agrégé Équité						87,3 %	76,7 %	67,9 %	71,6 %	69,7 %	

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS

* Cet indicateur est composé d'un certain nombre de questions issues d'une enquête et il est disponible pour le Québec et pour l'ensemble du Canada seulement.

Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	QUÉBEC	Allemagne	Australie	Canada	États-Unis	France	Norvège	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Suisse	Valeur de la balise (benchmark)	Score du Québec	Rang du Québec sur 10 provinces	Rang du Québec sur 12 pays de l'OCDE	Pondération scores agrégés (provinces)	Pondération scores agrégés (OCDE)
56,6	54,9	41,1	31,8	24,3	27,8	48,5	36,2	15,3	-	67,5	56,7	50,9	22,2	18,9	54,0	60,30	40,2 %	9	8	33,3 %	33,3 %
32,1	51,9	34,7	24,5	18,3	16,0	23,9	24,7	24,6	-	33,8	31,8	20,9	21,9	20,8	12,7	40,10	45,6 %	9	9	33,3 %	33,3 %
17,1	14,7	24,9	23,7	33,5	15,9	22,1	22,9	17,2	-	7,7	40,7	13,4	30,9	35,0	2,0	7,69	22,9 %	9	9	33,3 %	33,3 %
73,0 %	81,1 %	61,9 %	48,7 %	36,3 %	44,8 %	58,2 %	51,8 %	43,7 %	-	94,7 %	64,1 %	64,7 %	38,8 %	35,0 %	73,7 %	-	36,3 %	9	10	-	-
36,6	34,5	36,7	41,4	22,5	45,6	51,4	35,1	21,8	41,0	55,0	49,0	44,1	56,1	44,0	62,4	57,86	38,9 %	10	11	100,0 %	100,0 %
-	-	-	-	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,80	95,6 %	-	-	0,0 %	-
-	-	-	-	7,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,90	88,2 %	-	-	0,0 %	-
63,3 %	59,7 %	63,4 %	71,6 %	38,9 %	78,9 %	88,8 %	60,7 %	37,8 %	70,8 %	95,1 %	84,6 %	76,3 %	97,0 %	76,1 %	100,0 %	-	38,9 %	10	11	-	-
3,10	2,10	2,40	2,00	2,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	55,0 %	5	-	50,0 %	-
1,80	1,50	1,50	1,50	1,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	73,3 %	5	-	50,0 %	-
48,3 %	62,9 %	59,6 %	64,2 %	64,2 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64,2 %	5	-	50,0 %	-
3,10	2,70	2,70	2,20	2,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	42,3 %	6	-	100,0 %	-
35,5 %	40,7 %	40,7 %	50,0 %	42,3 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,3 %	6	-	50,0 %	-
1,20	1,20	1,10	1,20	1,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	100,0 %	1	-	25,0 %	-
1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	100,0 %	1	-	25,0 %	-
1,30	1,30	1,30	1,20	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	91,7 %	5	-	25,0 %	-
1,10	1,10	1,00	1,10	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,10	100,0 %	-	-	25,0 %	-
94,1 %	94,1 %	96,2 %	95,8 %	97,9 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97,9 %	5	-	50,0 %	-
64,8 %	67,4 %	68,4 %	72,9 %	70,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,1 %	7	-	50,0 %	-
68,1	69,1	69,8	67,8	64,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,85	91,1 %	9	-	100,0 %	-
96,2 %	97,6 %	98,5 %	95,7 %	91,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,1 %	9	-	0,0 %	-
56,5 %	65,1 %	64,0 %	68,5 %	67,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67,1 %	7	-	-	-

LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS



Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 