

Rapport du Québec sur les

indicateurs
comparables
dans le
domaine
de la santé

Rapport du Québec
sur les indicateurs
comparables
dans le domaine
de la santé

Novembre 2004

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-43575-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

MESSAGE DU MINISTRE

À l'instar des autres provinces canadiennes, le Québec a fait de la santé sa première priorité en préconisant des initiatives qui visent à améliorer les services et à les rendre plus accessibles à la population.

Aussi, dans un souci constant d'imputabilité et de transparence à l'égard des citoyennes et des citoyens du Québec, j'ai le plaisir de déposer le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*.

Cette publication du ministère de la Santé et des services sociaux constitue, pour la population, une source d'information à jour sur une gamme d'indicateurs comparables entre les provinces canadiennes. Elle contient également des informations pertinentes qui aident à la compréhension de l'évolution de notre système de santé.

L'utilisation d'indicateurs comparables présuppose que la pertinence et la méthodologie de chacun d'eux ont fait l'objet d'une analyse minutieuse et d'un consensus. Des rapports tels que celui-ci contribuent à améliorer l'imputabilité du ministère envers la population du Québec, et à nous situer par rapport aux autres provinces canadiennes. C'est pourquoi le Québec compte poursuivre le travail d'élaboration d'indicateurs comparables afin que nous puissions tous porter un jugement plus éclairé sur notre système de santé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

PHILIPPE COUILLARD

DÉCLARATION DU SOUS-MINISTRE

Le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* découle d'un engagement des premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux suite à une rencontre tenue en septembre 2000. Les premiers ministres avaient alors convenu que chaque gouvernement devait publier régulièrement des rapports sur le rendement de son système de santé et collaborer à l'élaboration d'indicateurs comparables mutuellement agréés. En février 2003, les premiers ministres ont demandé l'ajout d'indicateurs, notamment sur le renouvellement des soins de santé, afin d'augmenter les possibilités de comparaison. La Conférence des sous-ministres a mandaté un comité pour apprécier chacun des indicateurs. Une liste de 70 indicateurs a été approuvée, dont 18 doivent être publiés en 2004. Le *Rapport du Québec* fait état des 18 indicateurs mutuellement acceptés liés au secteur de la santé et présente des analyses comparatives pour chacun d'eux.

La préparation et la présentation des informations contenues dans le rapport sont sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. La majorité des données proviennent de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada. Comme il assume la responsabilité des informations présentées dans ce rapport et produites à partir des fichiers de données qu'il procure aux organismes externes, le ministère s'assure de la fiabilité des fichiers de données et de l'exactitude des résultats que lui transmettent ces organismes. Des explications sont fournies sur les résultats obtenus lorsque cela s'avère nécessaire. Tous les indicateurs de santé analysés dans le rapport reflètent le mieux possible les faits et respectent les diagnostics posés par les professionnels de la santé.

Le ministère convient de l'importance que le rapport se fonde sur des données fiables et exhaustives, adéquatement présentées à la population du Québec. Cependant, dans le cadre d'un travail de comparaison pancanadien, des efforts techniques continus, considérables et de long terme sont exigés étant donné les conditions particulières à ce contexte. Nous nous proposons de poursuivre nos travaux afin de nous assurer que les systèmes et les sources d'information disponibles soient fiables et qu'ils permettent de présenter, à la population du Québec, des données de qualité.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à une vérification des indicateurs de santé présentés dans l'annexe technique de ce rapport. Son rapport de vérification est joint au document.

À notre avis, les données présentées dans le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* sont fiables et présentent les faits au 30 novembre 2004.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

JUAN ROBERTO IGLESIAS

REMERCIEMENTS

Le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la coordination de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGPSEGI). À cet égard, nous tenons à remercier les membres du Comité de gestion sur le rapport de rendement des indicateurs comparables dans le domaine de la santé qui ont veillé à la production du rapport, en fixant les stratégies requises et les priorités ainsi que les actions à entreprendre pour réaliser ce mandat.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans la contribution de plusieurs personnes dont les connaissances et l'expertise se sont avérées essentielles. Nous tenons également à exprimer toute notre reconnaissance à :

Jimmy Baulne	Daniel Labbé
Michel Beaupré	Sonia Lantin
Danielle Bégin	Pierre Legault
Francine Bernèche	Diane Néron
Vincent Bonneau	Bertrand Nolin
Caroline Boucher	Robert Pampalon
Patricia Caris	Pierre Patry
André Charest	Lucille Pica
Robert Choinière	Louis Rochette
Claude Dussault	Madeleine Rochon
Marc Fiset	Alain Saucier
Valérie Fontaine	Claire Savard
Marie-Hélène Gagné	Marc-André St-Pierre
Yvan Gaudet	

Nos remerciements vont enfin à l'Institut de la statistique du Québec et à l'Institut national de santé publique du Québec, pour leur contribution à la production et à l'analyse de certains des indicateurs présentés dans le rapport ainsi qu'à Statistique Canada et à l'Institut canadien d'information sur la santé et à Santé Canada pour leur soutien méthodologique et pour avoir fourni plusieurs des données utilisées dans ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS	12
INTRODUCTION	15
ÉTAT DE SANTÉ ET HABITUDES DE VIE	17
Perception de l'état de santé	19
Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé	21
Tabagisme chez les adolescents	24
Activité physique	26
Indice de masse corporelle	28
Immunisation des personnes âgées de 65 ans ou plus contre l'influenza (vaccin antigrippal)	31
Prévalence du diabète	33
ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	35
Difficultés liées à l'accès aux services de premier contact	37
Délais d'attente déclarés pour des tests diagnostiques	40
Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits	42
Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires	44
SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES OFFERTS	47
Ensemble des services de santé	49
Soins de santé dans la communauté	50
Services Info-Santé	52
Services hospitaliers	54
Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin	55
ANNEXE TECHNIQUE	57
RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC	58
LISTE DES INDICATEURS	100

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1.1	19	Graphique 5.1	29
Excellente ou très bonne santé selon la perception, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 1.2	20	Graphique 5.2	29
Évolution de la perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Évolution de la proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, population âgée de 18 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003	
Graphique 1.3	20	Graphique 5.3	30
Perception de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003		Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, 2003	
Graphique 2.1	21	Graphique 6.1	31
Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001		Taux de vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 2.2	22	Graphique 6.2	32
Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001		Évolution du taux de vaccination contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada, 1996-1997, 2000-2001 et 2003	
Graphique 2.3	23	Graphique 6.3	32
Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001		Taux de vaccination contre la grippe, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2003	
Graphique 3.1	24	Graphique 7.1	33
Proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) et de fumeurs réguliers, population âgée de 12 à 19 ans, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Prévalence relative ajustée du diabète chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 1999-2000	
Graphique 3.2	25	Graphique 7.2	34
Évolution de la proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) et de fumeurs réguliers, population âgée de 12 à 19 ans, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Prévalence relative du diabète chez les hommes et chez les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge, Québec, 1999-2000	
Graphique 3.3	25	Graphique 8.1	37
Usage du tabac, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 à 19 ans et de 12 ans ou plus, Québec, 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 4.1	26	Graphique 9.1	38
Proportion de personnes physiquement actives durant leurs loisirs, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 4.2	27	Graphique 10.1	39
Évolution de la proportion de personnes physiquement actives durant leurs loisirs, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 4.3	27		
Proportion de personnes physiquement actives durant leurs loisirs, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003			

Graphique 11.1	41	Graphique 16.2	53
Délai d'attente médian en nombre de semaines, pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada , 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003	
Graphique 11.2	41	Graphique 17.1	54
Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant déclaré un délai d'attente de moins de un mois pour des tests diagnostiques, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 12.1	43	Graphique 17.2	55
Pourcentage des ménages qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2002		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003	
Graphique 12.2	43	Graphique 18.1	56
Évolution du pourcentage des ménages qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec et Canada, 1997-2002		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Graphique 13.1	44	Graphique 18.2	56
Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2001-2002		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003	
Graphique 13.2	45		
Évolution du taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec et Canada, 1995-1996 à 2001-2002			
Graphique 14.1	49		
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003			
Graphique 14.2	50		
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003			
Graphique 15.1	51		
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003			
Graphique 15.2	51		
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003			
Graphique 16.1	52		
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003			

LISTE DES TABLEAUX

Tableau de données du graphique 1.1	65	Tableau de données du graphique 5.2	77
Perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Évolution de l'indice de masse corporelle (IMC), population âgée de 18 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003	
Tableau de données du graphique 1.2	66	Tableau de données du graphique 5.3	77
Évolution de la perception de l'état de santé, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Indice de masse corporelle (IMC), selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, 2003	
Tableau de données du graphique 1.3	66	Tableau de données du graphique 6.1	78
Perception de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003		Taux de vaccination contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 2.1	69	Tableau de données du graphique 6.2	79
Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001		Évolution du taux de vaccination contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada, 1996-1997, 2000-2001 et 2003	
Tableau de données du graphique 2.2	69	Tableau de données du graphique 6.3	79
Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001		Taux de vaccination contre la grippe, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2003	
Tableau de données du graphique 2.3	70	Tableau de données du graphique 7.1	81
Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001		Prévalence relative ajustée du diabète chez les personnes de 20 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 1999-2000	
Tableau de données supplémentaires 2.4	70	Tableau de données du graphique 7.2	81
Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001		Prévalence relative du diabète chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge, Québec, 1999-2000	
Tableau de données du graphique 3.1	71	Tableau de données du graphique 8.1	83
Usage du tabac, population âgée de 12 à 19 ans, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 3.2	72	Tableau de données du graphique 9.1	84
Évolution de l'usage du tabac, population âgée de 12 à 19 ans, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 3.3	72	Tableau de données du graphique 10.1	85
Usage du tabac, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 à 19 ans et de 12 ans ou plus, Québec, 2003		Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 4.1	74	Tableau de données du graphique 11.1	86
Niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003		Délai d'attente médian, en nombre de semaines, pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 4.2	74	Tableau de données du graphique 11.2	86
Évolution du niveau d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003		Distribution des temps d'attente pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003	
Tableau de données du graphique 4.3	75		
Niveau d'activité physique de loisir, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003			
Tableau de données du graphique 5.1	76		
Indice de masse corporelle (IMC), population âgée de 18 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003			

Tableau de données du graphique 12.1 88
Pourcentage des ménages qui déclarent avoir consacré plus qu'une certaine proportion de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2002

Tableau de données du graphique 12.2 88
Évolution du pourcentage des ménages qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec et Canada, 1997-2002

Tableau de données du graphique 13.1 90
Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2001-2002

Tableau de données du graphique 13.2 90
Évolution du taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec et Canada, 1995-1996 à 2001-2002, taux pour 100 000 hospitalisations

Tableau de données du graphique 14.1 92
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Tableau de données du graphique 14.2 92
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Tableau de données du graphique 15.1 94
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Tableau de données du graphique 15.2 94
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Tableau de données du graphique 16.1 95
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Tableau de données du graphique 16.2 96
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Tableau de données du graphique 17.1 97
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Tableau de données du graphique 17.2 97
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Tableau de données du graphique 18.1 99
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Tableau de données du graphique 18.2 99
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

POINTS SAILLANTS

Le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* présente une sélection d'indicateurs regroupés en trois objectifs prioritaires :

- état de santé et habitudes de vie;
- accès aux services de santé;
- satisfaction à l'égard des services offerts.

Le rapport s'adresse principalement au public, le but recherché étant de présenter des données valides, fiables et comparables à l'échelle provinciale et nationale en utilisant les données les plus récentes.

La majorité des données utilisées pour ces indicateurs proviennent d'enquêtes menées par Statistique Canada.

ÉTAT DE SANTÉ ET HABITUDES DE VIE

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour analyser l'état de santé et de bien-être de la population. Certains traitent directement de l'état de santé (mortalité, morbidité, incapacités) tandis que d'autres portent davantage sur des comportements ou des habitudes qui ont des répercussions sur la santé.

La perception des Québécois et des Québécoises relativement à leur santé

- En 2003, près de 59 % de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus se considérait comme en excellente ou en très bonne santé, un profil semblable à celui de la moyenne canadienne.
- Davantage de Québécois (59 %) que de Québécoises (55 %) se considèrent comme en excellente ou en très bonne santé.
- La grande majorité des jeunes considèrent leur santé comme excellente ou très bonne (66 % chez les 12 à 19 ans et 70 % chez les 20 à 34 ans), mais seulement 34 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ont cette perception.

L'espérance de vie des Québécois et des Québécoises en fonction de leur état de santé

- Le Québec occupe le rang le plus favorable au Canada, en 2001, en matière d'espérance de vie à la naissance selon l'état de santé (EVAS), et ce, tant pour les femmes que pour les hommes. Cette position s'atténue cependant à compter de 65 ans et devient alors similaire à celle de plusieurs provinces.
- Lorsqu'on répartit la population en fonction des groupes de revenus, on constate que l'espérance de vie à la naissance en fonction de l'état de santé

accuse des différences significatives. Au Québec, le groupe le plus favorisé financièrement présente de meilleurs résultats que le groupe le moins favorisé, soit près de cinq années de vie de plus dans le cas des hommes et de trois années pour les femmes. Ces variations sont similaires à celles constatées au Canada.

Certains facteurs qui influencent l'état de santé de la population québécoise

- Les jeunes fumeurs âgés de 12 à 19 ans sont plus nombreux au Québec qu'au Canada, et ce, en 2003 comme en 2000-2001. Autant de filles que de garçons âgés de 12 à 19 ans disent fumer, que ce soit régulièrement ou occasionnellement.
- En 2003, 48 % des Québécois âgés de 12 ans ou plus disent pratiquer une activité physique de loisir, un pourcentage légèrement inférieur à la moyenne canadienne (51 %). Entre 1994-1995 et 2003, la proportion de Québécois physiquement actifs a augmenté, passant de 34 % à 48 % mais demeure inférieure à la moyenne canadienne. Toutefois, l'activité physique de loisir diminue avec l'âge, passant de 69 % dans le groupe des 12 à 19 ans, à 37 % pour les 65 ans ou plus.
- La moitié de la population québécoise âgée de 18 ans ou plus a un poids normal. Même si, au Québec, la population est plus nombreuse à avoir un poids normal et souffre moins d'obésité que la moyenne canadienne (48 %), la proportion de personnes ayant un excès de poids (embonpoint et obésité) est à la hausse depuis 2000-2001. L'excès de poids affecte davantage les hommes (55 %) que les femmes (38 %), et touche plus de la moitié de l'ensemble des personnes âgées de 45 ans ou plus.

- Au Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant été vaccinées depuis moins d'un an a augmenté entre 1996-1997 et 2000-2001 pour se stabiliser en 2003; plus de la moitié (55 %) des personnes de ce groupe d'âge ont été vaccinées contre la grippe en 2003, soit un taux de vaccination légèrement inférieur à celui de l'ensemble du Canada (62 %). Autant de Québécois que de Québécoises âgées de 65 ans ou plus ont été vaccinés contre la grippe. Les personnes âgées de 75 ans ou plus sont plus nombreuses que celles âgées entre 65 et 74 ans à avoir été vaccinées au cours de la dernière année (59 % contre 53 %).
- Au Québec, la prévalence du diabète est légèrement inférieure (4,7 %) à la moyenne canadienne (4,8 %). Toutefois, elle augmente autant chez les hommes que chez les femmes jusqu'à un âge très avancé, pour diminuer ensuite. La prévalence du diabète atteint un sommet de 19 % chez les hommes âgés de 75 à 79 ans et de 16 % chez les femmes âgées de 80 à 84 ans.

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

L'accès aux services de santé est un des thèmes qui se trouvent au cœur des préoccupations de la population ainsi que du débat actuel sur les soins de santé au Québec et ailleurs au Canada. Règle générale, la population souhaite avoir accès aux ressources appropriées, au moment et à l'endroit où elle en a besoin. Toutefois, plusieurs personnes éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé et les délais d'attente leur causent inquiétude, stress et anxiété.

Les difficultés d'accès aux services de santé exprimées par la population québécoise

- En 2003, 20 % des Québécois et des Québécoises de 15 ans ou plus qui ont eu besoin de services de santé de routine ou de suivi disent avoir eu de la difficulté à les obtenir à n'importe quel moment de la journée.
- Parmi les personnes qui ont demandé des renseignements ou des conseils en matière de santé en 2003, 15 % ont eu de la difficulté à les obtenir à n'importe quel moment de la journée, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne canadienne (16 %).
- En 2003, environ une personne sur quatre ayant eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur s'est heurtée à des difficultés pour les obtenir.
- En 2003, parmi les personnes ayant eu recours à des tests diagnostiques, la moitié a attendu moins de deux semaines, et la majorité (61 %) a pu avoir accès à ces services dans un délai de moins de quatre semaines.

Les dépenses de la population québécoise en médicaments prescrits

- En 2002, 4 % des ménages québécois estimaient avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits. Ce taux est un peu plus élevé que la moyenne canadienne (3,0 %) mais demeure plus bas que celui de plusieurs provinces. De 1997 à 2002, le pourcentage des ménages québécois dont les déboursés personnels en médicaments prescrits excèdent 5 % du revenu net d'impôt a augmenté, passant de 3,6 % à 4 %. Une tendance à la hausse est également constatée au niveau canadien au cours de cette même période.

Les hospitalisations évitables au Québec

- Le taux québécois d'hospitalisation pour des problèmes de santé liés au diabète, à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à la dépression névrotique, à l'hypertension et à l'asthme, inférieur de 9 % à la moyenne canadienne, est le deuxième plus bas taux au Canada.
- Les taux québécois et canadien d'hospitalisation pour des problèmes de santé liés au diabète, à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à la dépression névrotique, à l'hypertension et à l'asthme n'ont cessé de diminuer passant, au Québec, de 447 hospitalisations par 100 000 habitants en 1995-1996, à 314 hospitalisations par 100 000 habitants en 2001-2002.

SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES OFFERTS

La satisfaction du patient est une source d'information complémentaire dans l'évaluation de la qualité des services et des soins. Grâce à des sondages effectués auprès de la population afin d'évaluer son degré de satisfaction, les gouvernements recueillent une information qui les aide à prendre des décisions et à élaborer leur planification stratégique.

Le degré de satisfaction de la population québécoise à l'égard des services offerts

Dans l'ensemble, les taux de satisfaction à l'égard des services offerts sont assez élevés. De façon plus précise :

- 87 % de la population québécoise de 15 ans ou plus se dit très ou assez satisfaite de la manière dont les services ont été fournis en 2003. Ce taux de satisfaction est supérieur à la moyenne canadienne (85 %). De façon générale, le degré de satisfaction augmente avec l'âge. Ce sont donc les personnes âgées de 65 ans ou plus qui se disent les plus satisfaites de la manière dont les services ont été fournis;

- en 2003, neuf Québécois de 15 ans ou plus sur dix étaient très ou assez satisfaits des soins de santé reçus dans la communauté. Cette proportion est supérieure à la moyenne canadienne. Les personnes âgées de 65 ans ou plus se disent les plus satisfaites de la manière dont les services ont été fournis;
- la proportion de Québécois de 15 ans ou plus très ou assez satisfaits du service Info-Santé atteignait 84 % en 2003, soit exactement la même proportion que la moyenne canadienne. Les hommes semblent plus satisfaits de ce service que les femmes, et tout particulièrement ceux de 35 à 64 ans, dont les taux de satisfaction dépassent 95 %;
- en 2003, 83 % des Québécois de 15 ans ou plus étaient très ou assez satisfaits de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis. Ce taux est supérieur à la moyenne canadienne (81 %). De façon générale, les hommes âgés de 35 ans ou plus apparaissent comme la clientèle la plus satisfaite des services hospitaliers, leur taux de satisfaction dépassant 90 %;
- en 2003, plus de 93 % de la population québécoise de 15 ans ou plus se disait très ou assez satisfaite des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin. Règle générale, les hommes affichent un taux de satisfaction supérieur à celui des femmes, et ce, peu importe l'âge. Les personnes âgées de 65 à 74 ans sont les plus satisfaites (96 %) des soins reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin.

INTRODUCTION

CONTEXTE

En septembre 2002, les Administrations fédérale, provinciales et territoriales ont publié les premiers rapports fondés sur des indicateurs comparables mutuellement convenus, en réponse à l'engagement pris par les premiers ministres dans le *Communiqué sur la santé* émis à la suite de la Réunion des premiers ministres, tenue en septembre 2000. Chacun de ces rapports devait couvrir 14 domaines d'activité et 67 indicateurs. La grande majorité des informations provenaient d'enquêtes ou de banques centrales de données de Statistique Canada.

Dans le cadre de ce premier exercice, le Québec avait présenté un rapport comportant de l'information comparative entre le Québec et les autres provinces sur l'état de santé de sa population et sur la qualité des services offerts. Cette démarche avait permis d'enrichir nos connaissances sur l'évolution des autres systèmes au Canada, tant sur le plan de l'organisation et de la prestation des services que sur celui de l'information, et de mieux cerner l'effet des réformes mises en place.

À l'occasion de leur rencontre de février 2003, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont confirmé leur engagement quant à l'élaboration et à l'implantation d'indicateurs comparables ainsi qu'à l'importance de rendre le système de santé plus transparent auprès de la population. À cette occasion, d'autres thèmes pouvant mener à de nouveaux indicateurs comparables ont été déterminés.

Le mandat d'élaborer des indicateurs comparables dans le domaine de la santé a été confié au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR). L'exécution des travaux techniques nécessaires à la réalisation de ce mandat était sous la responsabilité du Groupe de travail technique sur les rapports de rendement (GTTRR).

CONSULTATION DU PUBLIC SUR LA DÉMARCHE DES INDICATEURS COMPARABLES

En janvier 2004, dix groupes de discussion ont été formés en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Québec. Cette démarche consistait essentiellement à recueillir de l'information auprès de la population à partir d'une liste d'indicateurs classés par thème afin de déterminer :

- les indicateurs jugés les plus pertinents;
- les types de graphiques, de tableaux ou autres éléments visuels de présentation qui contribuent le mieux à une bonne compréhension des informations;

- l'approche de communication, de diffusion ou de promotion qui convient le mieux à la compréhension des indicateurs comparables.

De cette démarche de consultation, il est ressorti que les indicateurs les plus pertinents pour la population sont ceux qui ont une portée personnelle, qui touchent davantage le quotidien. À cet égard, le thème de l'accès aux services de santé se révèle sans contredit le plus important pour la population, qui souhaite obtenir une information concrète et à jour sur le sujet. D'autres indicateurs, notamment ceux qui ont trait à la santé et au bien-être, ont également été jugés pertinents.

Selon les participants à la consultation, l'inclusion d'un indicateur dans un rapport destiné à la population doit notamment être commandée par les facteurs suivants :

- les répercussions possibles du phénomène analysé sur la vie personnelle des individus;
- le risque attribué à un problème;
- la visibilité auprès des médias;
- l'intérêt (c'est-à-dire : l'indicateur constitue-t-il un exercice strictement théorique ou est-il pertinent de façon générale?).

Dans l'ensemble, la population désire obtenir une information à jour présentée de façon simple et concise, dans un langage qui limite le plus possible le recours au jargon technique. Elle souhaite également une information ventilée (par sexe, par groupe d'âge, etc.) dans la mesure où ces données aident à expliquer et à mieux comprendre le sujet. La comparaison interprovinciale est jugée pertinente en autant qu'elle soit présentée de façon à faciliter la compréhension des résultats.

PRÉCISIONS SUR LE CONTENU DU RAPPORT

Le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* s'inspire largement des commentaires et des résultats tirés des consultations tenues auprès de la population québécoise et canadienne.

Il s'inscrit pleinement dans le cadre des efforts consentis par le gouvernement québécois visant à renforcer les mécanismes d'imputabilité et de transparence du gouvernement à l'endroit des citoyens et citoyennes du Québec.

Il traite avant tout d'un certain nombre d'éléments du système de santé qui préoccupent particulièrement la population québécoise.

Son but premier est de rendre compte des principaux résultats obtenus pour un ensemble d'indicateurs sélectionnés qui mesurent l'état de santé et les habitudes de vie de la population ainsi que l'accès aux services offerts et la satisfaction à leur égard. Le rapport s'adresse donc principalement au public, le but recherché étant de présenter des données crédibles, fiables et comparables à l'échelle provinciale et nationale.

Les indicateurs sélectionnés aux fins du rapport sont regroupés en fonction de trois objectifs prioritaires :

- **état de santé et habitudes de vie;**
- **accès aux services de santé;**
- **satisfaction à l'égard des services offerts.**

Ces indicateurs ont été analysés par des spécialistes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec et de l'Institut de la statistique du Québec, qui possèdent l'expertise et les connaissances propres à ces domaines.

Mode de présentation

Chaque indicateur fait l'objet d'une présentation sommaire qui comprend toujours les éléments suivants :

- la pertinence de l'indicateur, sa définition telle qu'établie par le Groupe de travail technique sur les rapports de rendement (GTTRP), ainsi qu'une analyse descriptive des résultats obtenus;
- un graphique montrant les différences selon les provinces et le Canada pour l'année comparable la plus récente;
- des graphiques supplémentaires, le cas échéant, illustrant les tendances constatées au Québec et au Canada, et des données plus particulières selon l'âge et le sexe pour le Québec;
- des notes méthodologiques indiquant les sources et les ajustements de données nécessaires, par âge ou par sexe, pour permettre la comparaison entre les populations¹.

Le lecteur peut se référer à l'annexe technique à la fin du rapport; elle présente l'ensemble des données ainsi que le détail des caractéristiques techniques relatives à chaque indicateur : la définition, la méthode de calcul, les exclusions et les limites relatives à la qualité et à la comparabilité des données.

VÉRIFICATION PAR UNE TIERCE PARTIE

L'annexe technique de ce rapport a fait l'objet d'une vérification par le Vérificateur général du Québec. Son rapport est joint au présent document.

1. L'un des objectifs des indicateurs étant de permettre les comparaisons, il est parfois nécessaire d'éliminer l'impact de certains facteurs (exemple : âge et sexe) qui rendent les populations non comparables. On sait, par exemple, que le cancer du sein touche en majorité les femmes, cette comparaison n'a de sens que si la distribution des sexes et la distribution des âges (l'incidence de ce cancer augmente avec l'âge) est semblable. Sinon la mesure d'une différence d'incidence entre les deux populations pourrait ne traduire que la différence de structure d'âge et de sexe.

État de santé et habitudes de vie

- Perception de l'état de santé
- Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
- Tabagisme chez les adolescents
- Activité physique
- Indice de masse corporelle
- Immunisation des personnes âgées de 65 ans ou plus contre l'influenza (vaccin antigrippal)
- Prévalence du diabète

La notion de santé est étroitement liée à plusieurs aspects comme l'environnement social, économique et physique dans lequel évoluent les personnes, les choix personnels de chacun en matière de santé ainsi que la perception subjective qu'ont les individus de leur propre santé.

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour analyser l'état de santé et de bien-être de la population. Certains traitent directement de l'état de santé (mortalité, morbidité, incapacités), tandis que d'autres portent davantage sur des comportements ou des habitudes qui ont des répercussions sur la santé.

Les indicateurs sélectionnés dans la présente section ont presque tous été calculés à partir de données provenant de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* et de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

LES INDICATEURS MESURANT L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES HABITUDES DE VIE

- Perception de l'état de santé
- Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
- Tabagisme chez les adolescents
- Activité physique
- Indice de masse corporelle
- Immunisation des personnes âgées de 65 ans ou plus contre l'influenza (vaccin antigrippal)
- Prévalence du diabète

1 PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La perception de l'état de santé est l'appréciation générale que font les individus de leur santé; elle englobe différentes dimensions de la santé physique et mentale. L'intérêt de cet indicateur est lié au fait que les critères utilisés par les individus pour évaluer leur santé peuvent aider à mieux comprendre l'évolution de l'incidence des maladies chroniques, de la détérioration fonctionnelle et même de la mortalité.

Cet indicateur demeure cependant influencé par l'appréciation générale que font les personnes de leur santé, et celle-ci peut varier d'une population à l'autre, étant donné l'influence de plusieurs facteurs tels que le contexte culturel et les particularités provinciales ou régionales.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui dit être en très bonne ou en excellente santé. Les réponses possibles sur l'état de santé perçu par la population sont les suivantes : santé excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise.

RÉSULTATS

En 2003, les personnes se considérant comme en excellente ou très bonne santé représentent près de 59 % de la population québécoise âgée de 12 ans ou plus, une proportion semblable à la moyenne canadienne, qui est

de 60 % (graphique 1.1). Toutefois, la plupart des provinces affichent des proportions significativement plus élevées que celle du Québec (62 % à 67 %).

Jusqu'en 1998-1999, la perception de l'état de santé au Québec ne varie guère (graphique 1.2). La proportion de personnes qualifiant leur santé d'excellente ou de très bonne tend à diminuer en 2000-2001 pour continuer à baisser en 2003 (de 63 % à 59 %), alors que la proportion de personnes se considérant comme en bonne santé passe de 27 % à 32 %. Cette évolution ressemble à celle de la moyenne canadienne.

La perception de l'état de santé varie selon le sexe et l'âge. Ainsi au Québec, en 2003, la proportion de personnes se considérant comme en excellente ou en très bonne santé est plus élevée chez les hommes (59 %) que chez les femmes (55 %); elle atteint un sommet, 70 %, dans le groupe des 20 à 34 ans (sexes réunis) et un plancher dans celui des 65 ans ou plus, avec 34 % (graphique 1.3). Dans ce dernier groupe d'âge, l'écart entre les hommes et les femmes est assez important (37 % contre 31 %; voir le tableau de données du graphique 1.3 en annexe). En revanche, un peu plus de femmes que d'hommes (12 % contre 10 %) évaluent leur santé comme passable ou mauvaise. C'est aussi le cas de près du quart de l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus, une proportion qui surpasse celle de tous les autres groupes d'âge.

GRAPHIQUE 1.1
Excellente ou très bonne santé selon la perception¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003



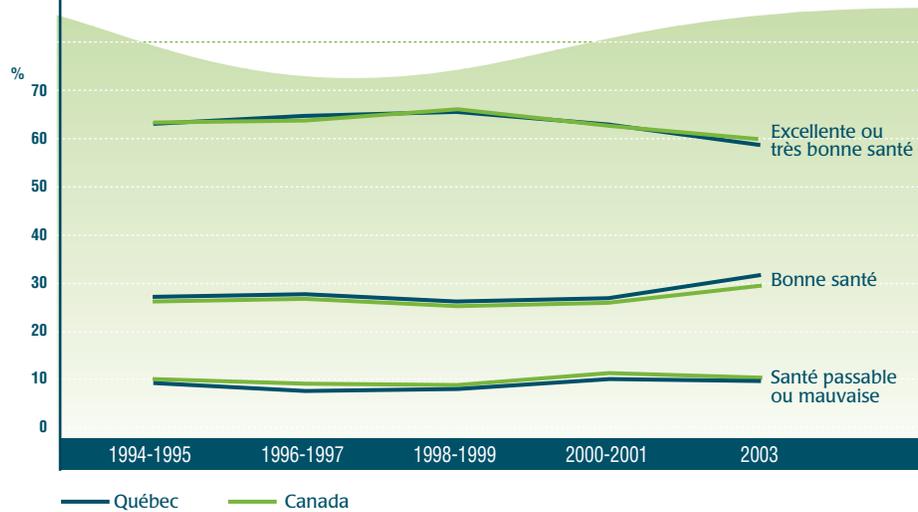
— Canada

1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
1.2

Évolution de la perception de l'état de santé¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003



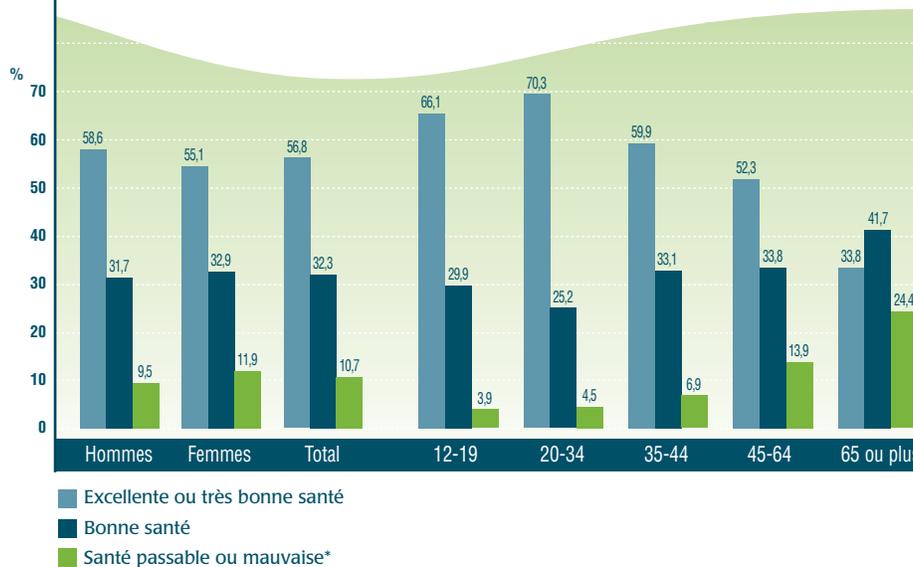
1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999;
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
1.3

Perception de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003



* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%, interpréter avec prudence pour les hommes de 12-19 ans et de 20-34 ans ainsi que les femmes de 12-19 ans.

1. Les données sont brutes (non ajustées)

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

BIBLIOGRAPHIE

- E.L. IDLER, et Y. BENYAMINI (1997). « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, p. 21-37.
- S. SHIELDS, et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, p. 39-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

2 ESPÉRANCE DE VIE AJUSTÉE EN FONCTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) est un indicateur complémentaire à l'espérance de vie parce qu'il ajoute la dimension de la qualité de vie. L'EVAS intègre des données sur la mortalité, sur un indice d'état de santé et sur l'hébergement dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées. Il représente donc un indice global de l'état de santé.

DÉFINITION

L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) est le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé dans l'hypothèse où les taux actuels de morbidité et de mortalité par âge se maintiennent. L'EVAS est calculée à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le revenu.

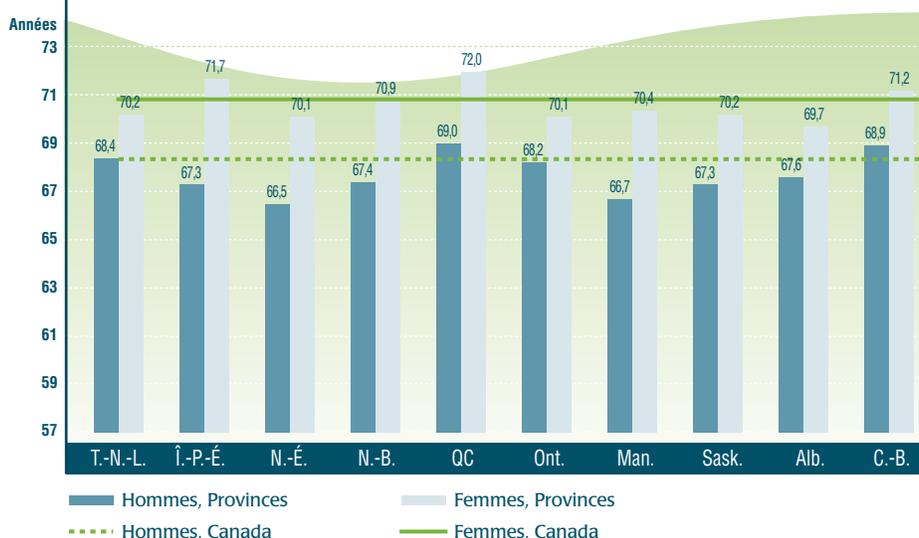
L'indice de l'état de santé permet de tenir compte de la qualité de vie au cours des années vécues en fonction de huit attributs (vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, problème émotif, cognition, activités empêchées par la douleur) et de la gravité des problèmes éprouvés.

RÉSULTATS

Depuis plusieurs décennies, les Québécois et les Québécoises déclarent moins de limitations d'activité que les personnes ailleurs au Canada. Il n'est donc pas étonnant que le Québec occupe le rang le plus favorable au chapitre de l'espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS), et ce, tant pour les femmes que pour les hommes (graphique 2.1). Cette position avantageuse du Québec diffère cependant du rang qu'il occupe sur le plan de la mortalité, surtout pour les hommes. L'espérance de vie des Québécois est en effet inférieure de 0,6 année à celle des Canadiens alors que les Québécoises et les Canadiennes ont la même espérance de vie (données non présentées). Ainsi, la prise en compte de la qualité de vie améliore le rang qu'occupe le Québec lorsque seule la mortalité est considérée.

La position favorable du Québec sur le plan de l'EVAS s'atténue cependant à compter de 65 ans. Sa position est alors similaire, en effet, à celle de plusieurs autres provinces (graphique 2.2).

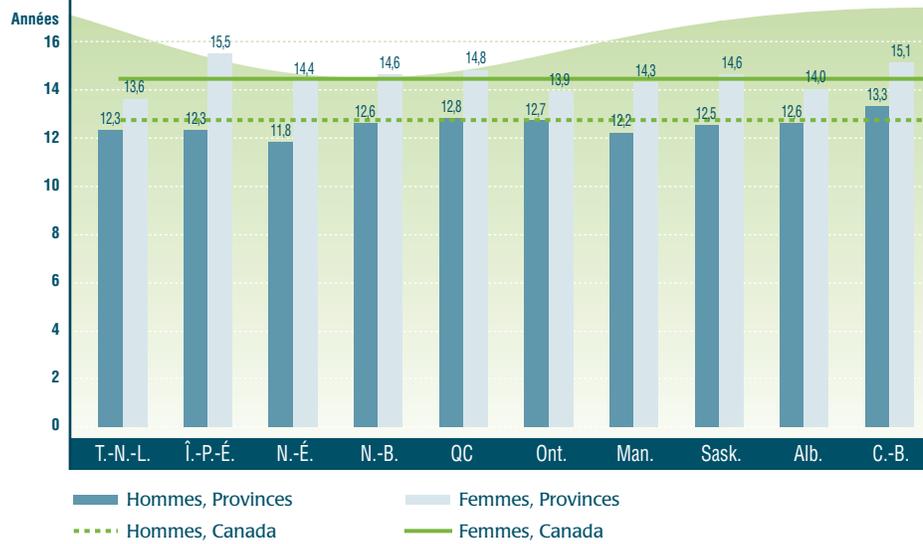
GRAPHIQUE 2.1 **Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001**



Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, volet résidents des établissements*, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal);
- Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001*, (ménages collectifs);
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001;
- Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*;
- Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001



Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, volet résidents des établissements, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal);
- Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001* (ménages collectifs);
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001;
- Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*;
- Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

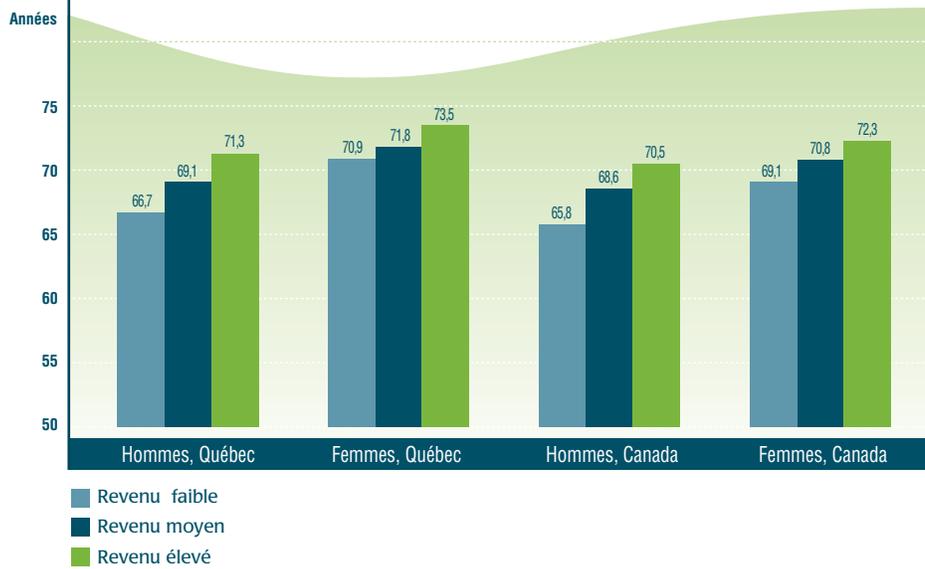
Enfin, si on répartit la population selon le revenu moyen du territoire de résidence en trois groupes égaux (les terciles), on constate que l'EVAS à la naissance présente des différences significatives. Au Québec, le groupe le plus favorisé financièrement affiche de meilleurs résultats que le groupe le moins favorisé, avec près de cinq années de vie de plus pour les hommes et près de trois années pour les femmes (graphique 2.3). Ces variations sont similaires à celles constatées au Canada. À 65 ans, autant à l'échelle du Québec qu'à celle du Canada, ces différences s'atténuent grandement (en valeur absolue). Elles se situent à un peu plus de un an chez les hommes, mais ne sont pas significatives chez les femmes (voir le tableau 2.4, en annexe).

BIBLIOGRAPHIE

- R. CHOINIÈRE (2003). *La mortalité au Québec : Une comparaison internationale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- F. MAYER, N. ROSS, J.M. BERTHELOT et R. WILKINS (2002). « Espérance de vie sans incapacité selon la région sociosanitaire », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 4, p. 53-66.
- STATISTIQUE CANADA (2004). *Indicateurs de la santé*, n° 182-221-XWF au catalogue.
- R. WILKINS (1991). « Espérance de santé au Québec et au Canada en 1986 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, n° 2, p. 367-382.
- R. WILKINS, Ng EDWARD, J.M BERTHELOT et F. MAYER. (2002). « Différences entre les provinces quant à l'espérance de vie sans invalidité selon le revenu et le niveau de scolarité du quartier au Canada, 1996 ». Rapport technique au Comité des rapports sur les indicateurs de rendement (CRIR) de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé.

GRAPHIQUE
2.3

Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001



Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, volet résidents des établissements, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal);
- Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001*, (ménages collectifs);
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001;
- Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*;
- Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

3 TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS

L'usage du tabac est une des principales causes de maladies et de décès évitables au Canada. Santé Canada évalue à 45 000 le nombre de décès attribuables au tabagisme chaque année. En raison de l'accoutumance qu'engendre la nicotine, l'usage du tabac chez les jeunes représente un problème important et particulièrement préoccupant. On estime que sur dix adolescents qui touchent au tabac, environ huit deviendront des fumeurs réguliers.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans inclusivement qui déclare fumer actuellement (régulièrement ou occasionnellement) au moment de l'entrevue, et du pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans qui déclare fumer régulièrement au moment de l'entrevue.

RÉSULTATS

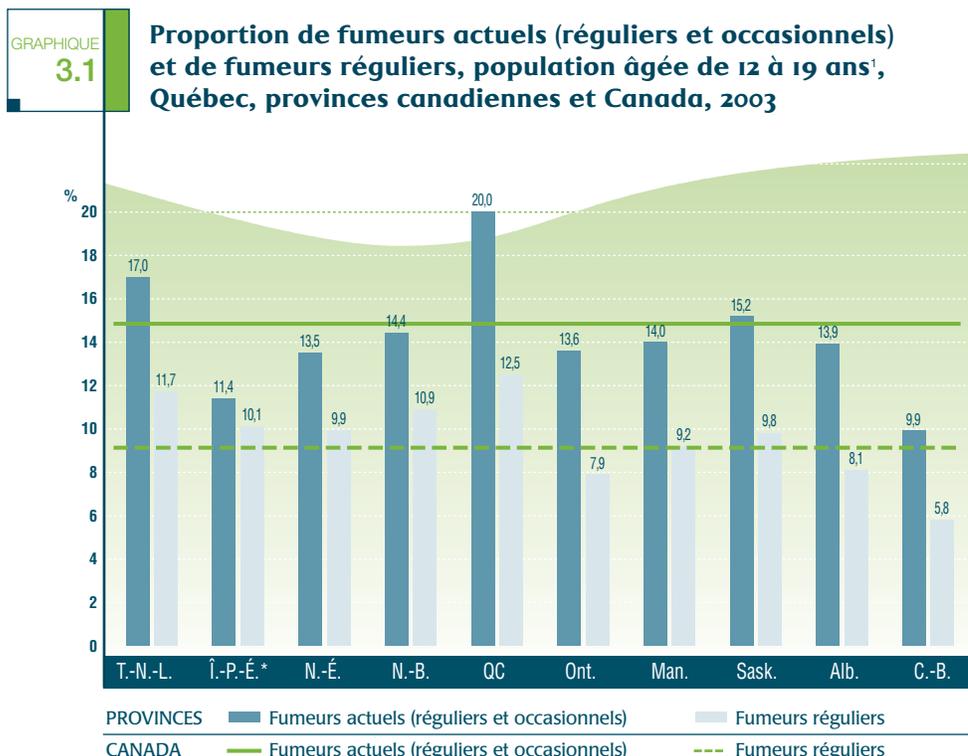
En 2003, 20 % des jeunes Québécois âgés de 12 à 19 ans inclusivement fument de façon régulière ou occasionnelle, tandis qu'on en compte environ 15 % à l'échelle canadienne (graphique 3.1). Ce taux élevé dépasse ceux des provinces qui se situent entre 10 % et 17 %. Lorsque l'on considère seulement les jeunes

fumeurs réguliers, ils sont aussi plus nombreux au Québec (13 %) que dans l'ensemble du Canada (9 %).

Par ailleurs, la proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) chez les jeunes Québécois âgés de 12 à 19 ans chute nettement, en 2003, comparativement à 2000-2001 (20 % contre 27 %). Cette baisse est surtout attribuable aux fumeurs réguliers, la proportion de fumeurs occasionnels ne variant guère (voir le tableau de données du graphique 3.2 en annexe). Mais puisque la moyenne canadienne diminue aussi de façon notable, les taux de tabagisme chez les jeunes demeurent plus élevés au Québec qu'au Canada, et ce, en 2003 comme en 2000-2001.

Au Québec, en 2003, autant de filles que de garçons âgés de 12 à 19 ans disent fumer (graphique 3.3), que ce soit régulièrement (12 % et 13 %) ou occasionnellement (8 % et 7 %).

Comparativement à l'ensemble de la population de 12 ans ou plus, les jeunes de 12 à 19 ans sont moins nombreux à fumer régulièrement mais ils le sont un peu plus à fumer occasionnellement.



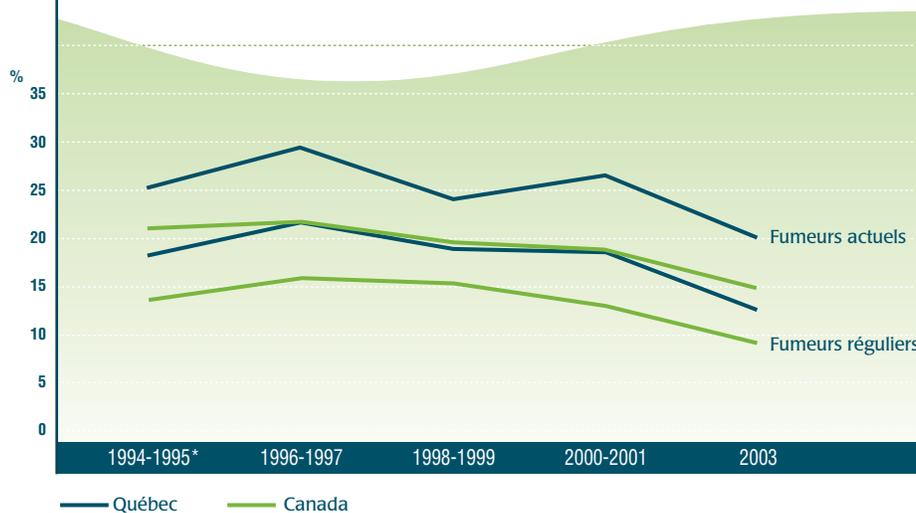
* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

1. Les données sont brutes (non ajustées)

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
3.2

Évolution de la proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) et de fumeurs réguliers, population âgée de 12 à 19 ans¹, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence pour les fumeurs réguliers au Québec.

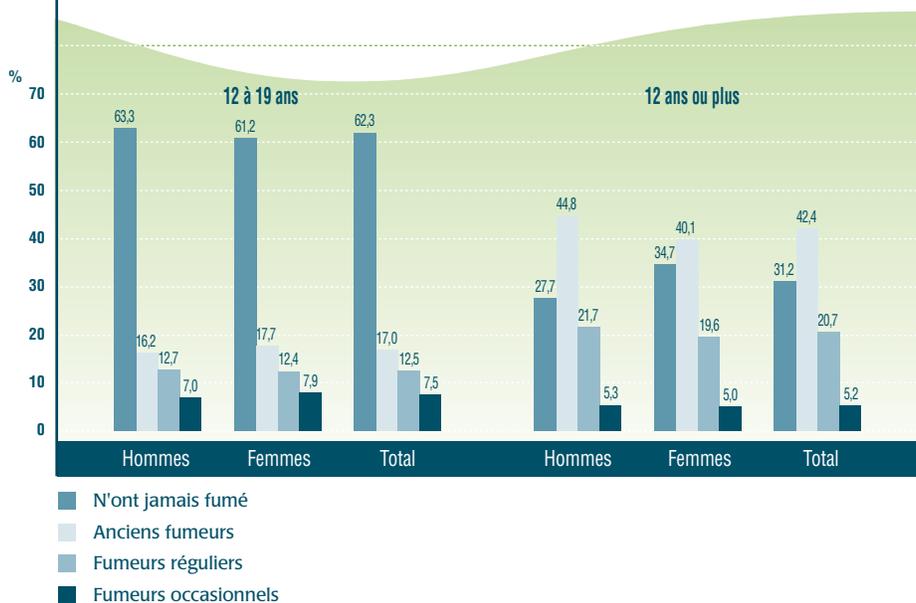
1. Les données sont brutes (non ajustées)

Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999;
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
3.3

Usage du tabac, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 12 à 19 ans¹ et de 12 ans ou plus, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées)

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

4 ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est, règle générale, associée à de nombreux bienfaits pour la santé. Plusieurs études démontrent que la pratique régulière d'une activité physique améliore sensiblement la santé cardiovasculaire. Des données récentes provenant de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* confirment cette conclusion et montrent, en outre, que les personnes physiquement actives sont moins susceptibles de souffrir de dépression.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare être physiquement « active », par opposition au pourcentage de la population, du même groupe d'âge, qui se dit physiquement « inactive ». Soulignons que dans ce document, le niveau d'activité physique est mesuré par les activités de loisir seulement.

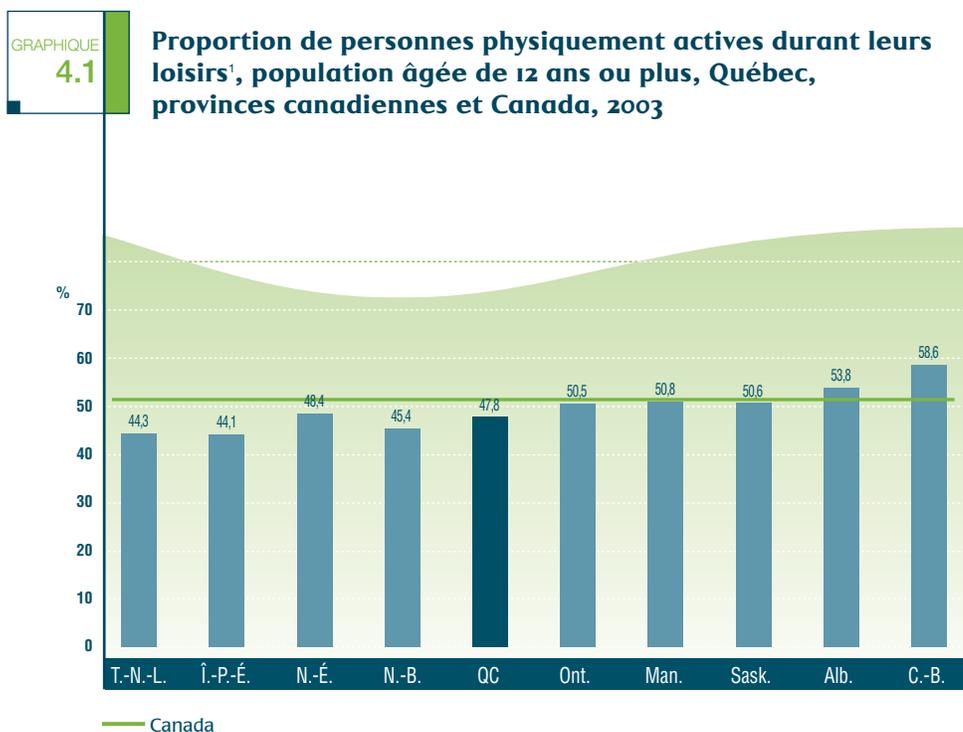
RÉSULTATS

Au Québec, en 2003, environ une personne sur deux, chez les 12 ans ou plus, est définie comme étant active, un pourcentage légèrement inférieur à la moyenne

canadienne (48 % contre 51 %; voir le graphique 4.1). Ce pourcentage est aussi inférieur à celui de six provinces canadiennes, tandis qu'il est supérieur dans trois autres cas.

Le pourcentage de personnes physiquement actives, au Québec, est passé de 34 % à 48 % entre 1994-1995 et 2003 (graphique 4.2) et celui des inactives, de 60 % à 50 % (voir le tableau de données du graphique 4.2 en annexe). Cette évolution représente un gain important sur une période relativement courte, soit un peu moins de dix ans. La proportion d'actifs a connu une évolution comparable dans l'ensemble du Canada (39 % à 51 %). Le Québec est toutefois demeuré, durant cette période, au-dessous de la moyenne canadienne.

En 2003, le pourcentage d'actifs diminue avec l'âge, passant de 69 % chez les 12 à 19 ans à 37 % chez les 65 ans ou plus (graphique 4.3). En général, plus d'hommes que de femmes sont actifs, sauf dans le groupe des 45 à 64 ans, où il n'y a presque pas de différences entre les deux sexes.

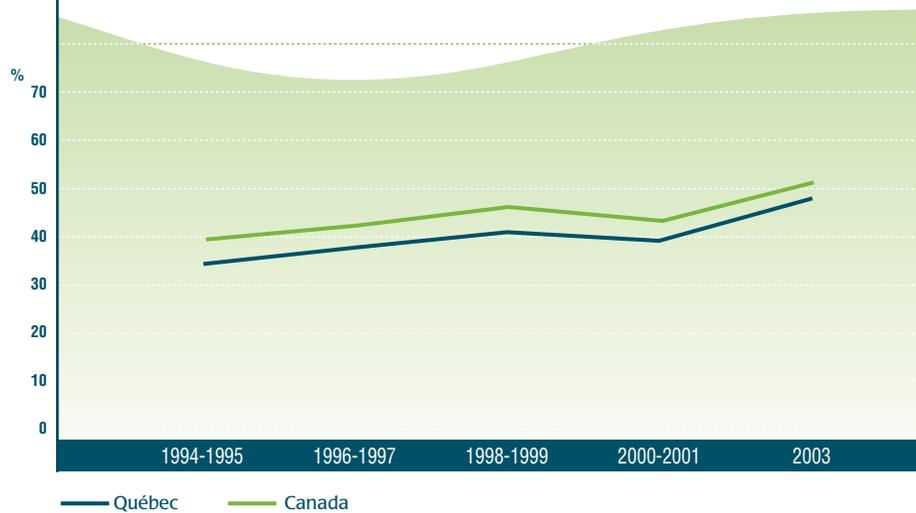


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
4.2

Évolution de la proportion de personnes physiquement actives durant leurs loisirs¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003



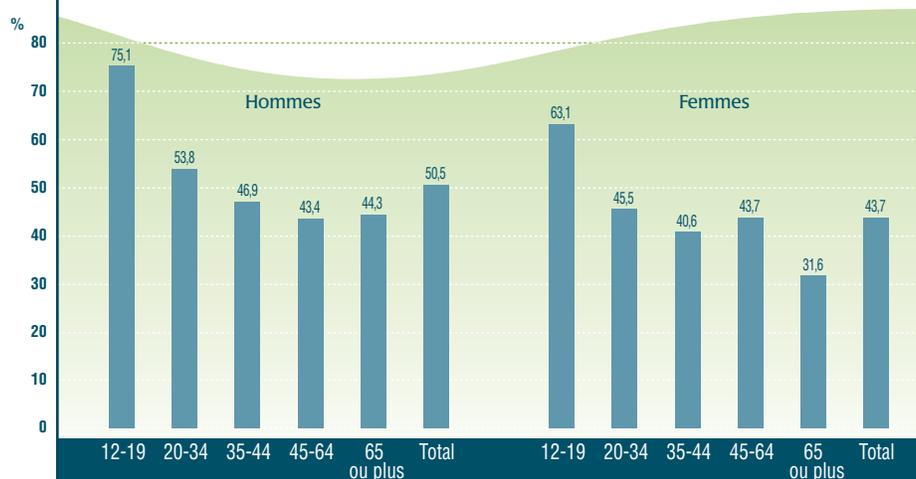
1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Sources :

- Santé Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999;
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
4.3

Proportion de personnes physiquement actives durant leurs loisirs, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées)

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

BIBLIOGRAPHIE

- N. CAVILL, S. BIDDLE et J.F. SALLIS (2001). « Health enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference », *Pediatric Exercise Science*, vol. 13, p. 12-25.
- L.L. CRAFT, et F.M. PERNA (2004). « The benefits of exercise for the clinically depressed », *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 6, n° 3, p. 104-111.
- COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Avis du comité, Québec, Secrétariat au loisir et au sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, 27 p.
- Y.A. KESANIEMI, E. DANFORTH Jr, M.D. JENSEN, P.G. KOPELMAN, P. LEFEBVRE et B.A. REEDER (2001). « Dose-responses issues concerning physical activity and health: An evidence-based symposium », *Medicine and Sciences in Sports and Exercise*, vol. 33, n° 6 (suppl.), p. S351-S358.
- NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN et coll. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 137 p.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention et National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

5 INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'obésité est sans contredit un facteur de risque important pour plusieurs maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiaques. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode habituellement utilisée pour déterminer si un individu a un poids santé.

Les données sur la taille et le poids sont basées sur les informations fournies par les répondants aux questionnaires d'enquête, lesquelles ne sont pas toujours fiables. L'effet de la surcharge de poids comme facteur de risque pour diverses maladies augmente lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 25, ce qui est la norme établie au plan international.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage d'adultes dont les réponses permettent de calculer un indice de masse corporelle. On distingue quatre catégories.

	IMC
Poids insuffisant	< 18,5
Poids normal	18,5 à 24,9
Embonpoint	25,0 à 29,9
Obésité	≥ 30,0

RÉSULTATS

Selon l'information fournie par les répondants à l'enquête de 2003, la moitié de la population québécoise âgée de 18 ans ou plus a un poids normal (voir le tableau de données du graphique 5.1 en annexe), ce qui place le Québec légèrement au-dessus de la moyenne canadienne

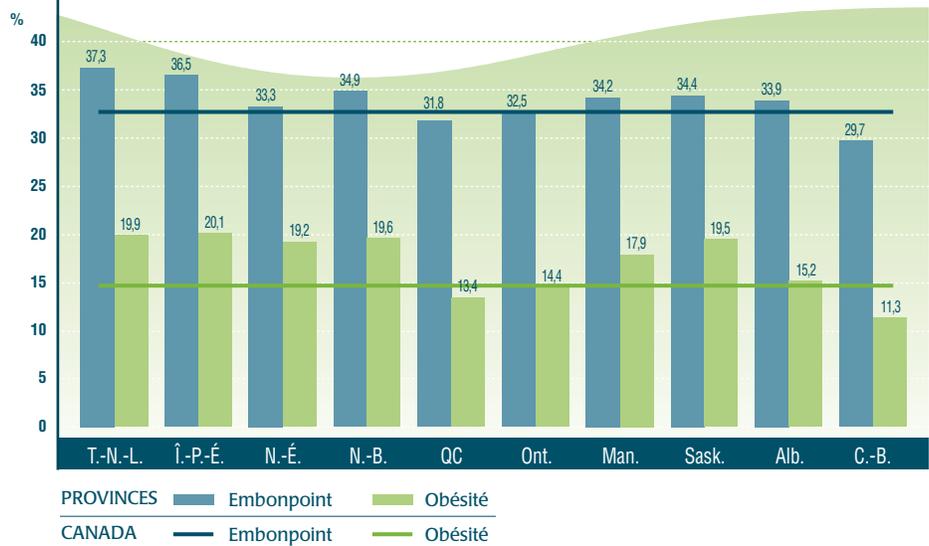
(48 %); seule une autre province occupe une position plus favorable (53 %). À cette exception près, les provinces canadiennes affichent toutes une plus forte proportion de personnes obèses (14 % à 20 %) que le Québec (13 %; voir le graphique 5.1). La majorité des provinces comptent aussi davantage de personnes ayant de l'embonpoint, soit plus du tiers contre 32 % au Québec.

La proportion de personnes obèses a augmenté au Québec, passant d'environ 11 % entre 1994-1995 et 1998-1999 à 13 % en 2003 (graphique 5.2). Par rapport à la moyenne canadienne, qui suit la même tendance, la population québécoise a toujours été proportionnellement plus nombreuse à avoir un poids normal et un peu moins nombreuse à souffrir d'obésité, avec un écart non significatif en 2003. D'ailleurs, le pourcentage de personnes de poids normal a diminué au Québec, passant de 53 % en 2000-2001 à 50 % en 2003; il est aussi plus faible qu'en 1994-1995 (54 %; voir le tableau de données du graphique 5.2 en annexe).

Davantage d'hommes (55 %) que de femmes (38 %) accusent un excès de poids (graphique 5.3). Si les femmes souffrent moins d'embonpoint (25 % contre 41 %), elles sont aussi nombreuses que les hommes à être atteintes d'obésité (14 %). L'excès de poids, qui touche un peu plus du tiers du groupe des 18-34 ans, se manifeste davantage aux âges plus avancés; il touche plus de la moitié des personnes âgées de 45 ans ou plus.

GRAPHIQUE
5.1

Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité¹, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

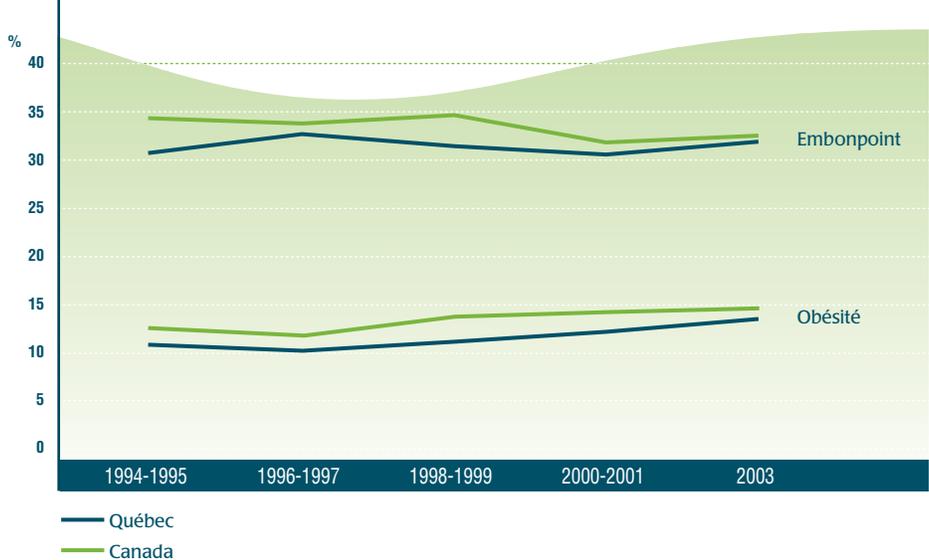


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
5.2

Évolution de la proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité¹, population âgée de 18 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003



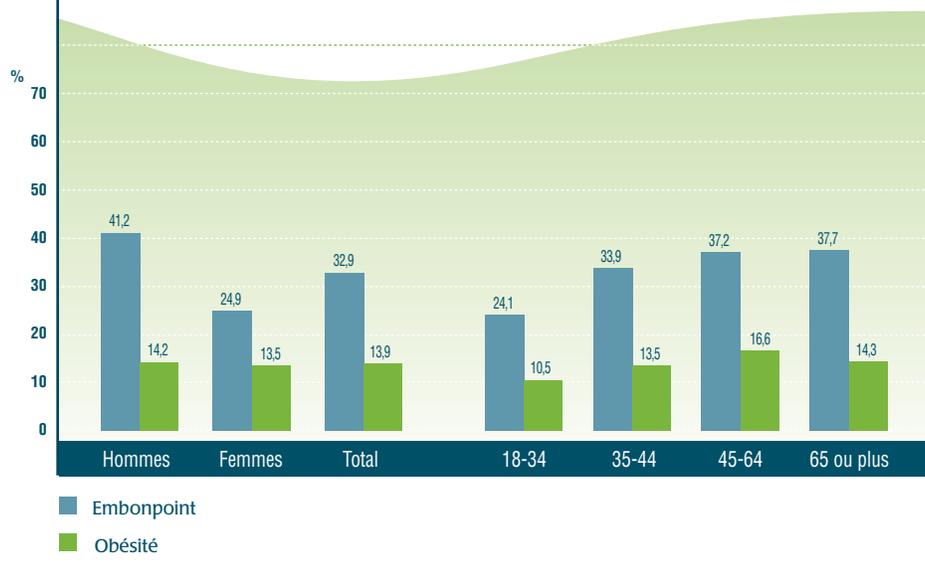
1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999;
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
5.3

Proportion de personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées)

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

6 IMMUNISATION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS CONTRE L'INFLUENZA (VACCIN ANTIGRIPPAL)

La grippe est une infection virale (virus influenza) qui survient surtout de décembre à avril et qui peut donner lieu à des épidémies importantes. Elle a des conséquences plus graves chez les personnes atteintes de maladies chroniques, hébergées en institution ou âgées de 65 ans ou plus. Il est important de distinguer la grippe des infections respiratoires banales et du rhume qui sont sans conséquences graves.

La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir ou atténuer la maladie; elle diminue les complications chez environ 70 % des personnes pendant l'année qui suit son administration. La vaccination est recommandée annuellement.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus qui déclare avoir été vaccinée contre l'influenza (vaccin antigrippal) au cours d'une période donnée (dernière année, un an ou plus).

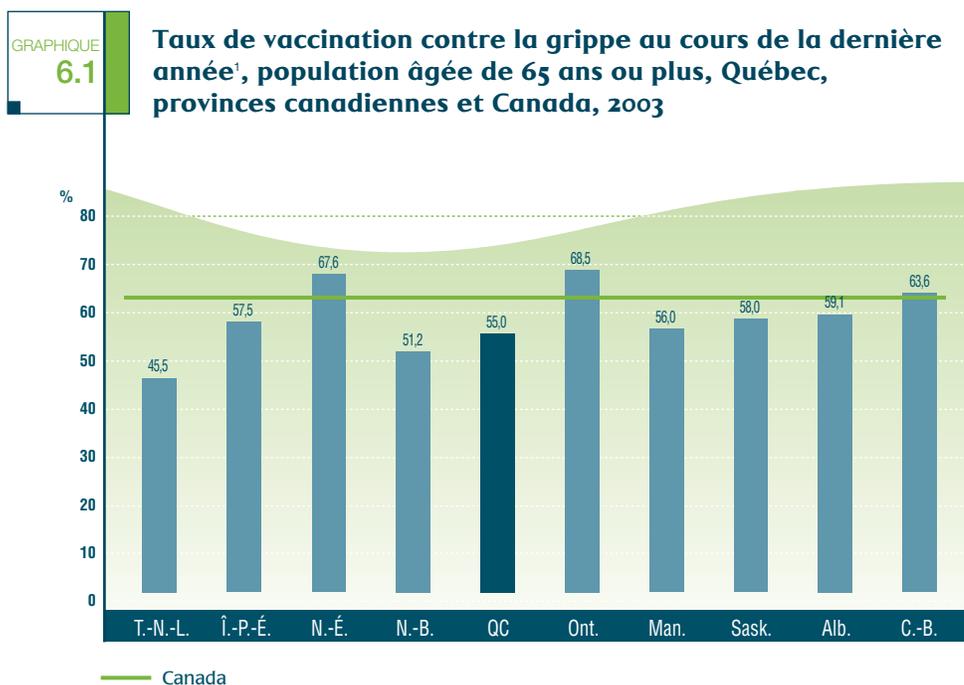
RÉSULTATS

Selon les réponses données à l'enquête de 2003, plus de la moitié (55 %) des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant au Québec ont été vaccinées contre la grippe

depuis moins d'un an (graphique 6.1), soit un taux de vaccination inférieur à celui de l'ensemble du Canada (62 %). Certaines provinces affichent un taux de vaccination sensiblement plus élevé qu'au Québec (59 % à 69 %). Au Québec, comme dans plusieurs provinces, environ le quart des personnes âgées de 65 ans ou plus n'ont jamais été vaccinées contre la grippe (voir le tableau de données du graphique 6.1 en annexe), une proportion supérieure à la moyenne canadienne (26 % contre 21 %).

Au Québec comme au Canada, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant été vaccinées depuis moins d'un an a connu un bond entre 1996-1997 et 2000-2001 pour ensuite se stabiliser. L'augmentation subite des années antérieures à 2003 et la stabilisation constatée de 2000-2001 à 2003 expliquent l'augmentation du taux de personnes vaccinées depuis un an et plus (graphique 6.2).

Au Québec, en 2003, autant d'hommes que de femmes âgées de 65 ans ou plus ont été vaccinés contre la grippe au cours de la dernière année (graphique 6.3). Cependant, les personnes âgées de 75 ans ou plus sont plus nombreuses à l'avoir été durant cette période que celles du groupe des 65-74 ans (59 % contre 53 %).

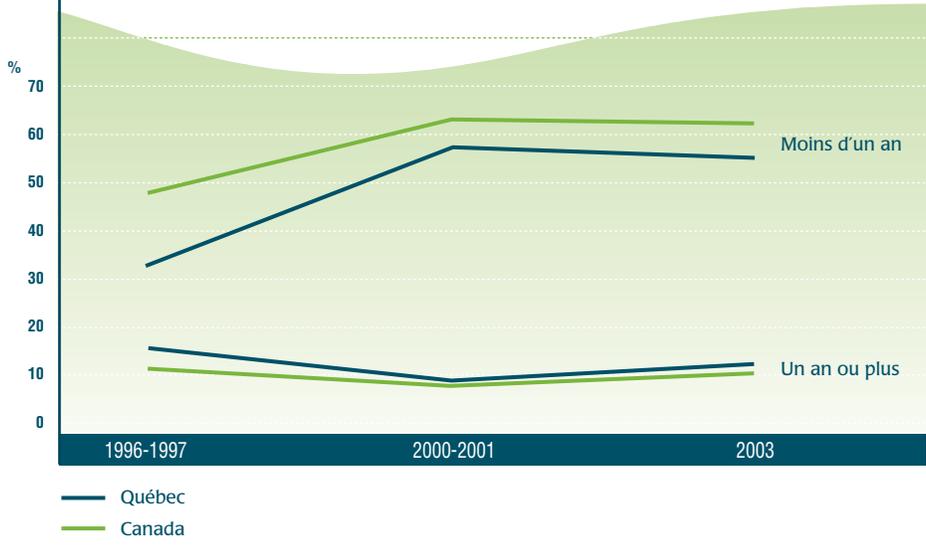


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
6.2

Évolution du taux de vaccination contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus¹, Québec et Canada, 1996-1997, 2000-2001 et 2003



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Sources :

- Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1996-1997;
- Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
6.3

Taux de vaccination contre la grippe, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

7 PRÉVALENCE DU DIABÈTE

Le diabète touche des personnes de tout âge. La prévalence du diabète au cours d'une certaine période permet une lecture de l'importance ou du fardeau de cette maladie à un moment donné. Le diabète occasionne des coûts directs au titre des soins médicaux et hospitaliers, des médicaments d'ordonnance et d'autres frais assumés par les patients, de même que des coûts indirects dont l'invalidité et les décès prématurés (Système national de surveillance du diabète, 2003).

Les données proviennent de bases administratives, leur qualité est donc tributaire de l'exactitude de ces systèmes. Par exemple, on sait que le code de diagnostic n'est pas toujours présent au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

DÉFINITION

Il s'agit du nombre de personnes de 20 ans ou plus ayant été définies, à partir de différents critères administratifs, comme étant diabétiques, par rapport à la population totale de 20 ans ou plus. Le taux est calculé sur une base de 100 habitants.

RÉSULTATS

La prévalence du diabète au Québec est légèrement inférieure à la moyenne canadienne. Néanmoins, la position du Québec demeure relativement centrale, avec trois provinces qui affichent des taux supérieurs (graphique 7.1).

Pour les deux sexes, la prévalence augmente jusqu'à un âge très avancé pour diminuer ensuite (graphique 7.2). La prévalence atteint un sommet de 19 % chez les hommes âgés de 75 à 79 ans et de 16 % chez les femmes âgées de 80 à 84 ans. La légère diminution de la prévalence chez les groupes plus âgés pourrait s'expliquer par les complications associées au diabète, qui augmentent à mesure que les personnes vieillissent et qui entraîneraient une surmortalité des personnes diabétiques, et par la sous-estimation du nombre de cas de diabète chez les personnes résidant en établissement de soins de longue durée. De plus, à compter de l'âge de 40 ans, le diabète affecte davantage les hommes que les femmes. Les femmes en âge de procréer (20 à 39 ans), chez qui des cas de diabète gestationnel peuvent être mal codés comme diabète de type 1 ou de type 2, constituent l'exception à cette prédominance chez les hommes.

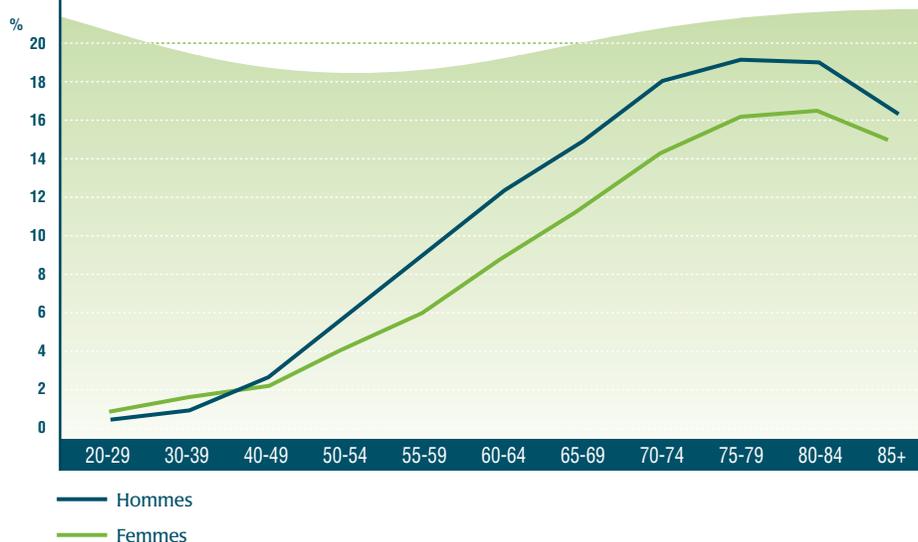
GRAPHIQUE 7.1
Prévalence relative ajustée du diabète chez les personnes âgées de 20 ans ou plus¹, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 1999-2000²



1. Il est à noter que la méthode d'ajustement des données diffère légèrement de celle utilisée dans les autres tableaux. Les prévalences relatives sont ajustées selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne en 1991. Les prévalences relatives ajustées pour les deux sexes réunis sont les mêmes, à la décimale près, qu'elles soient standardisées selon l'âge seulement (c'est-à-dire sexes réunis) ou selon l'âge et le sexe.
2. Données provisoires sujettes à changement car de nouveaux cas peuvent être déclarés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Source : Santé Canada, *Pour relever un défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003.

Prévalence relative du diabète chez les hommes et chez les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge¹, Québec, 1999-2000²



1. Les données sont brutes (non ajustées).
 2. Données provisoires sujettes à changement car de nouveaux cas peuvent être déclarés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Source : Santé Canada, *Pour relever un défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003.

2

Accès aux services de santé

- Difficultés liées à l'accès aux services de premier contact
- Délais d'attente déclarés pour des tests diagnostiques
- Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits
- Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires

L'accès aux services de santé est un des thèmes qui se trouvent au cœur des préoccupations de la population et du débat actuel sur les soins de santé au Québec et ailleurs au Canada.

Règle générale, la population souhaite avoir accès aux ressources appropriées, au moment et à l'endroit où elle en a besoin. Toutefois, plusieurs personnes éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé et les délais d'attente leur causent inquiétude, stress et anxiété.

Pour mieux comprendre ces difficultés, nous devons nous pencher sur le processus d'accès aux soins et nous poser les questions suivantes :

- les individus sont-ils susceptibles d'éprouver des difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, des renseignements ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats ?
- les délais d'attente sont-ils trop longs ?

Déjà, les réponses à ces questions permettront de mieux cerner les enjeux et les défis que pose l'accès aux services de santé.

L'*Enquête sur l'accès aux services de santé*, menée par Statistique Canada dans le cadre précis des travaux sur les indicateurs comparables en santé, est une source d'information privilégiée. Elle permet d'avoir des données à l'échelle provinciale sur l'accès aux services de santé, notamment sur les difficultés liées à l'accès aux services de premier contact et aux délais d'attente pour des tests diagnostiques.

Au cours des consultations auprès de la population, le coût des médicaments, plus particulièrement les répercussions financières de l'achat de médicaments chez les individus, a été également souligné comme un élément important de l'accès aux services. D'ailleurs, pour maintenir l'accessibilité des médicaments, les gouvernements provinciaux ont mis en place différentes mesures pour aider notamment les personnes âgées ainsi que les prestataires d'assistance-emploi à se procurer les médicaments qui leur sont nécessaires. L'indicateur sur les dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits provient de l'*Enquête sur les dépenses des ménages*.

Les consultations auprès de la population ont de plus fait ressortir l'importance de mesurer l'accès aux services par le nombre d'hospitalisations qui auraient pu être évitées avec des soins médicaux de base ou un traitement préventif en temps opportun. Les hospitalisations évitables représentent sans contredit une préoccupation constante pour la population.

LES INDICATEURS MESURANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

- Difficultés à obtenir des services de premier contact tels :
 - des services de santé de routine ou de suivi,
 - des renseignements ou des conseils en matière de santé,
 - des soins immédiats.
- Délais d'attente déclarés pour des tests diagnostiques
- Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits
- Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires

8 DIFFICULTÉS LIÉES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIER CONTACT

La possibilité d'obtenir des soins lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires joue un rôle primordial dans le maintien de la santé ainsi que dans la prévention des urgences en matière de santé et des mauvais usages des services (par exemple, l'utilisation des salles d'urgence pour les cas non urgents).

Certaines des questions posées par l'*Enquête sur l'accès aux services de santé* ont porté sur les difficultés d'accéder aux services de premier contact pour des services de santé de routine ou de suivi, pour de l'information ou des conseils en matière de santé ainsi que pour des soins immédiats afin de traiter un problème particulier.

Difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi

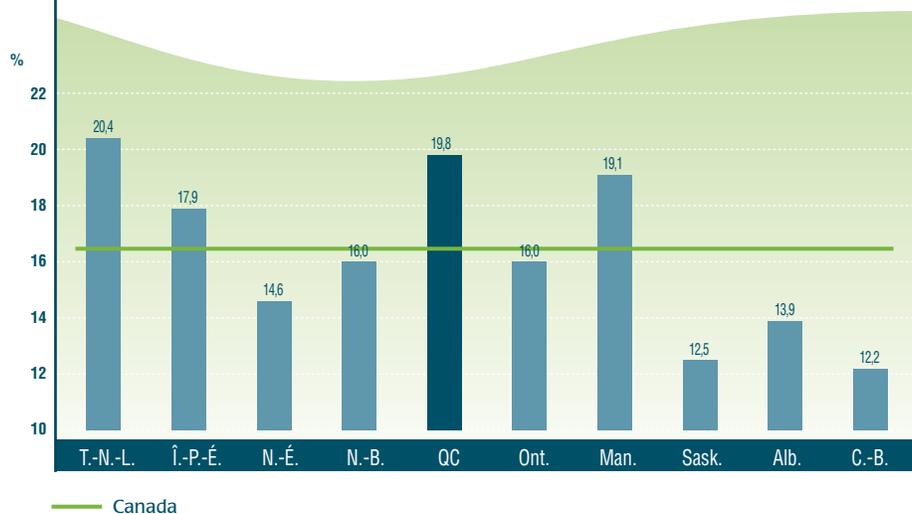
DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir les services de santé de routine ou de suivi dont elle avait besoin, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

RÉSULTATS

Parmi les Québécois qui ont eu besoin de services de santé de routine ou de suivi en 2003, près de 20 % affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir ces services à n'importe quel moment de la journée (graphique 8.1). Ce taux est un peu plus élevé que celui de la moyenne canadienne.

GRAPHIQUE 8.1
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus¹ ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

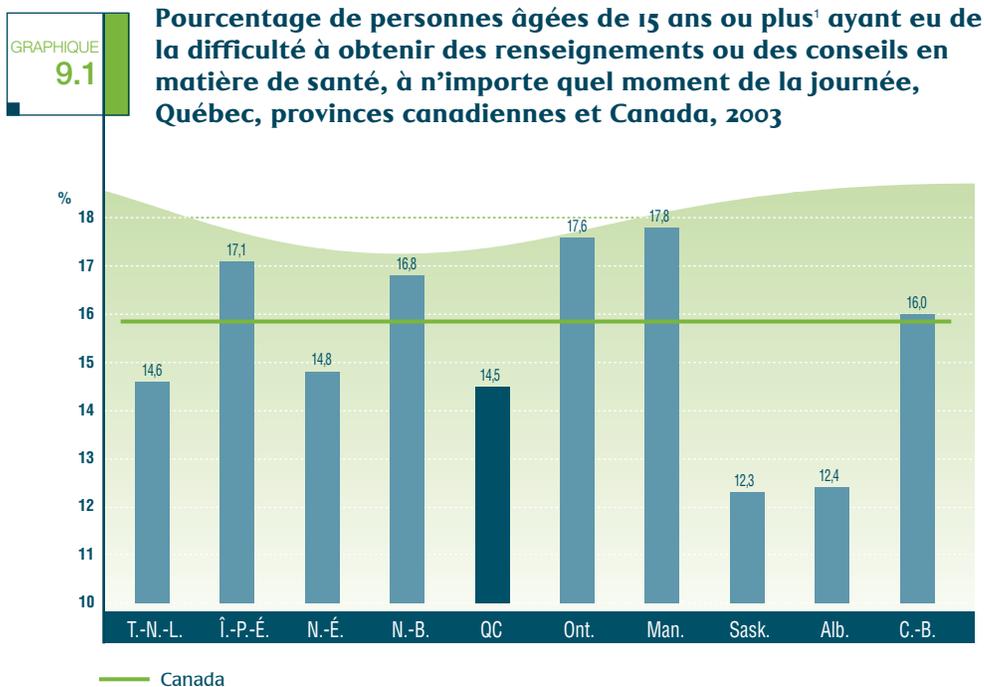
Difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir les conseils dont elle avait besoin en matière de santé, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

RÉSULTATS

En 2003, parmi les Québécois qui ont eu besoin de renseignements ou de conseils en matière de santé, 15 % affirmaient avoir eu de la difficulté à obtenir ces conseils à n'importe quel moment de la journée. En comparaison avec la moyenne canadienne, le Québec fait bonne figure (graphique 9.1).



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

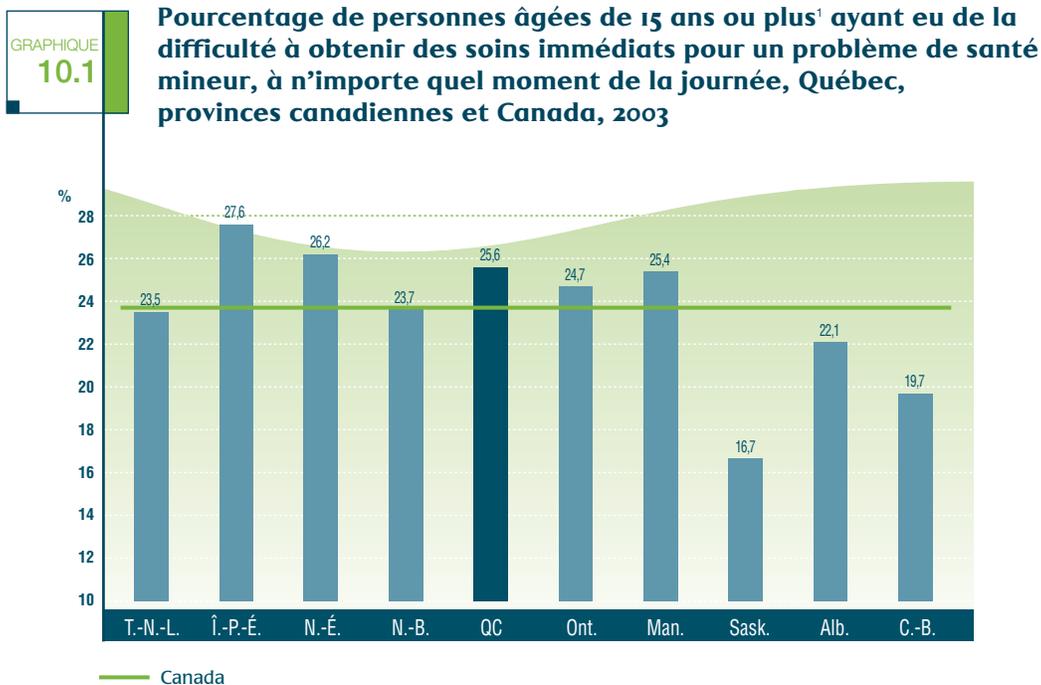
Difficultés à obtenir des soins immédiats

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

RÉSULTATS

Parmi les Québécois qui ont eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours de l'année 2003, 26 % ont affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir ces soins à n'importe quel moment de la journée (graphique 10.1). Ce taux est supérieur à la moyenne canadienne (24 %).



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

11 DÉLAIS D'ATTENTE DÉCLARÉS POUR DES TESTS DIAGNOSTIQUES

Même si la grande majorité des personnes ayant besoin de soins les reçoivent dans des délais raisonnables et que les soins requis de façon urgente sont donnés en priorité, des listes et des délais d'attente demeurent. Leur diminution est une priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux et des investissements majeurs sont consentis à cet effet.

La collecte et la présentation systématiques des données sur les délais d'attente sont relativement nouvelles au Canada, si bien que la comparabilité des données sur les délais est actuellement très limitée.

Le rapport présente donc les délais d'attente déclarés par les personnes pour l'obtention de services diagnostiques. Ces services incluent des tests non urgents, soit l'imagerie par résonance magnétique, les tomographies et les angiographies. Ces données proviennent de *l'Enquête sur l'accès aux services de santé*.

DÉFINITION

Le délai désigne le temps d'attente déclaré (nombre de semaines) par une personne âgée de 15 ans ou plus entre le moment où elle et son médecin déterminent le besoin d'un test diagnostique et la date à laquelle le service est reçu durant les douze mois précédant l'enquête. Les calculs excluent donc les réponses fournies par les personnes toujours en attente.

Deux mesures sont utilisées : le délai médian et la distribution des délais.

Le délai médian est une mesure qui partage les patients en deux groupes égaux en nombre, soit la moitié des patients qui attendent moins longtemps et l'autre moitié qui attendent plus longtemps que le nombre médian de semaines.

La distribution des délais est le pourcentage des patients ayant eu besoin d'un test diagnostique qui ont attendu moins d'un mois, entre deux et trois mois ou plus de trois mois pour recevoir le service, et ce, au cours des douze mois précédant l'enquête.

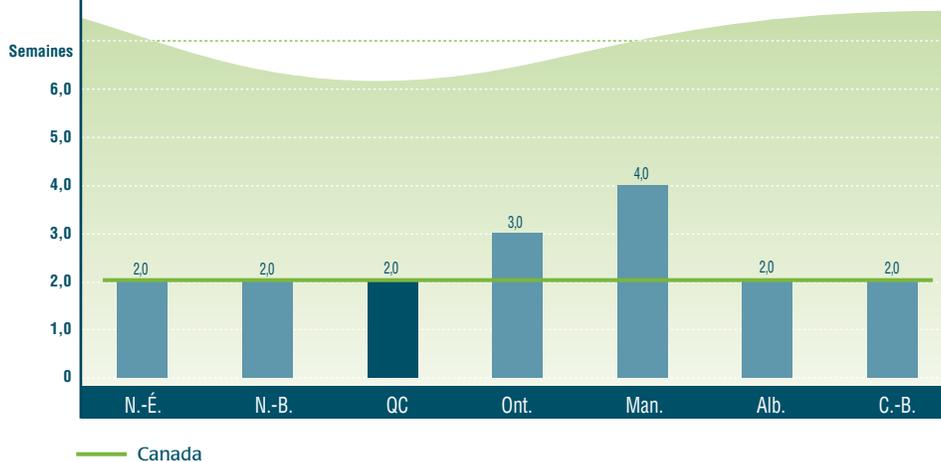
RÉSULTATS

Au Québec, le délai d'attente médian pour des tests diagnostiques se situe à deux semaines (graphique 11.1). Cela signifie que 50 % des personnes ayant eu recours à ces services ont attendu moins de deux semaines, et que 50 % ont attendu plus de deux semaines. Ce délai est équivalent à celui de l'ensemble du Canada.

La majorité des Québécois qui ont eu besoin de tests diagnostiques ont pu les obtenir dans un délai de moins de un mois (graphique 11.2). De fait, un peu plus de 61 % des personnes ont pu passer un test dans le mois suivant leur orientation par un médecin. Pour l'ensemble du Canada, cette proportion est de 58 %. L'attente a été de un à trois mois pour 29 % des Québécois, soit une proportion comparable à la moyenne canadienne (voir le tableau de données du graphique 11.2 en annexe).

GRAPHIQUE
11.1

Délai d'attente médian, en nombre de semaines, pour des tests diagnostiques¹, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003



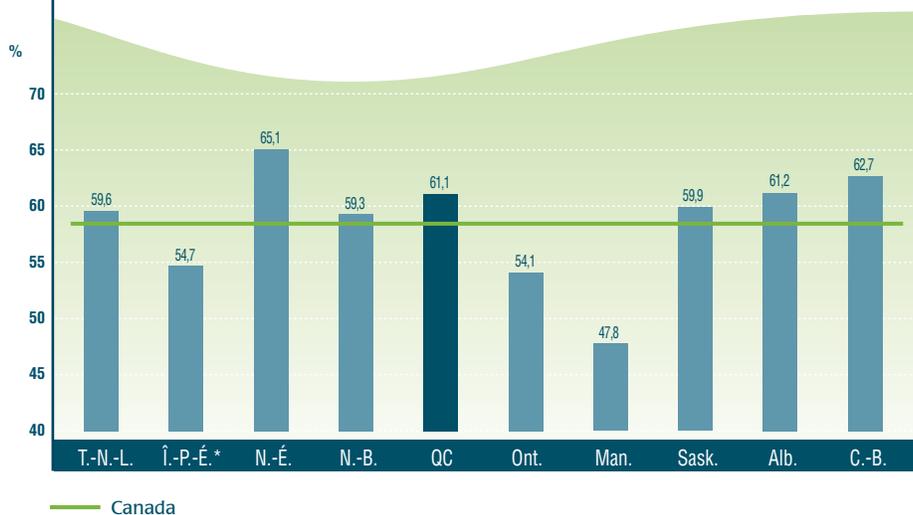
* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence pour les provinces sélectionnées et le Canada

1. Les données sont ajustées selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, 2003.

GRAPHIQUE
11.2

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus¹ ayant déclaré un délai d'attente de moins de un mois pour des tests diagnostiques, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, 2003.

12 DÉPENSES DES MÉNAGES CONSACRÉES AUX MÉDICAMENTS PRESCRITS

La plupart des régimes d'assurance médicaments provinciaux couvrent le coût des médicaments prescrits pour certaines tranches de la population (par exemple, les personnes âgées et les prestataires de l'assistance-emploi). Contrairement aux autres provinces canadiennes, le Québec a choisi de mettre en place, le 1^{er} janvier 1997, un régime universel et obligatoire couvrant la totalité de la population québécoise. Ce régime se compose d'un volet public et d'un volet privé. Le régime public est financé par une contribution à l'achat ainsi qu'une prime annuelle établie au moment de la production de la déclaration de revenus du Québec. Les régimes privés se financent de façon semblable, par le paiement d'une contribution à l'achat ainsi que par le versement d'une prime d'assurance partagée entre l'employeur et les employés selon les modalités du régime.

Les régimes d'assurance médicaments provinciaux présentent entre eux des différences importantes, si bien qu'il est difficile de disposer de données précises, uniformes et comparables dans ce domaine. L'indicateur publié dans le présent rapport provient d'une source commune d'information, soit l'*Enquête sur les dépenses des ménages*, de Statistique Canada. Un ménage peut comprendre plusieurs familles ou un certain nombre de personnes non apparentées (ex. : des colocataires).

Cet indicateur est produit pour la première fois dans le cadre de l'exercice des indicateurs comparables.

Les résultats des provinces affichent des différences parfois importantes. Ces différences peuvent s'expliquer par divers facteurs, en particulier, par l'étendue et le mode de couverture qui varient d'une province à l'autre, ainsi que par la possibilité qu'au Québec, des déclarations des dépenses incluent, par erreur, la prime d'assurance médicaments du régime public.

L'annexe technique présente d'autres facteurs importants à considérer dans l'interprétation des résultats des provinces.

DÉFINITION

Les répondants doivent inscrire au questionnaire combien ils estiment que le ménage a dépensé, au cours de l'année, pour des médicaments prescrits par un médecin.

L'indicateur retenu représente donc le pourcentage du revenu net d'impôt que les ménages estiment avoir consacré à l'achat de médicaments prescrits.

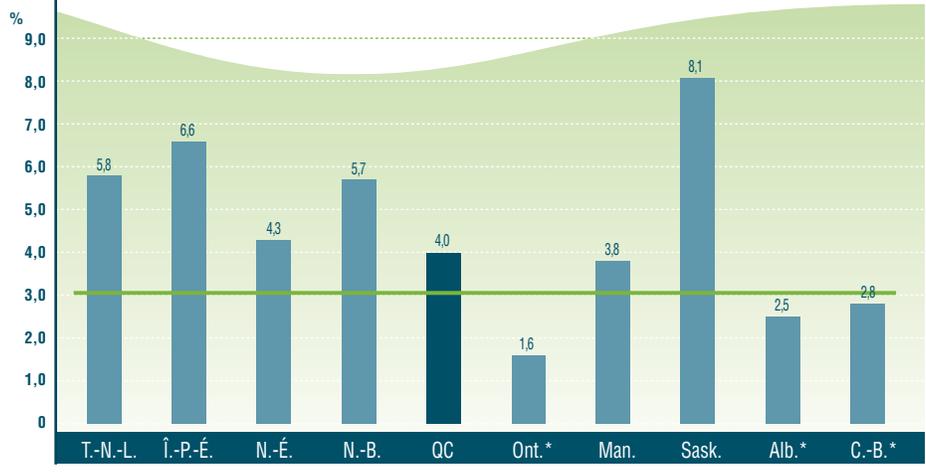
RÉSULTATS

En 2002, 3 % des ménages canadiens ont évalué avoir déboursé plus de 5 % de leur revenu annuel net d'impôt afin de se procurer des médicaments prescrits (graphique 12.1). Selon les données recueillies, les sommes consacrées à l'achat de médicaments semblent plus élevées dans les provinces de l'Atlantique comparativement au Québec et moins élevées, règle générale, dans les provinces à l'ouest du Québec.

De 1997 à 2002, le pourcentage des ménages québécois dont les déboursés personnels en médicaments prescrits excèdent 5 % du revenu net d'impôt a augmenté, passant de 3,6 % en 1997 à 4 % en 2002 (graphique 12.2). Au niveau canadien, on constate également une tendance à la hausse sur l'ensemble de la période. L'augmentation de la consommation de médicaments par habitant et le prix d'entrée sur le marché, plus élevé, des nouveaux médicaments sont certes des facteurs qui concourent à l'augmentation du pourcentage.

GRAPHIQUE
12.1

Pourcentage des ménages¹ qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2002



— Canada

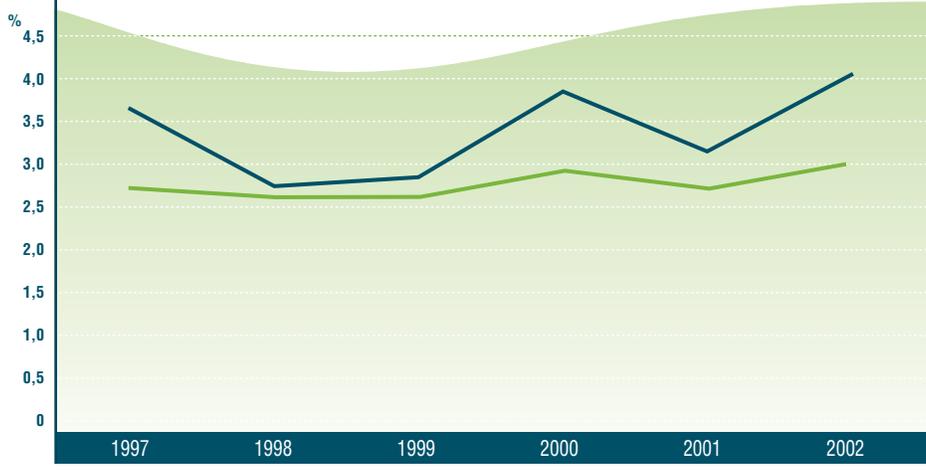
* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur les dépenses des ménages*, 2002.

GRAPHIQUE
12.2

Évolution du pourcentage des ménages¹ qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits, Québec et Canada, 1997-2002



— Québec — Canada

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur les dépenses des ménages*, 1997 à 2002.

13 HOSPITALISATIONS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES

Les professionnels de la santé s'accordent généralement sur le fait que la prise en charge adéquate en soins de santé ambulatoires (dans la collectivité) pour des problèmes comme l'asthme, le diabète, l'hypertension, l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que la dépression névrotique réduit l'hospitalisation. Cela permet notamment d'améliorer la santé du patient et de faire des économies, car les soins ambulatoires sont habituellement moins dispendieux que les soins hospitaliers.

Souvent, ces problèmes de santé peuvent être réglés avec un traitement rapide et efficace, dans la collectivité, sans qu'il y ait hospitalisation. La prise en charge dans la collectivité conduit à de meilleurs résultats en matière de santé et contribue à une utilisation plus efficace et efficace des ressources.

L'indicateur « hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires » est établi à partir d'informations tirées du dossier hospitalier du patient, qui sont ensuite codées dans la base de données sur la morbidité hospitalière MED-ECHO¹.

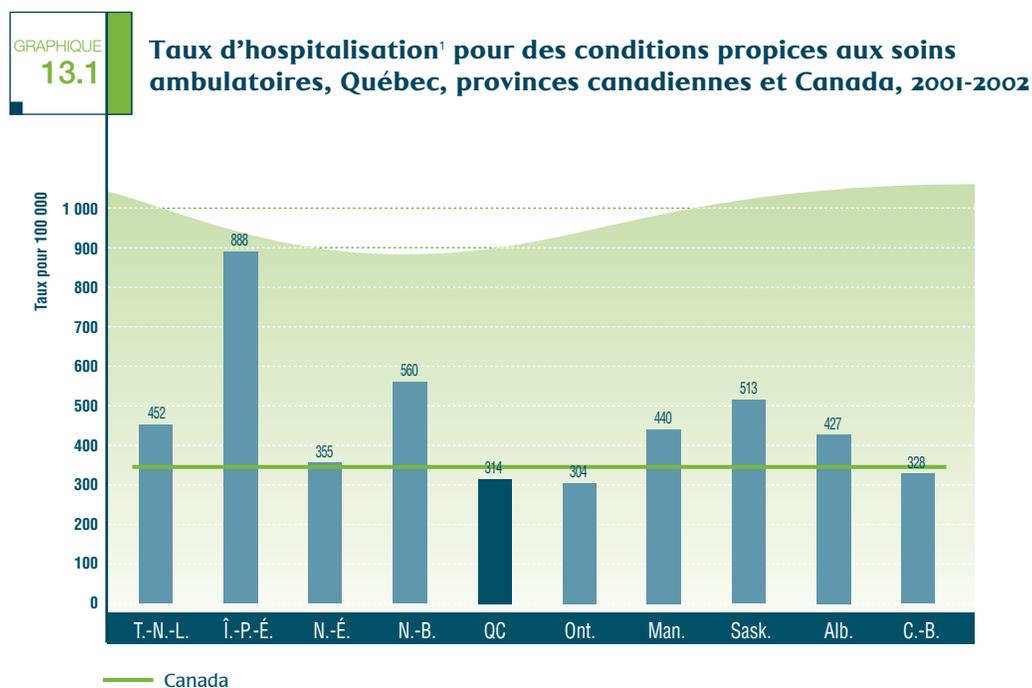
DÉFINITION

Il s'agit du taux d'hospitalisation en soins de courte durée ajusté en fonction de l'âge pour des problèmes de santé pour lesquels des soins ambulatoires appropriés préviennent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation.

RÉSULTATS

En 2001-2002, les taux d'hospitalisation des provinces canadiennes affichent des variations importantes. En effet, ils se situent entre 304 et 888 hospitalisations pour 100 000 habitants (graphique 13.1). À cet égard, le taux du Québec, de 314 hospitalisations pour 100 000 habitants, est inférieur de 9 % à la moyenne canadienne et est le deuxième plus bas au Canada.

Pendant toute la période à l'étude, les taux canadien et québécois d'hospitalisation pour des problèmes de santé liés au diabète, à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à la dépression névrotique, à l'hypertension et à l'asthme n'ont cessé de diminuer (graphique 13.2). En effet, au cours de la période 1995-1996 à 2001-2002, le taux québécois est passé de 447 hospitalisations pour 100 000 habitants à 314 et le taux canadien, de 503 à 346, ce qui représente une diminution annuelle moyenne de près de 6 % tant pour le Québec que pour le Canada.



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

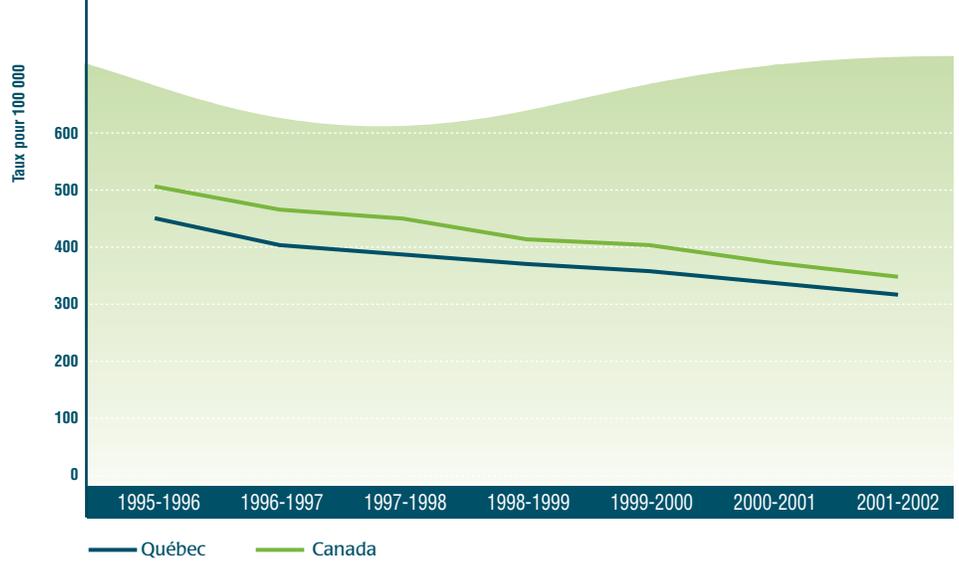
Sources :

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la morbidité hospitalière, 2001-2002*;
- Statistique Canada, *Données du recensement de 2001*.
- Institut de la statistique du Québec

1. MED-ÉCHO est l'abréviation de : Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.

GRAPHIQUE
13.2

Évolution du taux d'hospitalisation¹ pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec et Canada, 1995-1996 à 2001-2002



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Sources :

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la morbidité hospitalière*, 1995-1996 à 2001-2002;
- Statistique Canada, *Données du recensement de 2001*.
- Institut de la statistique du Québec



Satisfaction à l'égard des services offerts

- Ensemble des services de santé
- Soins de santé dans la communauté
- Services Info-Santé
- Services hospitaliers
- Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

La satisfaction du patient est une source d'information complémentaire sur l'évaluation de la qualité des services et des soins. Il s'agit d'un indicateur important car on demande aux patients d'évaluer, non pas leur état de santé après avoir été soignés, mais plutôt leur satisfaction quant à la manière dont les services ou les soins qu'ils ont reçus leur ont été donnés.

Grâce à des sondages effectués auprès de la population afin d'évaluer son degré de satisfaction, les gouvernements recueillent une information qui les aide à prendre des décisions et à élaborer leur planification stratégique.

**CERTAINS VOILETS DE SERVICES ONT ÉTÉ
RETENUS POUR MESURER LA SATISFAC-
TION DE LA POPULATION À L'ÉGARD DE
NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ :**

- ensemble des services de santé;
- soins de santé dans la communauté;
- services Info-Santé;
- services hospitaliers;
- services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin.

14 ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ

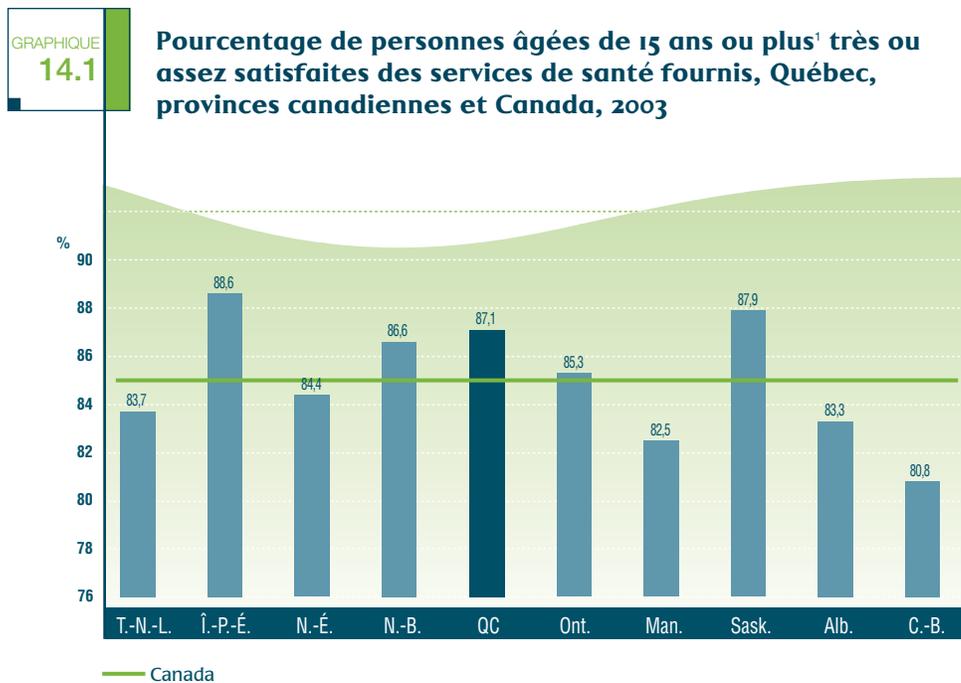
DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services de santé, en général, ont été fournis.

RÉSULTATS

Le pourcentage de Québécois très ou assez satisfaits de la manière dont les services de santé leur ont été donnés atteint 87 % en 2003. Ce taux de satisfaction est supérieur à la moyenne canadienne de 85 % (graphique 14.1).

De façon générale, le degré de satisfaction augmente avec l'âge. Ce sont donc les personnes âgées de 65 ans ou plus qui se disent les plus satisfaites de la manière dont les services de santé ont été fournis. Pour quatre des six groupes d'âge représentés, les femmes montrent plus de satisfaction que les hommes. Cet écart entre les sexes est particulièrement marqué dans le groupe des 35-44 ans (graphique 14.2).

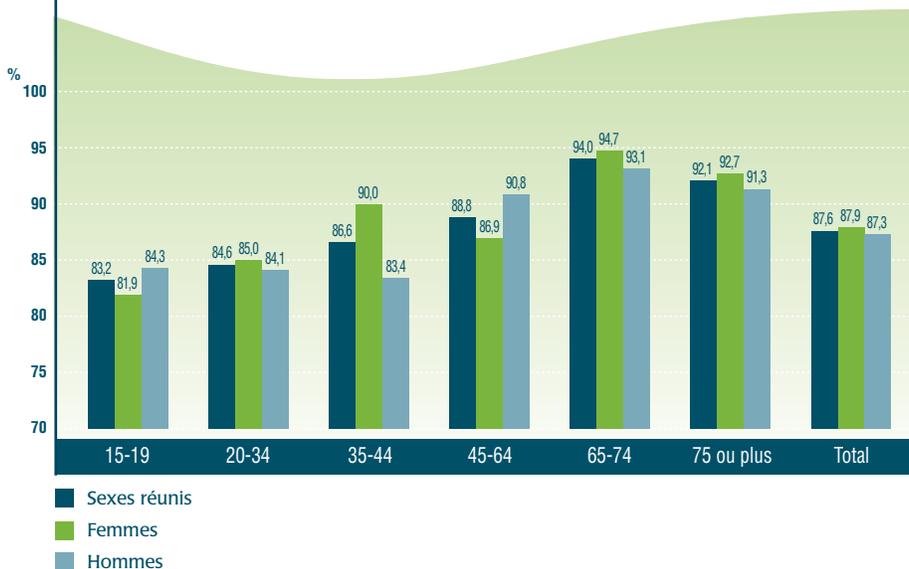


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
14.2

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, selon le sexe et le groupe d'âge¹, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

15 SOINS DE SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

Pour les besoins de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), les soins de santé dans la communauté englobent tous les soins de santé donnés à l'extérieur de l'hôpital et du cabinet du médecin (ex. : soins infirmiers à domicile, conseils ou traitements à domicile, soins personnels, cliniques sans rendez-vous).

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les soins de santé offerts dans la communauté ont été fournis.

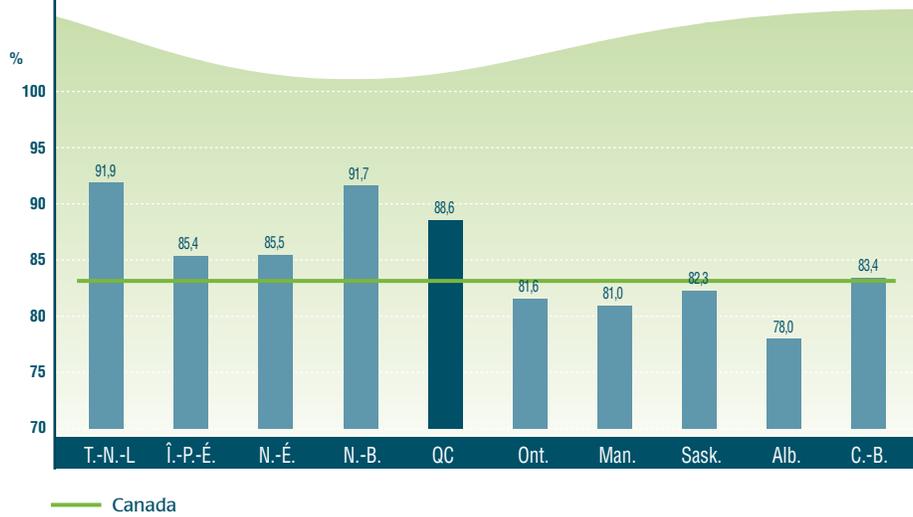
RÉSULTATS

En 2003, neuf Québécois sur dix jugeaient très ou assez satisfaisante la manière dont les soins de santé offerts dans la communauté ont été fournis. Ce taux de satisfaction est supérieur à la moyenne canadienne de 83 % (graphique 15.1).

Les données comparatives provenant de l'enquête montrent que les Québécois les moins satisfaits se retrouvent parmi les groupes des 20-34 et 35-44 ans, et plus particulièrement les femmes en ce qui concerne ce dernier groupe d'âge. Les personnes âgées se disent les plus satisfaites de la manière dont les soins de santé reçus dans la communauté ont été fournis (graphique 15.2).

GRAPHIQUE
15.1

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus¹ très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

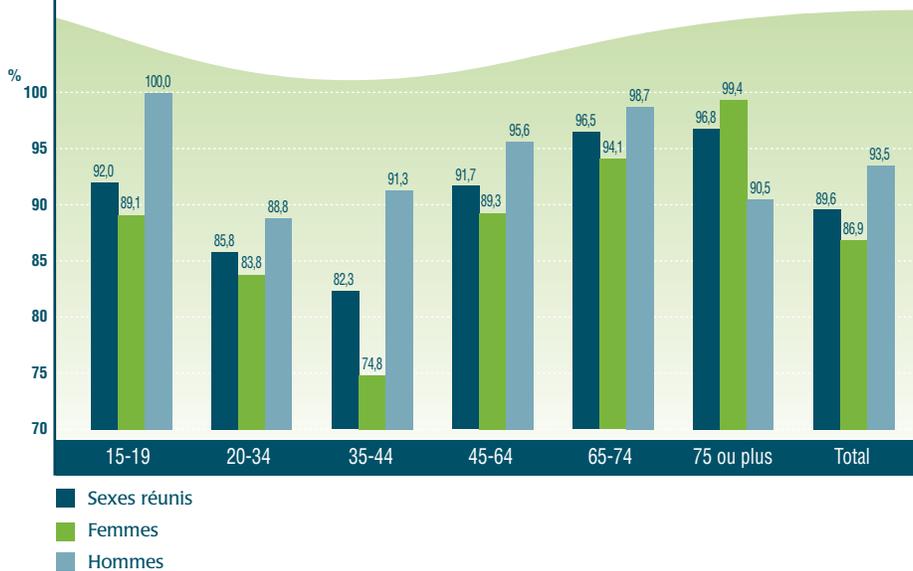


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
15.2

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus¹ très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

16 SERVICES INFO SANTÉ

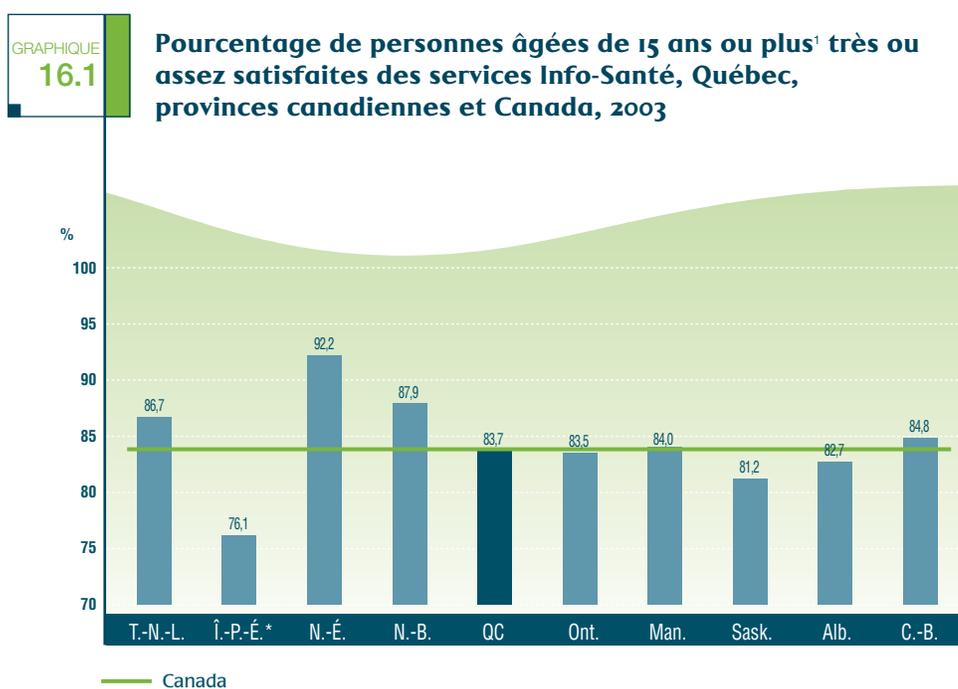
DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services Info-Santé (services de ligne d'information téléphonique sur la santé) ont été fournis.

RÉSULTATS

Le pourcentage de Québécois très ou assez satisfaits de la manière dont les services Info-Santé ont été fournis atteignait 84 % en 2003, soit le même que la moyenne canadienne (graphique 16.1).

Au Québec, les hommes semblent plus satisfaits de ce service que les femmes, et plus particulièrement les hommes âgés de 35 à 44 ans et de 45 à 64 ans, pour lesquels les taux de satisfaction dépassent 95 % (graphique 16.2).



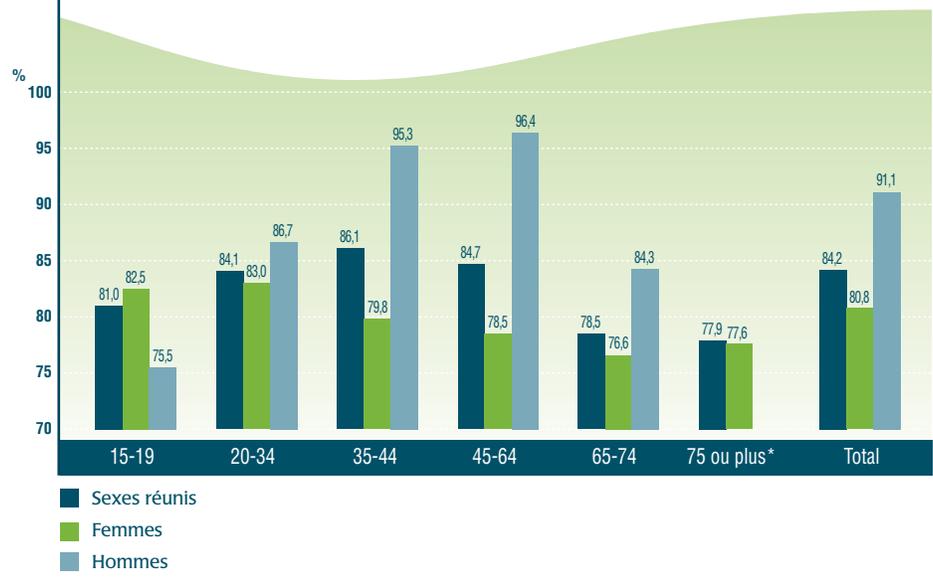
* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence.

1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
16.2

Pourcentage de personnes¹ âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, selon le sexe et le groupe d'âge², Québec, 2003



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence pour les femmes de 75 ans ou plus.

1. Les données relatives aux hommes âgés de 75 ans ou plus ont été supprimées en raison d'un coefficient de variation trop élevé.
2. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

17 SERVICES HOSPITALIERS

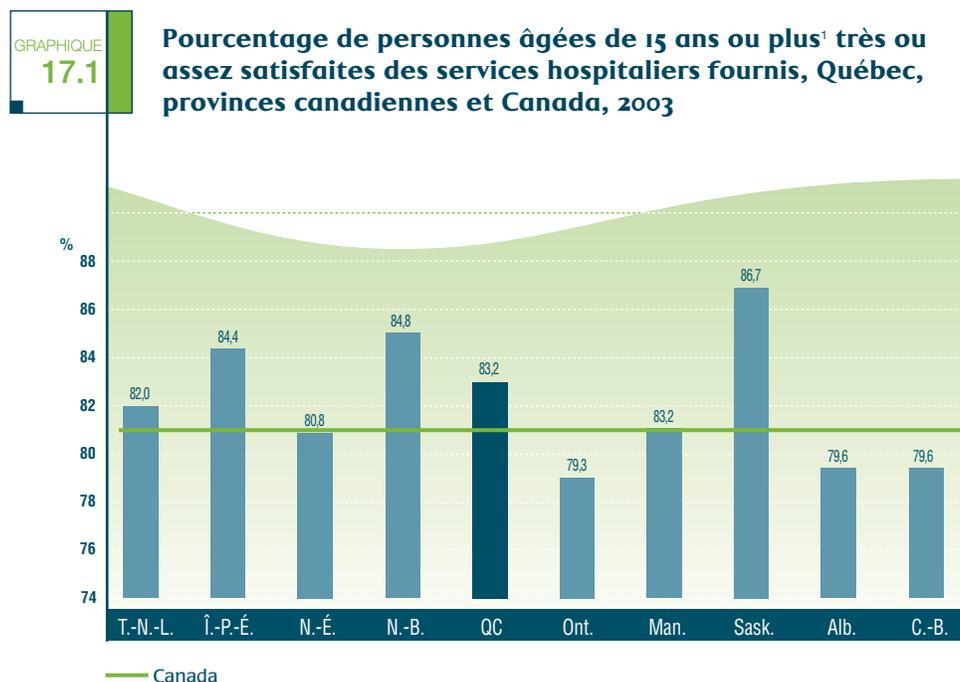
DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis.

RÉSULTATS

En 2003, 83 % des Québécois étaient très ou assez satisfaits de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis (graphique 17.1). Ce taux est supérieur à la moyenne canadienne (81 %).

Au Québec, de façon générale, les hommes semblent la clientèle la plus satisfaite des services hospitaliers reçus. Le taux de perception positive atteint et dépasse 90 % chez les hommes âgés de 35 ans ou plus. Le taux de satisfaction le plus faible, avec un écart marqué par rapport au reste de la population, se retrouve dans les groupes des 15-19 et 20-34 ans des deux sexes (graphique 17.2).

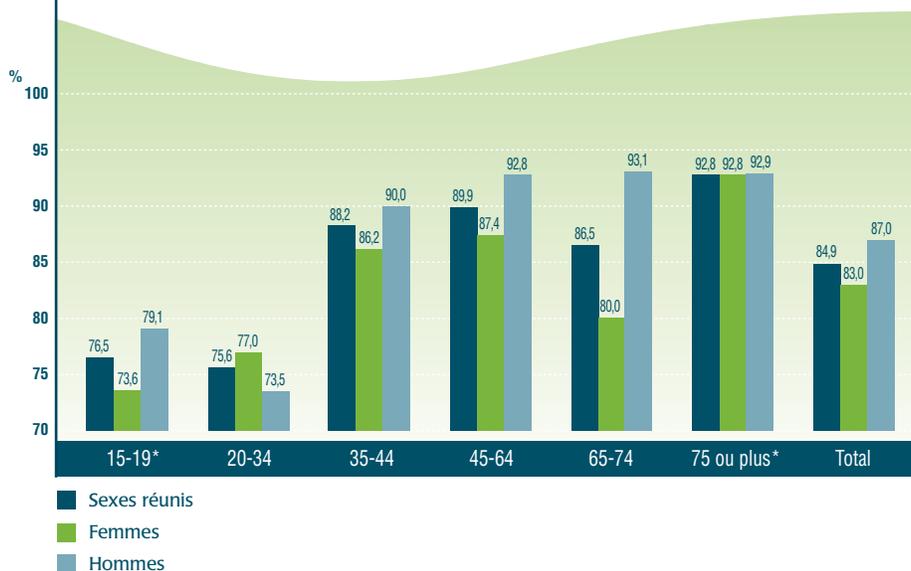


1. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
17.2

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, selon le sexe et le groupe d'âge¹, Québec, 2003



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %, interpréter avec prudence pour ces groupes : hommes de 15-19 ans, 75 ans ou plus et femmes de 15-19 ans.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

18 SERVICES REÇUS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE OU D'UN AUTRE MÉDECIN

Pour la population, le médecin de famille est souvent le premier point de contact avec le système de santé. Plusieurs sont d'avis que le médecin de famille permet l'accès à une variété de services, y compris, outre les services de première ligne, les services plus spécialisés.

DÉFINITION

Il s'agit du pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la façon dont les services de santé ont été donnés par un médecin de famille ou par un médecin spécialiste (à l'exclusion des services reçus en milieu hospitalier).

RÉSULTATS

Les Québécois ont une appréciation favorable des services reçus d'un médecin (graphique 18.1). Plus de 93 % se sont dits satisfaits ou assez satisfaits de la manière dont les services ont été obtenus à l'occasion de leur plus récente rencontre avec un médecin de famille ou un autre médecin. Leur degré de satisfaction est supérieur à la moyenne canadienne et est l'un des plus élevés parmi les provinces.

Les taux de satisfaction les plus faibles sont ceux des groupes d'âge les plus jeunes, soit les 15 à 19 ans et les 20 à 34 ans. De tous les groupes sondés dans l'enquête, les femmes de 15 à 19 ans ont le taux de satisfaction le plus faible, avec 88 %. Le degré de satisfaction exprimé par les hommes est plus élevé que celui des femmes (graphique 18.2). Dans tous les groupes d'âge, les hommes affichent un taux de satisfaction supérieur à celui des femmes. Les hommes de 15 à 19 ans ont le taux de satisfaction le plus élevé, avec 98 %. Le groupe d'âge des 65 à 74 ans est celui qui présente la plus forte appréciation des services reçus, avec 96 %.

GRAPHIQUE
18.1

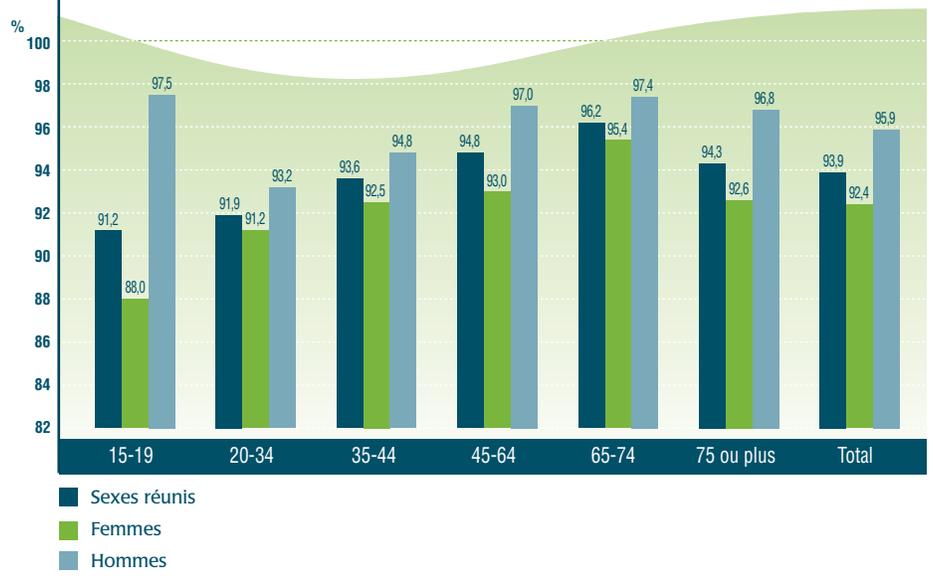
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus¹ très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003



1. Les taux sont ajustés selon l'âge.
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

GRAPHIQUE
18.2

Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, selon le sexe et le groupe d'âge¹, Québec, 2003



1. Les données sont brutes (non ajustées).
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

Annexe technique



RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Au gouvernement du Québec,

J'ai vérifié les 18 indicateurs de santé présentés aux pages 62 à 99 de l'annexe technique du *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* de novembre 2004 préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce rapport est publié en vertu de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, lequel fait suite au *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en 2000. La Conférence des sous-ministres de la santé a identifié et défini les indicateurs particuliers devant faire l'objet d'un rapport aux Canadiens et Canadiennes. La responsabilité de la reddition de comptes relative aux indicateurs de santé incombe au MSSS.

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur l'intégralité, l'exactitude et la présentation adéquate, tel qu'énoncé dans l'annexe A de mon rapport, des 18 indicateurs de santé en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte par le système de santé du Québec, ni de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de santé retenus. Mes travaux se sont limités à l'information qui concernait l'année la plus récente faisant état de chaque indicateur vérifié. Aussi, mon travail sur les analyses et commentaires présentés de la page 1 à 56 s'est limité à lire cette information afin de m'assurer que celle-ci n'était pas incohérente avec le résultat des indicateurs vérifiés.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les paragraphes suivants, ma vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Ma vérification comprend également l'évaluation des estimations importantes faites dans l'annexe technique de ce rapport par la direction du MSSS.

Le résultat publié par le MSSS pour l'indicateur « Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires » repose sur les données issues du système MED-ÉCHO, lesquelles n'ont pu être vérifiées moyennant un effort raisonnable à cause de l'absence de contrôle assurant la fiabilité des données. Il aurait fallu vérifier la codification d'un nombre trop important de dossiers pour pouvoir conclure sur la fréquence des erreurs de données. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements au résultat de cet indicateur, de même qu'à celui de 1999-2000 qui avait fait l'objet de la même restriction dans mon rapport du vérificateur de 2002.

De plus, l'indicateur « Prévalence du diabète » dont le résultat publié est le même que celui présenté dans le rapport du MSSS de 2002 n'est pas conforme aux caractéristiques techniques approuvées lors de la Conférence des sous-ministres. Au Québec, les praticiens qui posent un tel diagnostic ne sont pas tenus d'en faire la déclaration. Tout comme en 2002, je n'ai donc pu m'assurer de l'intégralité des cas diagnostiqués. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il serait nécessaire d'apporter des redressements au résultat de cet indicateur.

À mon avis, à l'exception des 2 indicateurs mentionnés aux paragraphes précédents, les 16 autres indicateurs de santé compris dans le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* de novembre 2004, donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation selon les critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport.

Le rapport du MSSS inclut des indicateurs de santé comparables concernant d'autres gouvernements (provinciaux et fédéral). Les indicateurs de santé pour certaines des provinces de même que pour les programmes du gouvernement canadien ont été vérifiés par des vérificateurs législatifs alors que, pour d'autres provinces, des vérificateurs législatifs ont été engagés afin d'appliquer des procédés de vérification spécifiés. L'annexe B de mon rapport inclut une explication sur la différence entre ces deux types de missions ainsi que des détails sur la nature de la mission effectuée au regard de chacune des administrations. Les résultats et les observations des vérificateurs découlant des missions relatives aux autres administrations sont inclus dans les rapports respectifs des gouvernements et ils ne sont pas reproduits dans le rapport du MSSS ni vérifiés par nous.

Ce deuxième rapport sur les indicateurs s'inscrit dans un processus de continuité pour renseigner les Québécoises et Québécois sur les progrès accomplis et les principaux résultats dans le renouvellement des soins de santé par l'utilisation d'indicateurs comparables. Je considère que le travail accompli par le MSSS dans la préparation de ce rapport sur les indicateurs de santé est encourageant. J'invite le MSSS à poursuivre ses efforts afin d'améliorer l'infrastructure de données nécessaire et de renforcer sa reddition de comptes à la population.

Le vérificateur général

RENAUD LACHANCE, CA

Québec, le 25 novembre 2004

Critères d'évaluation

Le MSSS a reconnu la pertinence des critères suivants :

Intégralité

Suivant l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, la Conférence des sous-ministres a approuvé 70 indicateurs, incluant un sous-ensemble de 18 indicateurs sélectionnés que toutes les administrations doivent présenter dans leurs rapports de 2004. Tous les indicateurs de santé présentés sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées. Les 18 indicateurs sont publiés.

Exactitude

Les indicateurs de santé faisant l'objet de ma vérification reflètent correctement les faits, à un niveau approprié et constant d'exactitude, incluant la capacité de faire des comparaisons entre les administrations et avec le rapport de 2002 pour chaque administration, lorsqu'applicable.

Présentation adéquate

Les indicateurs de santé sont définis et leur signification respective ainsi que leurs limites sur les données sont expliquées. Le rapport signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres et explique les mesures envisagées afin de résoudre les dérogations.

Vérification de l'information comparative provenant des autres gouvernements

Les gouvernements du Canada, des territoires et des provinces ont adopté différentes approches dans le but de satisfaire à l'exigence de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* concernant la « vérification par une tierce partie » de leur rapport sur la santé. Certains gouvernements ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification au sujet de l'information présentée dans leur rapport sur la santé et d'autres ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués. Les paragraphes ci-dessous exposent les principales différences entre une mission de certification et celle consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Pour une comparaison complète, veuillez vous référer au chapitre 5025 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA)* en ce qui a trait aux missions de certification et au chapitre 9100 en ce qui a trait aux missions consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Je crois, pour les raisons présentées dans les paragraphes suivants, qu'une vérification conduite selon le chapitre 5025 du *Manuel de l'ICCA* est l'approche à préconiser.

Dans une mission de vérification, la responsabilité du vérificateur consiste à fournir une assurance aux utilisateurs, sous la forme d'une opinion de vérification, relativement à l'information présentée dans un rapport préparé par la direction. Le vérificateur détermine la nature, l'étendue, le calendrier d'application ainsi que le caractère suffisant et adéquat des procédés de vérification, lesquels, selon son jugement, sont nécessaires pour fournir un niveau élevé d'assurance sur le sujet en question, en l'occurrence sur les indicateurs de santé inclus dans le rapport sur la santé.

Dans une mission consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés, la responsabilité du vérificateur est de faire rapport sur les résultats de l'application de procédés de vérification spécifiés par la direction. Comme l'étendue des procédés de vérification spécifiés peut varier selon les missions, ces dernières sont difficilement comparables. Et comme l'étendue des procédés appliqués n'est pas suffisante pour constituer une vérification, les rapports ne permettent pas d'exprimer une opinion de vérification. Les rapports indiquent quels procédés ont été appliqués et uniquement les résultats factuels découlant de ces procédés, laissant au lecteur le soin de déterminer la fidélité de l'information.

Le tableau suivant énumère les gouvernements qui ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification sur l'information présentée dans leur rapport sur la santé et ceux qui ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués.

Opinion de vérification (ICCA 5025)	Procédés de vérification spécifiés (ICCA 9100)
Colombie-Britannique	Alberta
Saskatchewan	Ontario
Manitoba	Nouveau-Brunswick
Québec	Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve-et-Labrador
Yukon	
Territoires du Nord-Ouest	
Nunavut	
Canada	

ANNEXE TECHNIQUE

L'annexe technique comprend deux sections. La première apporte des précisions additionnelles, d'ordre méthodologique, sur la démarche proposée. La seconde présente les caractéristiques techniques pour chaque indicateur retenu, soit : la définition, la méthode de calcul utilisée pour produire l'indicateur, les exclusions et les limites relatives à la qualité et à la comparabilité des données, ainsi que les tableaux de données accompagnés des notes méthodologiques et des sources d'information consultées.

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses plus fines peuvent en outre consulter la documentation complète sur la démarche des indicateurs comparables aux adresses Web suivantes :

STATISTIQUE CANADA :

www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) :

www.icis.ca/indicateurs-comparables.

Les informations présentées dans les sites Web de Statistique Canada et de l'ICIS n'ont pas fait l'objet d'une vérification de la part du Vérificateur général du Québec.

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Sélection des indicateurs comparables

La sélection des indicateurs comparables dans le domaine de la santé, pour 2004, a été effectuée à partir d'une révision de la liste initiale d'indicateurs établie dans le cadre du Communiqué de 2000 sur la santé. Ont également été considérés la capacité de mettre au point de nouveaux indicateurs comme le demandait l'Accord de 2003 et les résultats issus des consultations tenues auprès de la population ainsi que d'organismes et d'intervenants du réseau de la santé.

Cet exercice a permis d'établir une première liste d'indicateurs, celle-ci ayant servi de point de départ pour le travail de sélection finale. Pour qu'un indicateur soit retenu sur la liste de 2004, il devait satisfaire à quatre critères.

Comparable – L'indicateur peut-il être défini et interprété de façon comparable dans toutes, ou presque toutes les provinces ? L'uniformité est-elle possible entre les provinces ? L'indicateur est-il déjà disponible sur une base évolutive afin de suivre les changements ?

Pertinent – L'indicateur est-il facilement compréhensible et interprétable par le public ? L'indicateur est-il une bonne mesure du système de santé ? L'indicateur est-il utile aux décideurs ? L'Accord de 2003 mentionne-t-il cet indicateur ?

Techniquement valable – Existe-t-il une définition commune claire de cet indicateur ? Les données à utiliser sont-elles suffisamment exactes et complètes ? L'indicateur mesure-t-il ce qui est prévu ?

Applicable – Cet indicateur est-il accessible pour la plupart des provinces en 2004 ? Les données sont-elles suffisamment récentes ?

Ces critères ont servi de fondement à l'examen, au raffinement et à la sélection des indicateurs proposés. Cela étant, des suggestions, des améliorations, des ajouts et des suppressions sont à prévoir en fonction des priorités politiques ainsi que de l'existence de nouvelles données valables et comparables.

Sélection d'un sous-ensemble d'indicateurs de base

L'application des critères de sélection a conduit à ajouter quelques indicateurs, et à en retirer certains de la liste ou à les reporter dans un prochain rapport étant donné l'ampleur du travail technique à accomplir pour les produire sur une base comparable.

Au total, 70 indicateurs ont été déterminés pour l'exercice de 2004. Cette liste a été dressée en tenant compte à la fois des impératifs techniques et politiques afin de s'assurer que les indicateurs sont compréhensibles pour le public, qu'ils ont tous un format semblable et comparable et qu'ils répondent aux exigences de l'Accord de 2003.

À partir de cette liste, les provinces ont mutuellement convenu de sélectionner un sous-ensemble d'indicateurs à présenter obligatoirement dans les rapports à la population en 2004. Ces indicateurs, au nombre de 18, répondent, en bonne partie, aux besoins d'information exprimés par la population ainsi qu'aux impératifs techniques et politiques sous-jacents à une telle démarche.

L'ensemble des données disponibles et comparables, incluant celles présentées dans ce rapport, est accessible à la population dans les sites Internet de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (dont les adresses apparaissent ci-dessus) qui regroupent l'essentiel des indicateurs et des informations sur la démarche. Les informations accessibles dans ces sites n'ont pas fait l'objet d'une vérification de la part du Vérificateur général du Québec.

Principes encadrant l'élaboration des rapports sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé, en 2004

Des principes directeurs ont été définis par le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité afin d'encadrer la démarche de production des indicateurs comparables dans le domaine de la santé. Ces principes font état des exigences communes requises dans le cadre de la démarche d'élaboration des rapports provinciaux et laissent à chaque province la latitude nécessaire pour faire des choix plus particuliers, en fonction de son propre système.

De plus, ils s'accordent à l'essentiel des préoccupations soulevées par les citoyens et citoyennes qui ont participé aux groupes de discussion, soit : la présentation des données pour l'année la plus récente, et ce, pour l'ensemble de la population; la ventilation des données lorsque celle-ci s'avère pertinente; l'utilisation d'un langage clair pour le rapport, et qui évite autant que possible le jargon technique.

Les principes directeurs

- Chaque province présentera la liste des indicateurs sélectionnés dans son rapport. Une province peut inclure des indicateurs et des renseignements additionnels dans son rapport.
- Les données de l'ensemble des indicateurs de toutes les provinces seront diffusées dans un site Internet commun (ICIS/Statistique Canada).
- Les données doivent être présentées pour l'ensemble de la population. C'est à la province que revient le choix de présenter des données ventilées.

- Les données doivent être présentées pour l'année la plus récente. C'est à la province que revient le choix de présenter des données évolutives.
- En raison du manque d'accessibilité de données ou de limites méthodologiques, des provinces peuvent être dans l'impossibilité de produire certains des indicateurs retenus.
- Les provinces peuvent simplifier le vocabulaire employé dans leur rapport.
- Si une province prévoit inclure dans son rapport des données relatives à une autre province, aux fins de comparaison, elle devra l'en aviser avant la publication du rapport.
- Chaque province rendra public son rapport le 30 novembre 2004 ou avant.
- Les données des sites Internet seront accessibles à la population le 1^{er} décembre 2004.

Mode de présentation des données

Les indicateurs sélectionnés sont présentés en fonction des objectifs qui leur sont associés, soit l'état de santé et les habitudes de vie de la population, l'accès aux services de santé, ainsi que la satisfaction à l'égard des services offerts.

La présentation des données met en évidence les variations entre les provinces et le Canada pour tous les indicateurs comparables. Des tendances dans le temps constatées au Québec et au Canada sont également présentées pour sept des indicateurs retenus :

- perception de l'état de santé;
- tabagisme chez les adolescents;
- activité physique;
- indice de masse corporelle;
- immunisation contre l'influenza (vaccin antigrippal) chez les personnes âgées de 65 ans ou plus;
- dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits;
- taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires.

Enfin, on retrouve des données selon l'âge et le sexe pour le Québec pour douze des indicateurs retenus :

- espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé;
- perception de l'état de santé;
- tabagisme chez les adolescents;
- activité physique;
- indice de masse corporelle;
- immunisation contre l'influenza (vaccin antigrippal) chez les personnes âgées de 65 ans ou plus;
- prévalence du diabète;

- satisfaction des patients pour l'ensemble des services de santé fournis, pour les soins de santé reçus dans la communauté, pour les services Info-Santé, pour les services hospitaliers et pour les services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin.

Les données proviennent d'enquêtes menées par Statistique Canada à l'exception de trois indicateurs, soit : *l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé*, dont certaines informations proviennent des fichiers de décès du Québec; le *taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires*, dont l'information du Québec, nécessaire à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour produire cet indicateur, provient du système MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière); la prévalence du diabète, pour lequel les données québécoises sont transmises à Santé Canada afin d'alimenter le Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Tableaux de données

Les tableaux présentés dans l'annexe technique contiennent les données sur chaque indicateur publié, y compris les notes méthodologiques pertinentes à l'interprétation des tableaux, les sources d'information utilisées et les méthodes de calcul nécessaires à la production des indicateurs.

De plus, pour chaque indicateur, les graphiques et tableaux sont accompagnés de notes qui précisent s'il s'agit de données brutes (non modifiées, présentées telles que recueillies) ou ajustées. Les données présentées sont ajustées en fonction de l'âge et du sexe à l'aide de la méthode directe avec comme population de référence la population canadienne de 1991 (Recensement du Canada). Cette méthode tient compte des variations de structures par âge entre les populations des provinces canadiennes et permet ainsi une comparaison plus juste.

Il convient de souligner que pour les données du Québec ventilées selon le sexe et le groupe d'âge, les pourcentages ou les taux pour l'ensemble sont bruts, ce qui peut expliquer certains écarts avec la donnée ajustée qui, elle, est utilisée dans un contexte de comparaison.

Le calcul de l'espérance de vie (tableaux 2.1, 2.2, 2.3 et 2.4), parce qu'il repose sur une population théorique de 100 000 personnes à la naissance, n'est pas influencé par la structure par âge et par sexe des populations. L'espérance de vie ne résulte que de l'ampleur des taux de mortalité par âge constatée pour une année donnée.

Les trois territoires (Nord-Ouest, Yukon et Nunavut) sont exclus de la comparaison pour des raisons techniques, en particulier parce que les nombres sont relativement bas et rendent difficiles des comparaisons valables. Cependant, la moyenne canadienne est calculée en fonction de l'ensemble des données, y compris les données des territoires lorsqu'elles sont disponibles. Toutefois, l'influence de ces données sur la moyenne canadienne demeure très marginale.

Limites des données

Les limites relatives à la comparabilité des données sont précisées dans le texte ainsi que dans les notes qui accompagnent les tableaux présentés en annexe.

Sauf indication contraire, les différences présentées dans l'analyse des tableaux sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Des consignes relatives aux coefficients de variation¹, qui indiquent la façon d'interpréter les données, ont été fournies par Statistique Canada. Ce sont les suivantes :

- moins de 16,6 % : les données peuvent être interprétées sans restriction;
- de 16,6 % à 33,3 % : les données doivent être interprétées avec prudence (*);
- plus de 33,3 % : les données ne doivent pas être publiées en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage (estimation non fiable (**)).

L'écart entre deux proportions peut être expliqué en partie par la différence entre les taux de non-déclaration lorsque ceux-ci sont élevés et variables d'une catégorie à l'autre.

1. Il s'agit d'un indicateur de dispersion utilisé dans l'analyse d'une variable numérique, il est égal au rapport de l'écart-type par la moyenne et est exprimé en pourcentage. Ce rapport permet de comparer la dispersion autour de la moyenne de variables possédant des échelles de valeurs différentes.

État de santé et habitudes de vie

NUMÉRATEUR: nombre estimatif de personnes âgées de 12 ans ou plus déclarant être en très bonne ou en excellente santé dans un cycle d'enquête pour une province ou un territoire donnés (les réponses possibles sont : santé excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).

DÉNOMINATEUR: population totale âgée de 12 ans ou plus.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

Des incohérences entre les données autodéclarées dans le cadre d'enquêtes auprès de la population et les meilleures estimations provenant d'études épidémiologiques (sous-déclaration d'affections non diagnostiquées, surdéclaration de certaines affections, manque d'information sur la gravité des affections) pourraient expliquer pourquoi l'autoévaluation de la santé n'est pas considérée comme crédible pour tous les groupes. Cet indicateur s'applique aux personnes de 12 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

1 PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui dit être en très bonne ou en excellente santé. Les réponses possibles sur l'état de santé perçu par la population sont les suivantes : santé excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise.

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL: numérateur/dénominateur multiplié par 100, pondéré pour tenir compte des cas de non-réponse.

TABLEAU
1.1

Données du graphique 1.1

Perception de l'état de santé¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	Excellente ou très bonne santé	Bonne santé	Santé passable ou mauvaise	Autoévaluation non déclarée
	%			
Terre-Neuve-et-Labrador	67,4	22,6	10,0	**
Île-du-Prince-Édouard	66,3	24,6	9,1	**
Nouvelle-Écosse	59,9	27,8	12,2	**
Nouveau-Brunswick	52,0	32,8	15,1	**
Québec	58,6	31,6	9,8	0,1*
Ontario	58,3	30,6	11,1	0,1*
Manitoba	62,2	27,5	10,2	**
Saskatchewan	61,5	27,6	10,8	**
Alberta	63,7	26,9	9,2	0,1*
Colombie-Britannique	61,6	28,1	10,3	**
Canada	59,6	29,7	10,6	0,1

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation non fiable.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe, avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
1.2

Données du graphique 1.2

Évolution de la perception de l'état de santé¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003

Année d'enquête	Excellente ou très bonne santé		Bonne santé		Santé passable ou mauvaise		Autoévaluation non déclarée	
	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada
	%							
1994-1995	63,1	63,3	27,2	26,5	9,7	10,2	**	**
1996-1997	64,6	63,9	27,6	26,7	7,8	9,3	**	0,7*
1998-1999	65,6	65,9	26,2	25,2	8,2	8,9	**	0,0
2000-2001	62,8	62,5	26,9	26,1	10,2	11,3	**	0,0*
2003	58,6	59,6	31,6	29,7	9,8	10,6	0,1*	0,1

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation non fiable.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme pour référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Les années antérieures à 2003 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999;

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
1.3

Données du graphique 1.3

Perception de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003

Sexe et groupe d'âge	Excellente ou très bonne santé	Bonne santé	Santé passable ou mauvaise	Autoévaluation non déclarée
	%			
HOMMES				
12-19 ans	66,4	29,9	3,3*	**
20-34 ans	70,3	25,4	4,3*	**
35-44 ans	61,3	33,1	5,4	**
45-64 ans	53,6	33,1	13,3	**
65 ans ou plus	37,4	39,8	22,6	**
Total	58,6	31,7	9,5	**
FEMMES				
12-19 ans	65,7	29,8	4,5*	**
20-34 ans	70,2	24,9	4,7	**
35-44 ans	58,4	33,0	8,5	**
45-64 ans	51,0	34,5	14,5	**
65 ans ou plus	31,1	43,0	25,8	**
Total	55,1	32,9	11,9	**
SEXES RÉUNIS				
12-19 ans	66,1	29,9	3,9	**
20-34 ans	70,3	25,2	4,5	**
35-44 ans	59,9	33,1	6,9	**
45-64 ans	52,3	33,8	13,9	**
65 ans ou plus	33,8	41,7	24,4	**
Total	56,8	32,3	10,7	0,1*

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

2 ESPÉRANCE DE VIE AJUSTÉE EN FONCTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ (EVAS)

DÉFINITION

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur de la santé globale de la population. Il combine les deux mesures suivantes en une seule : l'état de santé en fonction de l'âge et du sexe, et la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. L'EVAS représente le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé dans l'hypothèse où les taux actuels de morbidité et de mortalité par âge et par sexe se maintiennent. L'EVAS est calculée à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le revenu. Ce nombre est basé sur l'expérience moyenne d'une population. L'EVAS est donc non seulement une mesure de quantité de vie, mais aussi une mesure de la qualité de vie.

L'indice de l'état de santé permet de tenir compte de la qualité de vie au cours des années vécues à partir de huit attributs (vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, problème émotif, cognition et activités empêchées par la douleur) et de la gravité des problèmes éprouvés. Chaque combinaison de ces huit attributs reçoit une valeur différente en fonction de sa gravité, d'où le terme « ajustée ». Cette valeur peut varier de -0,36 (état très rare, pire que la mort, laquelle a une valeur de 0) à 1 (aucun problème santé, soit une santé parfaite).

Justification et notes pour l'interprétation

L'espérance de vie des canadiens a augmenté constamment depuis plusieurs décennies. En revanche, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques suscite un débat, à l'échelle internationale, sur la qualité des années ajoutées à l'espérance de vie (années vécues en bonne ou en mauvaise santé ?). L'examen des tendances de l'EVAS en conjonction avec les tendances de l'espérance de vie permet d'évaluer si la croissance de l'espérance de vie est associée à une compression ou à une expansion de la morbidité. En d'autres termes si, avec le temps, l'EVAS augmente davantage que l'espérance de vie, on pourra conclure que les années ajoutées à l'espérance de vie sont des années en meilleure santé. Cet exemple montre comment peut être utilisée et interprétée l'EVAS.

Comme l'espérance de vie, l'EVAS est un indicateur statistique normalisé. Il ne représente pas le nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau-né (ou qu'une personne âgée de 65 ans) peut s'attendre à vivre. La raison en est que les taux de mortalité et le niveau de l'état de santé utilisés sont seulement ceux d'une période d'observation (ex. : 2001) et sont les moyennes

d'une population entière. Historiquement, les taux de mortalité au Canada diminuent, de sorte que les taux de mortalité des individus, dans les prochaines années, pourraient être plus bas. Le Canada n'a pas encore de données « consistantes » sur une assez longue période pour permettre de savoir quelles ont été les tendances de l'état de santé ou ce qu'elles seront. De plus, les contextes des individus varient; si, par exemple, un individu souffre de maladie chronique à un jeune âge, son EVAS sera moindre.

Les données pour cet indicateur devraient être présentées selon le sexe, compte tenu de l'écart important entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes.

Les coefficients de variation, les intervalles de confiance (les deux sont fournis par Statistique Canada) ainsi que les tests de signification doivent être analysés avant d'interpréter les différences entre les provinces comme statistiquement significatives.

MÉTHODE DE CALCUL

Le calcul de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé est fondé sur trois sources de données : les données sur la mortalité utilisées pour obtenir la partie espérance de vie de l'équation; les données d'enquêtes pour obtenir la partie ajustée sur la santé; les données du Recensement pour obtenir des données sur la population des établissements de la province. Ces sources de données entraînent une certaine variabilité dans le calcul de l'EVAS. Par conséquent, il faut tenir compte de la variabilité attribuable à ces trois sources au moment de calculer les erreurs types pour l'EVAS.

Pour établir les variations de l'EVAS selon le tercile de revenu, d'autres sources ont également été considérées, soit : la table de mortalité selon le tercile de revenu de 1996, le fichier longitudinal de *l'Enquête sur la santé de la population* (ENSP) pour déterminer le tercile de revenu du territoire où se situe le domicile des personnes au moment de leur entrée en institution ainsi que le fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996.

EVAS à la naissance et à 65 ans

L'opération suivante donne l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon la province.

Partie A : [indice de l'état de santé (HUI – Health Utility Indice) moyen des résidents d'établissements multiplié par le pourcentage de la population des établissements

de la province] + [HUI moyen de la population des ménages multiplié par le pourcentage de la population des ménages dans la province] = score HUI global selon le sexe et le groupe d'âge dans chaque province.

Partie B : HUI global selon le sexe et le groupe d'âge multiplié par le nombre d'années vécues dans chaque groupe d'âge = nombre d'années vécues ajusté en fonction de l'état de santé.

Partie C : somme des années vécues ajustée en fonction de l'état de santé, divisée par le nombre total de personnes vivant à des âges donnés.

EVAS selon le tercile de revenu du territoire de résidence

L'opération suivante donne l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à la naissance et à 65 ans pour chaque tercile de revenu selon la province.

Partie A : [indice de l'état de santé (HUI) moyen des résidents d'établissements multiplié par le pourcentage de la population des établissements de la province] + [HUI moyen de la population des ménages multiplié par le pourcentage de la population des ménages dans la province] = score HUI global selon le sexe et le groupe d'âge dans chaque province.

Partie B : HUI global selon le sexe et le groupe d'âge multiplié par le nombre d'années vécues dans chaque groupe d'âge = nombre d'années vécues ajusté en fonction de l'état de santé.

Partie C : somme des années vécues ajustée en fonction de l'état de santé, divisée par le nombre total de personnes vivant à des âges donnés.

EXCLUSIONS

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) – volet résidents des établissements – recueille des données sur les résidents de longue durée (séjour prévu d'au moins six mois) d'établissements de santé d'au moins quatre lits. Les établissements qui fournissent exclusivement des soins de courte durée, comme les centres de désintoxication, sont exclus. Les établissements de santé des territoires, des réserves des Premières nations, des bases des Forces armées canadiennes et des services correctionnels sont exclus.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) exclut de sa population cible les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établisse-

ment institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. Les personnes âgées de moins de 12 ans ne sont pas prises en compte dans l'enquête.

Les tables de mortalité excluent les non-résidents du Canada.

LIMITES

Avis aux lecteurs : l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé est un nouvel indicateur qui intègre différents postulats qu'il importe de connaître. Le premier postulat suppose l'utilisation de l'autodéclaration de l'état de santé d'un échantillon d'individus à un moment donné, pour représenter une double moyenne : d'abord celle de l'état de santé de l'individu au cours du temps, par exemple une année, et aussi celle de l'état de santé de la population. Le deuxième postulat suppose une réciprocité entre l'état de santé et le temps de la façon suivante : 5 années passées dans un mauvais état de santé auquel on attribue une valeur de 0,5 équivalent à 2,5 années vécues en parfaite santé.

L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé est calculée à la naissance et à 65 ans. Cependant, l'indice de l'état de santé n'est connu que pour les personnes âgées de 15 ans ou plus. Les années vécues en mauvaise santé avant l'âge de 15 ans ne sont donc pas considérées puisque inconnues.

Compte tenu de la petite taille de l'échantillon pour le volet résidents des établissements de l'ENSP, l'HUI (Health Utility Index) moyen de ces derniers est calculé pour les personnes âgées de moins de 65 ans et pour celles âgées de 65 ans ou plus. Par ailleurs, comme l'ENSP fournit seulement des données régionales, l'HUI moyen des résidents des établissements institutionnels est calculé pour les Provinces maritimes, le Québec, l'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique. L'HUI moyen est le même pour tous les terciles de revenu des résidents des établissements.

Le tercile de revenu est basé sur le revenu moyen du territoire de résidence de la personne, lequel n'est connu que pour l'année 1996. Le tercile dans lequel chaque secteur de dénombrement (SD) a été classé en 1996 est ensuite appliqué à l'ESCC de 2000-2001. Le pourcentage des décès obtenu dans la table de mortalité de 1996 pour chaque tercile de revenu est appliqué à la table de mortalité de 2000-2001 (ex. : 40 % des décès ont été associés au tercile inférieur en 1996, alors 40 % des décès ont également été associés au tercile inférieur en 2000-2001).

TABLEAU
2.1

Données du graphique 2.1

Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001

Province	Hommes	Femmes
	Années	
Terre-Neuve-et-Labrador	68,4	70,2
Île-du-Prince-Édouard	67,3	71,7
Nouvelle-Écosse	66,5	70,1
Nouveau-Brunswick	67,4	70,9
Québec	69,0	72,0
Ontario	68,2	70,1
Manitoba	66,7	70,4
Saskatchewan	67,3	70,2
Alberta	67,6	69,7
Colombie-Britannique	68,9	71,2
Canada	68,3	70,8

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, fichier des établissements de santé, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal); Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001* (population résidant dans les ménages collectifs); Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1 2000-2001; Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*; Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

TABLEAU
2.2

Données du graphique 2.2

Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2000-2001

Province	Hommes	Femmes
	Années	
Terre-Neuve-et-Labrador	12,3	13,6
Île-du-Prince-Édouard	12,3	15,5
Nouvelle-Écosse	11,8	14,4
Nouveau-Brunswick	12,6	14,6
Québec	12,8	14,8
Ontario	12,7	13,9
Manitoba	12,2	14,3
Saskatchewan	12,5	14,6
Alberta	12,6	14,0
Colombie-Britannique	13,3	15,1
Canada	12,7	14,4

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, fichier des établissements de santé, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal); Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001* (population résidant dans les ménages collectifs); Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1 2000-2001; Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*; Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

**TABLEAU
2.3**

Données du graphique 2.3

Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001

Sexe	Tercile de revenu		
	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé
	Années		
Hommes, Québec	66,7	69,1	71,3
Femmes, Québec	70,9	71,8	73,5
Hommes, Canada	65,8	68,6	70,5
Femmes, Canada	69,1	70,8	72,3

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, fichier des établissements de santé, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal);
 Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001*, (population résidant dans les ménages collectifs);
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001;
 Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*;
 Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

**TABLEAU
2.4**

Données supplémentaires

Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé, selon le sexe et le revenu du territoire de résidence, Québec et Canada, 2000-2001

Sexe	Tercile de revenu		
	Revenu faible	Revenu moyen	Revenu élevé
	Années		
Hommes, Québec	12,1	12,8	13,5
Femmes, Québec	14,8	14,4	15,2
Hommes, Canada	12,0	12,9	13,3
Femmes, Canada	14,2	14,3	14,7

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, fichier des établissements de santé, cycle 2, 1996-1997 (fichier transversal);
 Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001* (population résidant dans les ménages collectifs);
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001;
 Statistique Canada, *Tables de mortalité abrégées de 2000-2001 selon le tercile de revenu de 1996*;
 Statistique Canada, *Fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996*.

3 TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans inclusivement qui déclare fumer actuellement (régulièrement ou occasionnellement) au moment de l'entrevue, et du pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans qui déclare fumer régulièrement au moment de l'entrevue

MÉTHODE DE CALCUL

Les données sont basées sur les réponses à la question : « À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? »

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de jeunes âgées de 12 à 19 ans inclusivement qui déclarent : a) fumer tous les jours ou à l'occasion (fumeurs actuels); ou b) fumer tous les jours (fumeurs réguliers).

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 12 à 19 ans.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

TABLEAU
3.1

Données du graphique 3.1

Usage du tabac, population âgée de 12 à 19 ans¹, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	N'ont jamais fumé	Anciens fumeurs	Fumeurs actuels			Usage du tabac non déclaré
			Fumeurs occasionnels	Fumeurs réguliers ²	Total	
%						
Terre-Neuve-et-Labrador	64,8	17,9	5,2*	11,7	17,0	**
Île-du-Prince-Édouard	71,3	17,4*	**	10,1*	11,4*	**
Nouvelle-Écosse	67,1	19,1	3,6*	9,9	13,5	**
Nouveau-Brunswick	67,4	18,0	3,5*	10,9	14,4	**
Québec	62,3	17,0	7,5	12,5	20,0	0,7*
Ontario	73,6	12,3	5,7	7,9	13,6	0,5*
Manitoba	72,5	12,8	4,8*	9,2	14,0	**
Saskatchewan	69,5	14,5	5,4	9,8	15,2	**
Alberta	71,6	14,0	5,7*	8,1	13,9	**
Colombie-Britannique	76,9	12,9	4,1	5,8	9,9	**
Canada	70,6	14,1	5,7	9,1	14,8	0,5

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

2. Le fumeur régulier est une personne qui fume des cigarettes quotidiennement.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
3.2

Données du graphique 3.2

Évolution de l'usage du tabac, population âgée de 12 à 19 ans¹, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003

Année d'enquête	N'ont jamais fumé		Anciens fumeurs		Fumeurs actuels						Usage du tabac non déclaré	
					Fumeurs occasionnels		Fumeurs réguliers ²		Total			
	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada
	%											
1994-1995	56,9	60,1	17,8*	18,9	7,0*	7,3	18,2*	13,6	25,3	20,9	**	**
1996-1997	53,2	61,1	17,3	17,0	7,6*	5,9	21,6	15,8	29,3	21,6	**	0,3*
1998-1999	53,9	59,4	21,5	20,9	5,2*	4,2	18,9	15,2	24,1	19,4	**	**
2000-2001	56,8	66,1	16,2	14,7	8,0	5,8	18,5	12,9	26,5	18,7	**	0,6
2003	62,3	70,6	17,0	14,1	7,5	5,7	12,5	9,1	20,0	14,8	0,7*	0,5

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

2. Le fumeur régulier est une personne qui fume des cigarettes quotidiennement.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100% car les données sont arrondies.

Les années antérieures à 2003 à l'exception des fumeurs actuels de 2000-2001 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
3.3

Données du graphique 3.3

Usage du tabac, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 12 à 19 ans et de 12 ans ou plus, Québec, 2003

Sexe et groupe d'âge	N'ont jamais fumé	Anciens fumeurs	Fumeurs actuels			Usage du tabac non déclaré
			Fumeurs occasionnels		Fumeurs réguliers ²	
					Total	
	%					
HOMMES						
12 à 19 ans	63,3	16,2	7,0	12,7	19,7	**
12 ans ou plus	27,7	44,8	5,3	21,7	27,1	0,5*
FEMMES						
12 à 19 ans	61,2	17,7	7,9	12,4	20,3	**
12 ans ou plus	34,7	40,1	5,0	19,6	24,7	0,5
SEXES RÉUNIS						
12 à 19 ans	62,3	17,0	7,5	12,5	20,0	0,7*
12 ans ou plus	31,2	42,4	5,2	20,7	25,9	0,5

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

2. Le fumeur régulier est une personne qui fume des cigarettes quotidiennement.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100% car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

4 ACTIVITÉ PHYSIQUE

DÉFINITION

- Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'actif physiquement;
- pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'inactif physiquement.

MÉTHODE DE CALCUL

L'indice d'activité physique est basé sur la dépense énergétique (DE) de la personne. La dépense énergétique est calculée d'après la fréquence de pratique, la durée par séance et l'intensité (en METs) accordée à chacune des activités. Un MET est le coût énergétique requis, exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité, pour pratiquer une activité physique au cours des trois derniers mois; il faut également tenir compte de la fréquence et du temps consacrés à chaque activité. Ainsi, une fréquence de 5 fois par semaine, d'une durée de 1 heure par séance avec une intensité de 4 METs donnerait la dépense énergétique suivante: $5 \times 1 \times 4 = 20$ kcal/kg/ semaine ou, lorsque ramenée par jour, à 2,86 kcal/kg/ jour.

Les résultats, selon la dépense énergétique moyenne, sont répartis dans les niveaux suivants.

Description	Définition ¹
Actif	Dépense énergétique moyenne de 3 kcal/kg/jour, ou plus (exercice requis pour des bénéfices de santé cardiovasculaire)
Modérément actif	Dépense énergétique moyenne de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour (exercice procurant quelques bénéfices de santé, mais peu au niveau cardiovasculaire)
Inactif	Dépense énergétique moyenne inférieure à 1,5 kcal/kg/jour

1. Les catégories Actif, Modérément actif et Inactif utilisées dans ce document sont définies par Statistique Canada.

Le niveau « Actif », dans ce rapport, regroupe les actifs (3 kcal/kg/jour ou plus) et les modérément actifs (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour).

Le niveau « Inactif », tel qu'il est défini par Statistique Canada, représente une dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour en moyenne. Chez les adultes (18 ans ou plus), cela équivaut à un volume de pratique inférieur de 75 % à la recommandation de base émise par les autorités de santé publique. Une personne ayant déclaré faire de la marche (intensité accordée: 3 METs) 4 fois par semaine, de 31 à 60 minutes par séance, est classée parmi les « inactifs » (1,29 kcal/ kg/jour). La pratique de la marche rapide (4 METs) 5 fois par semaine, 30 minutes par séance, classerait également un individu parmi les « inactifs » (1,43 kcal/kg/jour). Chez les jeunes (12 à 17 ans), une dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour équivaut à un volume de pratique inférieur de 37,5 % à la recommandation du dernier consensus international pour ce groupe d'âge. Faire de la bicyclette (intensité accordée: 4 METs) 3 fois par semaine, pendant 45 minutes chaque fois, classe un jeune parmi les « inactifs » (1,29 kcal/kg/jour), comme celui qui est très peu ou qui n'est pas actif durant ses loisirs.

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : a) nombre de personnes de 12 ans ou plus qui déclarent des niveaux d'activité physique correspondant à « actif » (≥ 3 kcal/kg/jour) et à « modérément actif » (1,5-2,9 kcal/kg/jour); b) nombre de personnes 12 ans ou plus qui déclarent un niveau d'activité physique correspondant à « inactif » ($< 1,5$ kcal/kg/jour).

DÉNOMINATEUR : Population totale âgée de 12 ans ou plus.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

Les données ne peuvent être comparées dans le temps.

TABLEAU
4.1

Données du graphique 4.1

Niveau^{1,2} d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	Actifs	Inactifs	Activité non déclarée
			%
Terre-Neuve-et-Labrador	44,3	53,3	2,5
Île-du-Prince-Édouard	44,1	52,5	3,4
Nouvelle-Écosse	48,4	48,6	3,0
Nouveau-Brunswick	45,4	51,2	3,4
Québec	47,8	49,9	2,3
Ontario	50,5	46,8	2,7
Manitoba	50,8	46,7	2,5
Saskatchewan	50,6	47,0	2,3
Alberta	53,8	43,3	2,9
Colombie-Britannique	58,6	38,4	3,0
Canada	51,0	46,4	2,6

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
2. Pourcentage moyen pour l'ensemble de l'année, car le rappel porte sur la pratique durant une période de trois mois.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100% car les données sont arrondies.
Le niveau « actif » dans ce rapport regroupe les actifs (3 kcal/kg/jour ou plus) et les modérément actifs (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
4.2

Données du graphique 4.2

Évolution du niveau^{1,2} d'activité physique de loisir, population âgée de 12 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003

Année d'enquête	Actifs		Inactifs		Activité non déclarée ³	
	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada
	%					
1994-1995	34,4	39,3	60,4	54,8	5,2	5,9
1996-1997	37,7	42,1	58,9	54,9	3,4	3,1
1998-1999	40,8	45,9	54,4	50,9	4,9	3,2
2000-2001	38,9	43,0	54,1	48,6	7,0	8,4
2003	47,8	51,0	49,9	46,4	2,3	2,6

1. Pourcentage moyen pour l'ensemble de l'année, car le rappel porte sur la pratique durant une période de trois mois.
2. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
3. Les taux élevés de non-réponse partielle (supérieurs à 5%) ne permettent pas d'affirmer que les proportions ont été estimées sans biais.

Les années antérieures à 2003 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.
Le niveau « actif » dans ce rapport regroupe les actifs (3 kcal/kg/jour ou plus) et les modérément actifs (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour).

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

Niveau¹ d'activité physique de loisir, selon le sexe et le groupe d'âge², population âgée de 12 ans ou plus, Québec, 2003

Sexe	Groupe d'âge	Actifs	%		Activité non déclarée ³
			Inactifs		
HOMMES	12-19 ans	75,1	21,9		3,0*
	20-34 ans	53,8	44,6		1,7*
	35-44 ans	46,9	51,2		1,9*
	45-64 ans	43,4	55,0		1,6*
	65 ans ou plus	44,3	46,4		9,4
	Total	50,5	46,7		2,8
FEMMES	12-19 ans	63,1	35,2		1,7*
	20-34 ans	45,5	53,6		**
	35-44 ans	40,6	58,6		**
	45-64 ans	43,7	54,8		1,6*
	65 ans ou plus	31,6	63,0		5,4
	Total	43,7	54,4		1,9
SEXES RÉUNIS	12-19 ans	69,2	28,4		2,4*
	20-34 ans	49,7	49,0		1,3*
	35-44 ans	43,8	54,8		1,4*
	45-64 ans	43,6	54,9		1,6
	65 ans ou plus	37,0	55,9		7,1
	Total	47,0	50,6		2,4

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Pourcentage moyen pour l'ensemble de l'année, car le rappel porte sur la pratique durant une période de trois mois.
2. Les données sont brutes (non ajustées).
3. Les taux élevés de non-réponse partielle (supérieurs à 5%) ne permettent pas d'affirmer que les proportions ont été estimées sans biais.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100% car les données sont arrondies.

Le niveau « actif » dans ce rapport regroupe les actifs (3 kcal/kg/jour ou plus) et les modérément actifs (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

5 INDICE DE MASSE CORPORELLE

DÉFINITION

Pourcentage des adultes déclarant un indice de masse corporelle dans des catégories définies (IMC). L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré. On distingue quatre catégories :

	IMC
Poids insuffisant	< 18,5
Poids normal	18,5 à 24,9
Embonpoint	25,0 à 29,9
Obésité	≥ 30,0

MÉTHODE DE CALCUL

L'indice de masse corporelle se calcule à partir du poids et de la taille autodéclarés pour des personnes de 18 ans ou plus, à l'exception des femmes enceintes. En raison du taux de croissance différent des personnes de moins de 18 ans, l'IMC courant n'est pas considéré comme un indicateur adéquat pour ce groupe.

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : population âgée de 18 ans ou plus déclarant un IMC, répartie selon les catégories.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 18 ans ou plus.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 18 ans, les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Sont également exclues les femmes enceintes et les personnes mesurant moins de 91,4 centimètres (3 pieds) ou plus de 210,8 centimètres (6 pieds 11 pouces).

LIMITES

La définition de l'IMC utilisée pour les données publiées antérieurement par Statistique Canada a été modifiée pour tenir compte des lignes directrices récentes de Santé Canada qui, elles, s'inspirent de celles de l'Organisation mondiale de la santé. De plus, Les données sur la taille et le poids sont fournies par l'individu qui répond au questionnaire et ne sont donc pas toujours fiables. Enfin, ces données ne peuvent être comparées dans le temps.

TABLEAU
5.1

Données du graphique 5.1

Indice de masse corporelle (IMC)¹, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité	IMC non déclaré
Terre-Neuve-et-Labrador	1,5*	37,9	37,3	19,9	3,4*
Île-du-Prince-Édouard	1,9*	38,1	36,5	20,1	3,4*
Nouvelle-Écosse	2,4	42,2	33,3	19,2	2,9
Nouveau-Brunswick	1,4*	41,3	34,9	19,6	2,8
Québec	3,1	50,0	31,8	13,4	1,7
Ontario	2,9	47,5	32,5	14,4	2,6
Manitoba	2,2	42,2	34,2	17,9	3,4
Saskatchewan	2,0	41,0	34,4	19,5	3,0
Alberta	2,3	45,8	33,9	15,2	2,9
Colombie-Britannique	3,4	52,9	29,7	11,3	2,6
Canada	2,8	47,8	32,4	14,5	2,5

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
5.2

Données du graphique 5.2

Évolution de l'indice de masse corporelle (IMC)¹, population âgée de 18 ans ou plus, Québec et Canada, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001 et 2003

Année d'enquête	Poids insuffisant		Poids normal		Excès de poids						IMC non déclaré	
	Québec	Canada	Québec	Canada	Embonpoint		Obésité		Total		Québec	Canada
					Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada		
%												
1994-1995	3,3	2,8	54,0	49,2	30,7	34,2	10,8	12,5	41,5	46,7	1,2*	1,3
1996-1997	3,0	2,4	51,7	49,0	32,6	33,8	10,2	11,7	42,8	45,5	2,5	3,1
1998-1999	2,7	2,4	52,8	48,0	31,4	34,5	11,1	13,7	42,5	48,2	2,1*	1,4
2000-2001	3,4	3,1	53,1	49,3	30,5	31,7	12,1	14,1	42,6	45,8	0,9	1,8
2003	3,1	2,8	50,0	47,8	31,8	32,4	13,4	14,5	45,2	46,9	1,7	2,5

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies. Les années antérieures à 2003 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, Statistique Canada, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
5.3

Données du graphique 5.3

Indice de masse corporelle (IMC), selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 18 ans ou plus, Québec, 2003

Sexe/âge	Poids insuffisant	Poids normal	Excès de poids			IMC non déclaré
			Embonpoint	Obésité	Total	
	%					
HOMMES						
18-34 ans	1,8*	53,5	32,1	11,9	44,0	0,7*
35-44 ans	**	40,0	45,7	13,5	59,2	**
45-64 ans	**	37,0	44,8	17,2	62,0	0,2*
65 ans ou plus	2,0*	39,9	44,1	13,1	57,2	1,0*
Total	1,2	42,9	41,2	14,2	55,4	0,4*
FEMMES						
18-34 ans	7,4	65,0	15,5	9,0	24,5	3,0
35-44 ans	3,7	58,0	21,5	13,4	34,9	3,3*
45-64 ans	2,4	49,1	29,8	16,0	45,8	2,7
65 ans ou plus	5,1	44,7	33,0	15,2	48,2	2,0*
Total	4,5	54,4	24,9	13,5	38,3	2,8
SEXES RÉUNIS						
18-34 ans	4,5	59,1	24,1	10,5	34,6	1,8
35-44 ans	2,2	48,7	33,9	13,5	47,4	1,7*
45-64 ans	1,6	43,1	37,2	16,6	53,8	1,5
65 ans ou plus	3,7	42,7	37,7	14,3	52,0	1,6*
Total	2,9	48,7	32,9	13,9	46,8	1,6

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

6 IMMUNISATION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS CONTRE L'INFLUENZA (VACCIN ANTIGRIPPAL)

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus qui déclare avoir été vaccinée contre l'influenza (vaccin antigrippal) au cours d'une période donnée (dernière année, un an ou plus).

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

En ce qui concerne le vaccin antigrippal, les questions suivantes sont posées : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe ? » et « À quand remonte le dernier vaccin ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre estimé de personnes âgées de 65 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un vaccin contre la grippe : a) il y a moins d'un an; b) il y a un an ou plus; c) jamais.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 65 ans ou plus.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

TABLEAU
6.1

Données du graphique 6.1

Taux de vaccination¹ contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	Moins d'un an	Un an ou plus	%	
			N'a jamais reçu de vaccination	Vaccination non déclarée ²
Terre-Neuve-et-Labrador	45,5	9,9	35,0	9,7*
Île-du-Prince-Édouard	57,5	11,3	23,1	8,2*
Nouvelle-Écosse	67,6	8,0	15,5	8,9
Nouveau-Brunswick	51,2	12,2	28,0	8,6
Québec	55,0	12,0	26,3	6,7
Ontario	68,5	9,3	14,9	7,3
Manitoba	56,0	9,8	28,2	6,0
Saskatchewan	58,0	10,5	25,5	5,9
Alberta	59,1	10,3	23,3	7,4
Colombie-Britannique	63,6	10,4	19,6	6,4
Canada	62,1	10,3	20,6	7,1

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
2. Les taux élevés de non-réponse partielle (supérieurs à 5 %) ne permettent pas d'affirmer que les proportions ont été estimées sans biais.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (sous-échantillon), cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
6.2

Données du graphique 6.2

Évolution du taux de vaccination¹ contre la grippe, population âgée de 65 ans ou plus, Québec et Canada, 1996-1997, 2000-2001 et 2003

Année d'enquête	Moins d'un an		Un an ou plus		N'a jamais reçu de vaccination		Vaccination non déclarée ²	
	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada	Québec	Canada
	%							
1996-1997	32,6	47,8	15,5	11,2	47,3	34,8	4,6*	6,2
2000-2001	57,2	62,9	8,9	7,7	30,3	23,7	3,5*	5,7
2003	55,0	62,1	12,0	10,3	26,3	20,6	6,7	7,1

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
2. Les taux élevés de non-réponse partielle (supérieurs à 5 %) ne permettent pas d'affirmer que les proportions ont été estimées sans biais.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies. Les années antérieures à 2003 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1996-1997. Fichier des données transversales sur la santé (composantes des ménages). Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (sous-échantillon), cycle 1.1, 2000-2001, et cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
6.3

Données du graphique 6.3

Taux de vaccination contre la grippe, selon le sexe et le groupe d'âge¹, population âgée de 65 ans ou plus, Québec, 2003

Sexe/âge	Moins d'un an		Un an ou plus		N'a jamais reçu de vaccination	Vaccination non déclarée ²
	%					
HOMMES						
65-74 ans	52,4		11,3		30,1	6,3
75 ans ou plus	60,2		8,1		17,9	13,8
Total	55,0		10,2		26,0	8,8
FEMMES						
65-74 ans	53,6		13,0		29,3	4,1*
75 ans ou plus	58,3		13,2		21,4	7,1*
Total	55,6		13,1		25,9	5,4
SEXES RÉUNIS						
65-74 ans	53,0		12,2		29,7	5,1
75 ans ou plus	59,0		11,3		20,2	9,5
Total	55,3		11,9		26,0	6,8

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. Les données sont brutes (non ajustées).
2. Les taux élevés de non-réponse partielle (supérieurs à 5 %) ne permettent pas d'affirmer que les proportions ont été estimées sans biais.

Il est possible que les proportions présentées ne totalisent pas 100 % car les données sont arrondies.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (sous-échantillon), cycle 2.1, 2003.

7 PRÉVALENCE DU DIABÈTE

DÉFINITION

Nombre de personnes de 20 ans ou plus ayant été définies, à partir de différents critères administratifs, comme étant diabétiques, par rapport à la population totale de 20 ans ou plus. Le taux est calculé sur une base de 100 habitants.

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de cas chez les personnes âgées de 20 ans ou plus.

DÉNOMINATEUR : population estimative d'après le registre de santé et les données de recensement pour les personnes âgées de 20 ans ou plus.

Note : Vous pouvez obtenir plus d'information sur le modèle du SNSD, la définition de cas de diabète et les méthodes dans le document de Santé Canada intitulé *Pour relever le défi posé par le diabète au Canada*, qui est le premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), et qui a été publié en 2003.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 20 ans sont exclues, ainsi que les provinces du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve/Labrador.

LIMITES

Les données doivent être interprétées avec prudence pour les raisons suivantes :

- Trois types de diabète se trouvent dans la base de données : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme diabète sucré (ICD9 code 250).
- Les données publiées (1999-2000) comportent un taux d'erreur de base de 20 à 25 %. Ce niveau d'erreur est accepté par Santé Canada et par les experts nationaux nommés par Santé Canada.

- Depuis 1997-1998, Santé Canada compile des faux positifs qui n'étaient pas inclus auparavant. Cela n'a peut-être pas de répercussions importantes pour les données publiées ici. Santé Canada entend toutefois réduire ce type d'erreurs afin qu'au moment de la publication des données de 2001-2002, cette accumulation ne devienne pas importante.
- Ce taux d'erreur de base variera probablement en fonction des groupes d'âge et du sexe.

Les données relatives aux femmes des groupes d'âge 20-29 ans et 30-39 ans doivent être interprétées avec prudence en raison de la présence probable, avant 2002, du diabète gestationnel, une forme de diabète sensiblement différente des diabètes de type 1 et 2.

Les données proviennent de bases administratives; leur qualité est donc tributaire de l'exactitude de ces systèmes. Ainsi, on sait que le code de diagnostic n'apparaît pas toujours au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Ces données ne devraient donc pas être utilisées pour l'analyse des tendances. Certaines données produites pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé de septembre 2002 ont pu avoir changé à la suite des mises à jour effectuées par des provinces et des territoires; par conséquent, les tableaux fournis pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé de novembre 2004 remplacent tous les tableaux antérieurs. Les données présentées sont provisoires et sujettes à changement car de nouveaux cas peuvent être déclarés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Les données peuvent légèrement différer de celles présentées dans d'autres publications fédérales, provinciales ou territoriales, en raison des retards dans les déclarations, des différentes dates limites et de la date d'accès aux estimations démographiques de Statistique Canada.

TABLEAU
7.1

Données du graphique 7.1

Prévalence relative ajustée¹ du diabète chez les personnes de 20 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 1999-2000
Données provisoires²

Province	Taux pour 100 personnes
Terre-Neuve-et-Labrador	N/D
Île-du-Prince-Édouard	4,6
Nouvelle-Écosse	5,3
Nouveau-Brunswick	N/D
Québec	4,7
Ontario	5,1
Manitoba	5,5
Saskatchewan	4,5
Alberta	4,1
Colombie-Britannique	4,4
Canada	4,8

1. Il est à noter que la méthode d'ajustement des données diffère légèrement de celle utilisée dans les autres tableaux. Les prévalences relatives sont ajustées selon la structure par âge, sexes réunis, de la population canadienne en 1991. Les prévalences relatives ajustées pour les deux sexes réunis sont les mêmes, à la décimale près, qu'elles soient standardisées selon l'âge seulement (c'est-à-dire sexes réunis) ou selon l'âge et le sexe.
2. Les données présentées peuvent être sujettes à changement car de nouveaux cas peuvent être déclarés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Source : Santé Canada, *Pour relever le défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national du diabète (SNSD), 2003.

TABLEAU
7.2

Données du graphique 7.2

Prévalence relative du diabète chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge¹, Québec, 1999-2000
Données provisoires²

Sexe	Groupe d'âge	Prévalence
FEMMES	20 – 29	0,8
	30 – 39	1,5
	40 – 49	2,1
	50 – 54	4,1
	55 – 59	6,0
	60 – 64	8,8
	65 – 69	11,4
	70 – 74	14,2
	75 – 79	16,1
	80 – 84	16,4
	85+	14,7
HOMMES	20 – 29	0,4
	30 – 39	0,9
	40 – 49	2,6
	50 – 54	5,9
	55 – 59	9,1
	60 – 64	12,3
	65 – 69	14,9
	70 – 74	18,0
	75 – 79	19,1
	80 – 84	19,0
	85+	16,3

1. Les données sont brutes (non ajustées).
2. Les données présentées peuvent être sujettes à changement car de nouveaux cas peuvent être déclarés par l'ajout des années d'observation 2000-2001 et 2001-2002.

Source : Santé Canada, *Pour relever le défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003.

Accès aux services de santé

Difficultés liées à l'accès aux services de premier contact

Certaines des questions posées de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ont porté sur les difficultés d'accéder aux services de premier contact pour des services de santé de routine ou de suivi, pour de l'information ou des conseils en matière de santé ainsi que pour des soins immédiats afin de traiter un problème particulier.

8 DIFFICULTÉS À OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ DE ROUTINE OU DE SUIVI

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir les services de santé de routine ou de suivi dont elle avait besoin, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant qu'elles ont de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, quel que soit l'heure ou le jour.

DÉNOMINATEUR : population âgée de 15 ans ou plus ayant besoin de services de santé de routine ou de suivi.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans les réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

L'Enquête de 2003 couvre l'ensemble des provinces et elle permet des estimations à l'échelle du Canada. Cet indicateur ne mesure pas le degré réel de difficulté mais présente plutôt la proportion de personnes qui ont déclaré une difficulté d'accès.

Les données de 2001 et 2003 pour ces indicateurs ne doivent pas être comparées. En effet, l'enquête de 2003 couvrait l'ensemble des provinces alors que l'enquête de 2001 présentait une couverture partielle, les données provinciales de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ayant été estimées.

TABLEAU
8.1

Données du graphique 8.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	20,4
Île-du-Prince-Édouard	17,9
Nouvelle-Écosse	14,6
Nouveau-Brunswick	16,0
Québec	19,8
Ontario	16,0
Manitoba	19,1
Saskatchewan	12,5
Alberta	13,9
Colombie-Britannique	12,2
Canada	16,4

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

9 DIFFICULTÉS À OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS OU DES CONSEILS EN MATIÈRE DE SANTÉ

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir les conseils dont elle avait besoin en matière de santé, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant qu'elles ont de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé, quel que soit l'heure ou le jour.

DÉNOMINATEUR : population âgée de 15 ans ou plus ayant besoin de renseignements ou de conseils en matière de santé.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans les réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

L'*Enquête* de 2003 couvre l'ensemble des provinces et elle permet des estimations à l'échelle du Canada. Cet indicateur ne mesure pas le degré réel de difficulté mais présente plutôt la proportion de personnes qui ont déclaré une difficulté d'accès. Les données de 2001 et 2003 pour ces indicateurs ne doivent pas être comparées.

TABLEAU
9.1

Données du graphique 9.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	14,6
Île-du-Prince-Édouard	17,1
Nouvelle-Écosse	14,8
Nouveau-Brunswick	16,8
Québec	14,5
Ontario	17,6
Manitoba	17,8
Saskatchewan	12,3
Alberta	12,4
Colombie-Britannique	16,0
Canada	15,8

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

10 DIFFICULTÉS À OBTENIR DES SOINS IMMÉDIATS

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, a affirmé avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur, pour elle-même ou pour un membre de la famille, à n'importe quel moment de la journée.

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant qu'elles ont de la difficulté à obtenir des soins immédiats, quel que soit l'heure ou le jour.

DÉNOMINATEUR : population âgée de 15 ans ou plus ayant besoin de soins immédiats.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans les réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

L'*Enquête* de 2003 couvre l'ensemble des provinces et elle permet des estimations à l'échelle du Canada. Cet indicateur ne mesure pas le degré réel de difficulté mais présente plutôt la proportion de personnes qui ont déclaré une difficulté d'accès. Les données de 2001 et 2003 pour ces indicateurs ne doivent pas être comparées.

TABLEAU
10.1

Données du graphique 10.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur, à n'importe quel moment de la journée, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	23,5
Île-du-Prince-Édouard	27,6
Nouvelle-Écosse	26,2
Nouveau-Brunswick	23,7
Québec	25,6
Ontario	24,7
Manitoba	25,4
Saskatchewan	16,7
Alberta	22,1
Colombie-Britannique	19,7
Canada	23,8

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

11 DÉLAIS D'ATTENTE DÉCLARÉS POUR DES TESTS DIAGNOSTIQUES

DÉFINITION

Temps d'attente déclaré pour des tests diagnostiques par une personne âgée de 15 ans ou plus entre le moment où elle et son médecin déterminent le besoin d'un service diagnostique et la date à laquelle le service est reçu durant les douze mois précédant l'enquête.

Les délais d'attente désignent le nombre de semaines écoulées entre la date de l'orientation du patient vers un test diagnostique et la date à laquelle le test est subi.

Délai d'attente médian

Le délai d'attente médian représente le 50^e percentile de la distribution des délais : la moitié des patients attendent moins longtemps et l'autre moitié plus longtemps que le nombre médian de semaines. Les patients qui n'ont pas encore subi le test sont exclus du calcul de l'indicateur. Les tests diagnostiques non urgents incluent l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomodensitométrie (CT-scan) et les angiographies.

Distribution des délais d'attente déclarés

L'indicateur est le pourcentage des patients ayant besoin d'un test diagnostique, qui ont attendu moins de un mois, entre deux et trois mois ou plus de trois mois pour subir le test, durant les douze mois précédant l'enquête. Les patients qui n'ont pas encore subi le test sont exclus du calcul de l'indicateur.

EXCLUSIONS

Les personnes âgées de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

L'*Enquête* de 2003 couvre l'ensemble des provinces et elle permet des estimations à l'échelle du Canada.

TABLEAU
11.1

Données du graphique 11.1

Délai^{1,2} d'attente médian, en nombre de semaines, pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	Nombre de semaines	Intervalle de confiance de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	**	**
Île-du-Prince-Édouard	**	**
Nouvelle-Écosse	2,0 *	0,9 – 3,1*
Nouveau-Brunswick	2,0 *	1,0 – 3,0*
Québec	2,0 *	0,8 – 3,2*
Ontario	3,0 *	1,8 – 4,2*
Manitoba	4,0 *	2,6 – 5,4*
Saskatchewan	**	**
Alberta	2,0 *	0,7 – 3,3*
Colombie-Britannique	2,0 *	1,3 – 2,7*
Canada	2,0 *	1,2 – 2,8*

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Personnes âgées de 15 ans ou plus ayant déclaré des temps d'attente pour des tests diagnostiques obtenus dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.
2. À des fins comparatives, les données sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

TABLEAU
11.2

Données du graphique 11.2

Distribution^{1,2,3} des temps d'attente pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, Québec, provinces canadiennes sélectionnées et Canada, 2003

Province	Moins d'un mois		1 à 3 mois		Plus de 3 mois	
	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %	%	Intervalle de confiance de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador	59,6	46,9 - 72,3	24,2*	13,4 - 34,9*	16,3*	7,2 - 25,3*
Île-du-Prince-Édouard	54,7*	36,7 - 72,8*	32,2*	17,4 - 46,9*	**	**
Nouvelle-Écosse	65,1	54,3 - 75,8	26,5*	17,3 - 35,7*	**	**
Nouveau-Brunswick	59,3	50,7 - 67,8	31,8	23,8 - 39,8	8,9*	3,3 - 14,5*
Québec	61,1	50,0 - 72,2	28,8	19,9 - 37,7	**	**
Ontario	54,1	46,2 - 62,0	31,2	24,3 - 38,1	14,7*	8,7 - 20,8*
Manitoba	47,8	38,0 - 57,5	39,5	29,6 - 49,5	12,7*	5,3 - 20,1*
Saskatchewan	59,9	47,3 - 72,6	22,2*	13,2 - 31,2*	17,9*	7,6 - 28,1*
Alberta	61,2	51,6 - 70,8	27,3*	18,2 - 36,4*	11,5*	4,3 - 18,6*
Colombie-Britannique	62,7	52,9 - 72,6	28,1	19,7 - 36,4	**	**
Canada	58,3	54,1 - 62,5	28,9	25,3 - 32,6	12,8	9,3 - 16,2

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant déclaré un délai d'attente de moins de un mois, de un à trois mois et de plus de trois mois pour des tests diagnostiques obtenus dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.
2. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
3. Personnes ayant déclaré des temps d'attente pour des tests diagnostiques obtenus dans les douze mois qui ont précédé l'enquête.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur l'accès aux services de santé*, supplément à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003.

12 DÉPENSES DES MÉNAGES CONSACRÉES AUX MÉDICAMENTS PRESCRITS

DÉFINITION

Les répondants doivent inscrire au questionnaire combien ils estiment que leur ménage a dépensé, au cours de l'année, pour des médicaments prescrits par un médecin. Un ménage peut comprendre plusieurs familles ou un certain nombre de personnes non apparentées (ex. : des colocataires).

MÉTHODE DE CALCUL

Il s'agit des dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt, allant au-delà de 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % et 5 %.

CALCUL : numérateur/dénominateur exprimé en pourcentage.

NUMÉRATEUR : dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits.

DÉNOMINATEUR : revenu net d'impôt des ménages.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Les données pour les territoires ne sont pas disponibles en raison de problèmes liés à leur qualité.

Ne sont comprises que les dépenses engagées par les personnes elles-mêmes pour l'achat de médicaments d'ordonnance; les dépenses au titre des médicaments couverts par un régime d'assurance médicaments privé ou public ne sont pas comprises. Si les médicaments d'ordonnance sont couverts par un régime, mais que le ménage en assume une partie, cette part est incluse dans la somme dépensée pour l'achat de ces médicaments. Les médicaments en vente libre ne sont pas compris. Les primes versées aux régimes publics et privés sont exclues des dépenses que doivent déclarer les ménages.

LIMITES

Divers facteurs expliquent pourquoi certains ménages dépensent plus que le montant maximal prévu par un régime provincial d'assurance médicaments. Voici une liste partielle de ces facteurs :

- l'EDF et l'EDM sont des enquêtes menées auprès des ménages, et un ménage peut comprendre plusieurs familles ou un certain nombre de personnes non apparentées (colocataires, par exemple);
- des personnes ont pu déclarer parmi leurs dépenses en médicaments prescrits le montant de la prime d'assurance d'un régime public même si elles ne devaient pas le faire;
- des ménages peuvent avoir séjourné dans plus d'une province au cours d'une même année, mais avoir déclaré leurs dépenses de médicaments dans une seule province;
- des personnes qui ont changé de compagnie d'assurances en cours d'année n'ont pas demandé à leur ancien assureur les documents requis afin de vérifier qu'elles n'avaient pas dépassé le montant maximal autorisé;
- les dépenses engagées par une personne au titre de médicaments de prescription au cours d'un séjour à l'extérieur de sa province peuvent ne pas être couvertes par le régime provincial.
- les dépenses déclarées peuvent se rapporter à des médicaments prescrits non couverts par un régime provincial;
- il peut être difficile pour une personne d'établir ce qu'elle a réellement payé pour l'achat de médicaments, particulièrement lorsque l'assureur effectue son remboursement *a posteriori*;
- les écarts entre les provinces sur les chapitres du revenu des ménages et des taux d'imposition influent sur la valeur du présent indicateur et sur les variations entre les provinces;

TABLEAU
12.1

Données du graphique 12.1

Pourcentage¹ des ménages qui déclarent avoir consacré plus qu'une certaine proportion de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits (excluant la prime), Québec, provinces canadiennes et Canada, 2002

Province	Ménages consacrant plus de 0 % de leur revenu net d'impôt	Ménages consacrant plus de 1 % de leur revenu net d'impôt	Ménages consacrant plus de 2 % de leur revenu net d'impôt	Ménages consacrant plus de 3 % de leur revenu net d'impôt	Ménages consacrant plus de 4 % de leur revenu net d'impôt	Ménages consacrant plus de 5 % de leur revenu net d'impôt
	%					
Terre-Neuve-et-Labrador	74,2	26,3	15,8	10,6	8,0	5,8
Île-du-Prince-Édouard	78,0	27,5	17,7	11,7	8,0	6,6
Nouvelle-Écosse	72,5	26,8	15,4	9,3	6,6	4,3
Nouveau-Brunswick	76,2	26,7	15,6	10,2	8,0	5,7
Québec	70,7	26,4	15,3	9,5	6,2	4,0
Ontario	57,9	11,3	5,7	3,3	2,3	1,6 *
Manitoba	69,4	28,7	16,9	10,3	6,5	3,8
Saskatchewan	69,1	30,5	21,3	15,9	11,6	8,1
Alberta	64,3	17,1	8,1	5,2	3,7	2,5 *
Colombie-Britannique	68,6	18,9	8,9	5,7	3,9	2,8 *
Canada	65,2	19,1	10,5	6,5	4,5	3,0

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur les dépenses des ménages*, 2002.

TABLEAU
12.2

Données du graphique 12.2

Évolution du pourcentage¹ des ménages qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits (excluant la prime), Québec et Canada, 1997-2002

Province	%					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Québec	3,6	2,7	2,8	3,8	3,1	4,0
Canada	2,7	2,6	2,6	2,9	2,7	3,0

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Les années antérieures à 2002 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur les dépenses des ménages*, 1997 à 2002.

13 HOSPITALISATIONS POUR DES CONDITIONS PROPICES AUX SOINS AMBULATOIRES

DÉFINITION

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée, ajusté en fonction de l'âge, pour des problèmes de santé pour lesquels les soins ambulatoires appropriés préviennent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation.

MÉTHODE DE CALCUL

Les problèmes de santé qui se prêtent aux soins ambulatoires sont ceux correspondant aux codes de diagnostic précisés ci-dessous.

Diagnostic principal	Code CIM-9 ou CIM-9-CM	Code CIM-10
Diabète	250	E10, E11, E13, E14
Alcoolisme et toxicomanie	291, 292, 303, 304, 305	F10, F11, F12-F19 (sauf F12.6, F13.6, F14.6, F15.6, F16.6, F17.6, F18.6 et F19.6), F55
Dépression névrotique	300, 311	F32.0, F32.9, F34.1, F40, F41, F42, F44, F45.0, F45.1, F45.2, F48, F53.0, F68.0, F99
Hypertension	401, 402, 403, 404, 405	I1
Asthme	493	J45

NUMÉRATEUR : nombre de départs (congé et décès) de patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs pour des problèmes de santé se prêtant aux soins ambulatoires au cours de l'année, par groupe d'âge et par sexe.

DÉNOMINATEUR : population par groupe d'âge et par sexe, selon le recensement ou les estimations démographiques, pour l'année.

FACTEUR MULTIPLICATIF : 100 000

EXCLUSIONS

Les patients non hospitalisés dans des établissements de soins actifs (c'est-à-dire ceux qui ne sont vus qu'à l'urgence ou dans des établissements de soins de longue durée) sont exclus de l'échantillon.

LIMITES

L'indicateur «taux d'hospitalisation pour des problèmes propices aux soins ambulatoires» est établi à partir d'informations du dossier hospitalier du patient qui sont ensuite codées dans la base de données sur la morbidité hospitalière (au Québec, MED-ÉCHO¹).

Une étude de seconde saisie, effectuée afin d'examiner la cohérence du codage pour cet indicateur, a donné un taux de divergence global de 10,8 %. Cependant, pour la majorité des dossiers divergents, un problème d'ASSA (Affections sensibles aux soins ambulatoires) est apparu comme diagnostic dans le dossier du patient, mais non en tant que diagnostic principal. Il convient de souligner que ce taux de divergence représente une moyenne globale et ne peut être directement attribué à un établissement, à une province ou à un territoire. Seuls 13 des 272 dossiers de seconde saisie ne comptaient aucun problème d'ASSA dans les différents domaines de diagnostic. Six de ces treize dossiers avaient initialement été codés dans la catégorie des troubles névrotiques ou dépressifs tandis qu'à la seconde saisie, tous les dossiers en cause ont été codés comme « trouble mental », même si le trouble indiqué ne correspondait pas strictement à un problème d'ASSA. Cet élément porte à croire que l'indicateur d'ASSA est invariablement codé et peut être comparé entre les administrations et au fil du temps, sauf dans un cas.

1. MED-ÉCHO est l'abréviation de : Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.

En outre, la période analysée couvre les années 1995-1996 à 2001-2002 (années financières); or depuis 2001-2002, certaines provinces canadiennes ont migré de la CIM-9² à la CIM-10³ en ce qui concerne la codification des diagnostics et traitements. Cette migration peut entraîner certaines variations dans les résultats de 2001-2002 par rapport aux années antérieures.

Enfin, la littérature portant sur les « hospitalisations pour des problèmes de santé propices aux soins ambula-

toires⁴ » montre que ces indicateurs peuvent permettre des comparaisons valables dans le temps et entre différentes entités territoriales. En revanche, certaines composantes sociales et culturelles peuvent avoir une influence sur les résultats, qui se traduit par une distribution non uniforme de la maladie dans la population. En d'autres termes, des maladies affectent davantage certains groupes sociaux ou ethniques que d'autres⁵.

**TABLEAU
13.1**

Données du graphique 13.1

Taux¹ d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2001-2002

Province	Taux pour 100 000 hospitalisations
Terre-Neuve-et-Labrador	452
Île-du-Prince-Édouard	888
Nouvelle-Écosse	355
Nouveau-Brunswick	560
Québec	314
Ontario	304
Manitoba	440
Saskatchewan	513
Alberta	427
Colombie-Britannique	328
Canada	346

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la morbidité hospitalière*, 2001-2002; Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001*. Institut de la statistique du Québec.

**TABLEAU
13.2**

Données du graphique 13.2

Évolution du taux¹ d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, Québec et Canada, 1995-1996 à 2001-2002, taux pour 100 000 hospitalisations

	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
Québec	447	401	384	367	355	335	314
Canada	503	463	447	411	401	370	346

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population lors du Recensement du Canada de 1991.

L'année 2000-2001 et les années antérieures à 1999-2000 n'ont pas fait l'objet de vérification par le Vérificateur général du Québec.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la morbidité hospitalière*, 1995-1996 à 2001-2002. Statistique Canada, *Données du Recensement de 2001*. Institut de la statistique du Québec.

2. CIM-9 : Classification internationale des maladies, version 9.
3. CIM-10 : Classification internationale des maladies, version 10.
4. « Ambulatory Care Sensitive Conditions » (ACSC) en anglais.
5. Derek DELIA, « Distributional issues in the analysis of preventable hospitalizations », *Health Services Research*, vol. 38, n° 6, décembre 2003, p. 1761-1779. James N. LADITKA, « Physician supply, physician diversity, and outcomes of primary health care for older persons in the United States », *Health & Place*, vol. 10, n° 3, septembre 2004, p. 231-244.

Satisfaction à l'égard des services offerts

14 SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DE L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services de santé, en général, ont été fournis.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont reçu des services de santé, quels qu'ils soient, durant une période de référence de douze mois. Le degré de satisfaction du patient à l'égard des services reçus est mesuré. L'indicateur s'applique aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

En ce qui concerne les services de santé, on a posé la question suivante : « De façon générale, à quel degré êtes-vous satisfait de la manière dont les services de santé ont été fournis ? Très satisfait ? assez satisfait ? ni satisfait ni insatisfait ? assez insatisfait ? très insatisfait ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent être « très satisfaites » ou « assez satisfaites » de la prestation des services de santé.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 15 ans ou plus qui a reçu des soins de santé au cours des douze mois précédant l'enquête.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Cette question n'est pas posée aux personnes âgées de moins de 15 ans.

TABLEAU
14.1

Données du graphique 14.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	83,7
Île-du-Prince-Édouard	88,6
Nouvelle-Écosse	84,4
Nouveau-Brunswick	86,6
Québec	87,1
Ontario	85,3
Manitoba	82,5
Saskatchewan	87,9
Alberta	83,3
Colombie-Britannique	80,8
Canada	84,9

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
14.2

Données du graphique 14.2

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%	%	%
15 à 19 ans	84,3	81,9	83,2
20 à 34 ans	84,1	85,0	84,6
35 à 44 ans	83,4	90,0	86,6
45 à 64 ans	90,8	86,9	88,8
65 à 74 ans	93,1	94,7	94,0
75 ans ou plus	91,3	92,7	92,1
Total, 15 ans ou plus	87,3	87,9	87,6

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

15 SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SOINS DE SANTÉ REÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les soins de santé offerts dans la communauté ont été fournis. Les soins de santé dans la communauté comprennent les soins de santé reçus à l'extérieur d'un hôpital ou du cabinet d'un médecin (ex. : soins infirmiers à domicile, counselling ou thérapie à domicile, soins personnels, clinique communautaire sans rendez-vous).

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont reçu des soins de santé dans la communauté, quels qu'ils soient, durant une période de référence de douze mois. Le degré de satisfaction du patient à l'égard des soins reçus est mesuré. L'indicateur s'applique aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

En ce qui concerne les soins de santé reçus dans la communauté, on a posé la question suivante : « De façon générale, à quel degré êtes-vous satisfait de la manière dont les soins de santé reçus dans la communauté ont été fournis ? Très satisfait ? assez satisfait ? ni satisfait ni insatisfait ? assez insatisfait ? très insatisfait ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent être « très satisfaites » ou « assez satisfaites » de la prestation des soins de santé reçus dans la communauté.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 15 ans ou plus qui a reçu des soins dans la communauté au cours des douze mois précédant l'enquête.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Cette question n'est pas posée aux personnes âgées de moins de 15 ans.

TABLEAU
15.1

Données du graphique 15.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	91,9
Île-du-Prince-Édouard	85,4
Nouvelle-Écosse	85,5
Nouveau-Brunswick	91,7
Québec	88,6
Ontario	81,6
Manitoba	81,0
Saskatchewan	82,3
Alberta	78,0
Colombie-Britannique	83,4
Canada	83,0

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
15.2

Données du graphique 15.2

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%	%	%
15 à 19 ans	100,0	89,1	92,0
20 à 34 ans	88,8	83,8	85,8
35 à 44 ans	91,3	74,8	82,3
45 à 64 ans	95,6	89,3	91,7
65 à 74 ans	98,7	94,1	96,5
75 ans ou plus	90,5	99,4	96,8
Total, 15 ans ou plus	93,5	86,9	89,6

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

16 SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SERVICES INFO-SANTÉ

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services Info-Santé (service de ligne d'information téléphonique) ont été fournis.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont eu recours à une ligne d'information téléphonique sur la santé ou à des services Info-Santé durant une période de référence de douze mois. Le degré de satisfaction de la personne à l'égard des services reçus est mesuré. L'indicateur s'applique aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

En ce qui concerne les services Info-Santé, on a posé la question suivante : « De façon générale, à quel degré êtes-vous satisfait de la manière dont les services Info-Santé ont été fournis ? Très satisfait ? assez satisfait ? ni satisfait ni insatisfait ? assez insatisfait ? très insatisfait ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent être « très satisfaites » ou « assez satisfaites » de la prestation des services Info-Santé.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 15 ans ou plus qui a eu recours à des services Info-Santé au cours des douze mois précédant l'enquête.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Cette question n'est pas posée aux personnes âgées de moins de 15 ans.

LIMITES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont eu recours à une ligne d'information téléphonique sur la santé ou aux services d'Info-Santé (pour le Québec) durant une période de référence de douze mois. Pour les besoins de l'enquête, les lignes d'information téléphonique sur la santé et les services Info-Santé englobent les services téléphoniques permettant d'obtenir de l'information, habituellement auprès d'une infirmière ou d'un autre spécialiste de la santé. Il doit y avoir une interaction directe avec une autre personne. Les systèmes automatisés ne sont pas pris en considération cependant les répondants n'étaient pas forcément au courant de cette exclusion. Cela peut influencer les résultats de provinces ou de territoires, selon la disponibilité d'un service automatisé.

TABLEAU
16.1

Données du graphique 16.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	86,7
Île-du-Prince-Édouard	76,1*
Nouvelle-Écosse	92,2
Nouveau-Brunswick	87,9
Québec	83,7
Ontario	83,5
Manitoba	84,0
Saskatchewan	81,2
Alberta	82,7
Colombie-Britannique	84,8
Canada	83,7

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence.

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population lors du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services Info-Santé, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%	%	%
15 à 19 ans	75,5	82,5	81,0
20 à 34 ans	86,7	83,0	84,1
35 à 44 ans	95,3	79,8	86,1
45 à 64 ans	96,4	78,5	84,7
65 à 74 ans	84,3	76,6	78,5
75 ans ou plus	**	77,6*	77,9
Total, 15 ans ou plus	91,1	80,8	84,2

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3%; estimation non fiable.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

17 SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SERVICES HOSPITALIERS

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont reçu des services de santé dans un hôpital durant une période de référence de douze mois. Le degré de satisfaction du patient à l'égard des services reçus est mesuré. L'indicateur s'applique aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

En ce qui concerne les services hospitaliers, on a posé la question suivante : « Lors de votre dernière visite à l'hôpital, à quel degré avez-vous été satisfait de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis ? Très satisfait ? assez satisfait ? ni satisfait ni insatisfait ? assez insatisfait ? très insatisfait ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent être « très satisfaites » ou « assez satisfaites » de la manière dont les services hospitaliers ont été fournis.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 15 ans ou plus qui a reçu des services de santé dans un hôpital au cours des douze mois précédant l'enquête.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Cette question n'est pas posée aux personnes âgées de moins de 15 ans.

LIMITES

Les données ne peuvent être comparées dans le temps.

TABLEAU
17.1

Données du graphique 17.1

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	82,0
Île-du-Prince-Édouard	84,4
Nouvelle-Écosse	80,8
Nouveau-Brunswick	84,8
Québec	83,2
Ontario	79,3
Manitoba	83,2
Saskatchewan	86,7
Alberta	79,6
Colombie-Britannique	79,6
Canada	81,1

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec pour référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
17.2

Données du graphique 17.2

Pourcentage¹ de personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%	%	%
15 à 19 ans	79,1*	73,6*	76,5
20 à 34 ans	73,5	77,0	75,6
35 à 44 ans	90,0	86,2	88,2
45 à 64 ans	92,8	87,4	89,9
65 à 74 ans	93,1	80,0	86,5
75 ans ou plus	92,9*	92,8	92,8
Total, 15 ans ou plus	87,0	83,0	84,9

* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

1. Les données sont brutes (non ajustées).

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

18 SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE OU D'UN AUTRE MÉDECIN

DÉFINITION

Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être très ou assez satisfaite de la façon dont les services de santé ont été donnés par un médecin de famille ou par un autre médecin (à l'exclusion des services reçus en milieu hospitalier).

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Cet indicateur s'applique aux personnes qui ont reçu des services de soins de santé au cours d'une période de référence de douze mois. La satisfaction du patient à l'égard de la manière dont les soins ont été fournis par le médecin est mesurée. L'indicateur s'applique aux personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé.

En ce qui concerne les services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin, on a posé la question suivante : « Dans l'ensemble, à quel degré avez-vous été satisfait de la façon dont les services d'un médecin de famille ou d'un autre médecin vous ont été donnés lors de votre dernière visite ? Très satisfait ? assez satisfait ? ni satisfait ni insatisfait ? assez insatisfait ? très insatisfait ? »

MÉTHODE DE CALCUL

CALCUL : numérateur/dénominateur multiplié par 100.

NUMÉRATEUR : nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant avoir été « très satisfaites » ou « assez satisfaites » de la façon dont les services ont été donnés par un médecin de famille ou un autre médecin.

DÉNOMINATEUR : population totale âgée de 15 ans ou plus qui a reçu des services de santé au cours des douze mois précédant l'enquête.

EXCLUSIONS

Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. Cette question n'est pas posée aux personnes âgées de moins de 15 ans.

TABLEAU
18.1

Données du graphique 18.1

Pourcentage de personnes¹ âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin², Québec, provinces canadiennes et Canada, 2003

Province	%
Terre-Neuve-et-Labrador	92,7
Île-du-Prince-Édouard	93,5
Nouvelle-Écosse	93,1
Nouveau-Brunswick	92,8
Québec	93,4
Ontario	90,6
Manitoba	91,1
Saskatchewan	93,5
Alberta	90,3
Colombie-Britannique	89,9
Canada	91,4

1. À des fins comparatives, les taux sont ajustés selon l'âge à l'aide de la méthode directe avec comme référence la structure par âge de la population au moment du Recensement du Canada de 1991.
2. Les services obtenus dans un centre hospitalier sont exclus.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

TABLEAU
18.2

Données du graphique 18.2

Pourcentage de personnes¹ âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin², selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%	%	%
15 à 19 ans	97,5	88,0	91,2
20 à 34 ans	93,2	91,2	91,9
35 à 44 ans	94,8	92,5	93,6
45 à 64 ans	97,0	93,0	94,8
65 à 74 ans	97,4	95,4	96,2
75 ans ou plus	96,8	92,6	94,3
Total, 15 ans ou plus	95,9	92,4	93,9

1. Les données sont brutes (non ajustées).
2. Les services obtenus dans un centre hospitalier sont exclus.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 2.1, 2003.

LISTE DES INDICATEURS

OBJECTIF / INDICATEUR

État de santé et habitudes de vie

1. Perception de l'état de santé
2. Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
3. Tabagisme chez les adolescents
4. Activité physique
5. Indice de masse corporelle
6. Immunisation des personnes âgées de 65 ans ou plus contre l'influenza (vaccin antigrippal)
7. Prévalence du diabète

Accès aux services de santé

8. Difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi
9. Difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé
10. Difficultés à obtenir des soins immédiats
11. Délais d'attente déclarés pour des tests diagnostiques
12. Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits
13. Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires

Satisfaction à l'égard des services offerts

14. Ensemble des services de santé
15. Soins de santé dans la communauté
16. Services Info-Santé
17. Services hospitaliers
18. Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

SYNTHÈSE

OBJECTIF / INDICATEUR	QUÉBEC	CANADA
État de santé et habitudes de vie		
1. Perception de l'état de santé : très bonne ou excellente (2003)	58,6 %	59,6 %
2. Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé		
• Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé (2000-2001) : HOMMES	69,0 ans	68,3 ans
• Espérance de vie à la naissance ajustée en fonction de l'état de santé (2000-2001) : FEMMES	72,0 ans	70,8 ans
• Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé (2000-2001) : HOMMES	12,8 ans	12,7 ans
• Espérance de vie à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé (2000-2001) : FEMMES	14,8 ans	14,4 ans
3. Taux de tabagisme		
• Adolescents fumant actuellement régulièrement ou à l'occasion – 2003	20,0 %	14,8 %
• Adolescents fumant régulièrement – 2003	12,5 %	9,1 %
4. Activités physiques		
• Proportion des personnes de 12 ans ou plus qui déclarent être physiquement « actives » durant leurs loisirs – 2003	47,8 %	51,0 %
• Proportion des personnes de 12 ans ou plus qui déclarent être physiquement « inactives » durant de leurs loisirs – 2003	49,9 %	46,4 %
5. Indice de masse corporel		
• Proportion des personnes de 18 ans ou plus présentant un poids insuffisant – 2003	3,1 %	2,8 %
• Proportion des personnes de 18 ans ou plus présentant un poids normal – 2003	50,0 %	47,8 %
• Proportion des personnes de 18 ans ou plus présentant de l'embonpoint – 2003	31,8 %	32,4 %
• Proportion des personnes de 18 ans ou plus présentant de l'obésité – 2003	13,4 %	14,5 %
6. Taux de vaccination contre la grippe au cours de la dernière année, population âgée de 65 ans ou plus (vaccin antigrippal) – 2003	55,0 %	62,1 %
7. Prévalence relative ajustée du diabète chez les personnes de 20 ans ou plus à 1999-2000	4,7 %	4,8 %
Accès aux services de santé		
8. Difficultés à obtenir des services de santé de routine et de suivi		
• Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine et de suivi, à n'importe quel moment de la journée – 2003	19,8 %	16,4 %
9. Difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé		
• Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé, à n'importe quel moment de la journée – 2003	14,5 %	15,8 %

OBJECTIF / INDICATEUR	QUÉBEC	CANADA
10. Difficultés à obtenir des soins immédiats <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins de santé immédiats pour un problème de santé mineur, à n'importe quel moment de la journée – 2003 	25,6 %	23,8 %
11. Délais d'attente médians (semaines) déclarés pour des tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus – 2003	2 semaines	2 semaines
Distribution des temps d'attente pour tests diagnostiques, population âgée de 15 ans ou plus, moins d'un mois (2003)	61,1 %	58,3 %
Distribution des temps d'attente pour tests diagnostiques, 1 à 3 mois (2003)	28,8 %	28,9 %
12. Pourcentage des ménages qui déclarent avoir consacré plus de 5 % de leur revenu net d'impôt à l'achat de médicaments prescrits – 2002	4,0 %	3,0 %
13. Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires pour 100 000 hospitalisations à 2001-2002	314	346

Satisfaction à l'égard des services offerts

14. Pourcentage des personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services de santé fournis – 2003	87,1 %	84,9 %
15. Pourcentage des personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des soins de santé reçus dans la communauté – 2003	88,6 %	83,0 %
16. Pourcentage des personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des Services Info Santé – 2003	83,7 %	83,7 %
17. Pourcentage des personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des services hospitaliers fournis – 2003	83,2 %	81,1 %
18. Pourcentage des personnes âgées de 15 ans ou plus très ou assez satisfaites des Services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin – 2003	93,4 %	91,4 %

RAPPORT DU QUÉBEC SUR LES INDICATEURS COMPARABLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Le Québec, comme la plupart des sociétés avancées, consacre une quantité importante de ses ressources au secteur de la santé. Le Québec fait de la santé sa priorité en préconisant des initiatives qui visent à améliorer la qualité des services et à les rendre plus accessibles à la population.

Les efforts actuels ainsi que les réflexions qui se poursuivent, que ce soit au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, avec ses partenaires, ou dans le cadre de débats suscitant la participation de l'ensemble de la population québécoise, visent à rendre le système de santé et de services sociaux du Québec encore plus performant, c'est-à-dire encore mieux outillé pour faire face aux multiples besoins des clientèles variées auxquelles il s'adresse.

Le « Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé » présente une sélection d'indicateurs regroupés en fonction de trois domaines prioritaires :

- état de santé et habitudes de vie;
- accès aux services de santé;
- satisfaction à l'égard des services offerts.

Cette publication du Ministère constitue, pour la population, une source d'information à jour sur une gamme d'indicateurs comparables entre les provinces canadiennes.