

LES CANADIENS ET LES CANADIENNES EN SANTÉ

2010

RAPPORT FÉDÉRAL SUR LES
INDICATEURS COMPARABLES
DE LA SANTÉ



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Publication autorisée par la ministre de la Santé.

Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010 est disponible dans Internet à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-fra.php>.

Also available in English under the title:

Healthy Canadians—A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010

La présente publication est disponible sur demande sous d'autres formes.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Publications

Santé Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-954-5995

Télé. : 613-941-5366

Courriel : info@hc-sc.gc.ca

La présente publication peut être reproduite sans autorisation dans la mesure où l'utilisation qu'on en fait respecte les limites de l'utilisation équitable définie dans la Loi sur le droit d'auteur et qu'elle est faite uniquement aux fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou de préparation d'un résumé destiné aux journaux. La source doit être indiquée en entier. Toutefois, la reproduction de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2011

SC Pub. : 100354

Cat. : H21-206/2010F-PDF

ISBN : 978-1-100-95186-7

Message de la ministre de la Santé



Notre gouvernement est toujours déterminé à aider les Canadiens et les Canadiennes à faire partie des peuples qui jouissent du meilleur état de santé au monde. À cette fin, je suis heureuse de publier le document *Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*.

Ce rapport est le cinquième de la série *Les Canadiens et les Canadiennes en santé*, et présente aux Canadiens des renseignements importants sur l'état de santé de la population de leur pays ainsi que des renseignements actuels sur leur système de soins de santé. Les indicateurs de santé utilisés dans ces rapports constituent des mesures normalisées servant à assurer le suivi des changements au fil du temps. Ils aident également à cibler les secteurs de notre système de soins de santé qui ont besoin d'améliorations.

En tant que ministre de la Santé, j'ai appris avec un grand plaisir que la plupart des Canadiens sont généralement encore satisfaits des services de soins de santé qu'ils reçoivent. Depuis la publication de notre dernier rapport en 2008, les niveaux d'activité physique ont augmenté et un nombre plus élevé de Canadiens déclarent être en excellente ou en très bonne santé. Bien que ces renseignements soient encourageants, il faut encore travailler afin d'améliorer plusieurs domaines, par exemple en réduisant l'obésité et en diminuant le temps d'attente pour les soins de santé.

La protection de la santé et de la sécurité des Canadiens ainsi que de leur famille constitue une priorité pour notre gouvernement. Nous avons récemment investi 500 millions de dollars afin de poursuivre le développement de son système de dossiers électroniques de santé. *La Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* est entrée en vigueur en décembre 2010 et elle procure les outils qui permettent au gouvernement de continuer à protéger efficacement la sécurité des Canadiens. Santé Canada continuera également de moderniser la législation régissant la sécurité des produits alimentaires, thérapeutiques et de consommation afin de protéger les familles canadiennes contre les produits de consommation non sécuritaires. Comme nous reconnaissons l'importance de prévenir efficacement les maladies et de promouvoir et d'améliorer la santé des membres des Premières nations et des Inuits, d'autres initiatives récemment mises en place visent à investir de façon continue dans les programmes de santé des Autochtones, ainsi qu'à diminuer le coût des aliments sains et à en améliorer l'accès dans les régions éloignées et nordiques.

J'aimerais remercier Statistique Canada ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé pour leur soutien continu et leurs contributions essentielles, particulièrement pour nous avoir fourni des données, afin que nous élaborions ce rapport.

Comme le document *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010* constitue un excellent outil de recherche, je suis certaine qu'il permettra de faire progresser les discussions sur le renouvellement du système de santé du Canada et contribuera au perfectionnement de celui-ci afin d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Leona Aglukkaq
Ministre de la Santé

Énoncé de responsabilité

Sous-ministre de la Santé Santé Canada

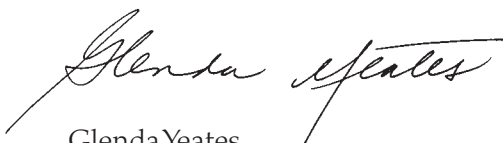
Responsabilité de la direction au sujet du rapport sur les indicateurs de santé

Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010 présente au public, aux fournisseurs de soins de santé et aux intervenants des renseignements importants sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes ainsi que sur le rendement du système de soins de santé du Canada, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci, l'état de santé et le mieux-être.

En publiant ce rapport tous les deux ans, le gouvernement du Canada respecte l'engagement qu'il avait pris dans l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* et dans le *Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé*, soit d'améliorer la présentation de rapports destinés au public sur les indicateurs comparables de la santé. Le rapport de 2010, plus exhaustif que les rapports précédents, renferme des données sur cinquante-deux indicateurs comparables de la santé, comparativement aux trente-sept indicateurs du rapport de 2008.

Les données présentées dans ce rapport proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, des Statistiques de l'état civil, de l'Enquête auprès des peuples autochtones et d'autres bases de données. Santé Canada a collaboré avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Agence de la santé publique du Canada pour obtenir des données précises et fiables pour ce rapport.

Le cas échéant, les raisons pour lesquelles la qualité des données présentées dans ce rapport était limitée ont été indiquées et expliquées. À notre connaissance, les données sont complètes et exactes, à moins d'indication contraire. Je suis certaine que les Canadiens et Canadiennes, les membres du secteur de la santé et les intervenants estimeront tous que la très grande quantité de renseignements présentés dans ce rapport sont intéressants et utiles.



Glenda Yeates
Sous-ministre de la Santé

Table des matières

Message de la ministre de la Santé	i
Énoncé de responsabilité de la sous-ministre	iii
Liste des Figures	vii
Liste des Tableaux	xi
Remerciements	xii
Résumé	xiv
I Introduction	1
Objectif du rapport.	1
Contexte	1
Sélection des indicateurs.	1
Éléments nouveaux de cette publication	2
Structure du rapport	2
Comment utiliser les indicateurs de santé.	2
Limites des indicateurs de santé.	3
Avis méthodologiques au lecteur	3
II Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé	5
III Mesurer le rendement	9
Accès aux soins de santé	
1. Proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille régulier	11
2. Difficulté déclarée à obtenir des services de santé de routine ou de suivi	14
3. Difficulté déclarée à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	14
4. Difficulté déclarée à obtenir des soins immédiats	14
5. Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostic	18
6. Temps d'attente déclarés pour la consultation d'un médecin spécialiste.	18
7. Temps d'attente déclarés pour une intervention chirurgicale	18
8. Dépenses déclarées des ménages consacrées aux médicaments sur ordonnance en pourcentage du revenu.	26
Qualité des soins de santé	
9. Satisfaction des patients à l'égard des services de santé (Recherche sur l'opinion publique)	30
10. Taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire (CPTA)	33
11. Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)	37
Viabilité du système de soins de santé	
12. Nombre de médecins de famille	40
13. Nombre de médecins spécialistes	40
14. Nombre d'infirmières et infirmiers autorisés	40
15. Nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés	40
16. Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM)	45
17. Nombre d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)	45
18. Nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM)	45
19. Nombre d'examen de tomodensitométrie (TDM)	45

Santé et mieux-être	
20.	Années potentielles de vie perdues dues au suicide 52
21.	Années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles 52
22.	Taux d'incidence du cancer du poumon 60
23.	Taux d'incidence du cancer de la prostate 60
24.	Taux d'incidence du cancer du sein 60
25.	Taux d'incidence du cancer colorectal 60
26.	Taux de mortalité par cancer du poumon 67
27.	Taux de mortalité par cancer de la prostate 67
28.	Taux de mortalité par cancer du sein 67
29.	Taux de mortalité par cancer colorectal 67
30.	Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM) 81
31.	Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral 81
32.	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) déclarée 93
33.	Asthme déclaré 97
34.	Taux de tabagisme déclaré chez les adolescents 101
35.	Taux de tabagisme déclaré chez les adultes 101
36.	Arthrite déclarée 107
37.	Ostéoporose déclarée 111
38.	Taux d'incidence pour la chlamydia 115
39.	Taux de prévalence du Virus d'immunodéficience humaine (VIH) 119
40.	Taux d'incidence de la vérotoxine E. coli 123
41.	Incidence de la résistance aux antimicrobiens 126
42.	Niveaux de cholestérol sanguin 130
43.	Hypertension déclarée 134
44.	Stress déclaré 138
45.	Diabète 141
46.	Indice de masse corporelle (IMC) 147
47.	Taux d'activité physique déclarée 152
48.	État de santé déclaré 155
49.	Espérance de vie 161
50.	Mortalité infantile 166
51.	Insuffisance de poids à la naissance 170
52.	Vaccination déclarée contre la grippe chez les 65 ans et plus (vaccin antigrippal) 176
IV	Information sur la santé – Défis et prochaines étapes 180
Annexes	
	Annexe 1 : Supplément aux services de santé fédéraux sélectionnés 184
	Annexe 2 : Exclusions et limites relatives aux sources de données 190
	Références 201

Liste des Figures

Figure 1	Prévision des dépenses totales de santé par source de financement au Canada en 2010	6
Figure 2	Proportion de la population ayant déclaré avoir un médecin de famille régulier, pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a un médecin de famille régulier, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	12
Figure 3	Difficulté déclarée à obtenir des services, des renseignements ou des conseils en matière de santé, ou des soins immédiats, pourcentage de la population ayant déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir divers services de santé, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	15
Figure 4	Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostic, distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	20
Figure 5	Temps d'attente déclarés pour une consultation avec un spécialiste, distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	21
Figure 6	Temps d'attente déclarés pour une chirurgie non urgente, distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	23
Figure 7	Dépenses personnelles déclarées pour l'achat de médicaments sur ordonnance, selon le pourcentage du revenu net d'impôt, Canada, 2000-2008	27
Figure 8	Satisfaction des patients à l'égard des services de santé reçus, pourcentage de la population qui s'est déclarée satisfaite des soins de santé reçus au cours de la dernière année, Canada, 2005-2009	31
Figure 9	Conditions propices au traitement ambulatoire, taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire, par 100 000 habitants de moins de 75 ans, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2002-2003 à 2008-2009	34
Figure 10	Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM), hommes et femmes, Canada, 2003-2004 à 2008-2009	38
Figure 11	Nombre de médecins de famille et spécialistes, par 100 000 habitants, Canada, 2000-2008.	41
Figure 12	Nombre d'infirmières et infirmiers autorisés actifs et en exercice, et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés actifs et en exercice, par 100 000 habitants, Canada, 2000-2008.	42
Figure 13	Médecins professionnellement actifs, par 1 000 habitants, selon les pays et années sélectionnés	43
Figure 14	Infirmières et infirmiers professionnellement actifs, par 1 000 habitants, selon les pays et années sélectionnés	43
Figure 15	Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM), Canada, 2003-2010	46
Figure 16	Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par 1 000 000 d'habitants, selon les pays et années sélectionnés	47
Figure 17	Nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) par 1 000 000 d'habitants, selon les pays et années sélectionnés	48
Figure 18	Nombre d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM), Canada, 2003-2004 à 2009-2010	49

Figure 19	Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide, par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada, 2000-2006	53
Figure 20	Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide et à une automutilation intentionnelle, par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003	54
Figure 21	Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à une automutilation intentionnelle, par 100 000 habitants âgés de 0 à 69 ans, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés	55
Figure 22	Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada, 2000-2006.	56
Figure 23	Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles, par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003	57
Figure 24	Taux d'incidence du cancer du poumon, par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007.	61
Figure 25	Taux d'incidence du cancer de la prostate, par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007	62
Figure 26	Taux d'incidence du cancer du sein, par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007	63
Figure 27	Taux d'incidence du cancer colorectal, par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007.	64
Figure 28	Taux de mortalité par cancer du poumon, par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007.	69
Figure 29	Taux de mortalité par cancer du poumon, par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés	70
Figure 30	Taux de mortalité par cancer de la prostate, par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007	71
Figure 31	Taux de mortalité par cancer de la prostate, par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés	72
Figure 32	Taux de mortalité par cancer du sein, par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007	73
Figure 33	Taux de mortalité par cancer du sein, par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés	74
Figure 34	Taux de mortalité par cancer colorectal, par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007.	75
Figure 35	Taux de mortalité par cancer du côlon, par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés	76
Figure 36	Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM), par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2006.	83
Figure 37	Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM), par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés.	86

Figure 38	Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral, par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2006.	87
Figure 39	Taux de mortalité par maladie vasculaire cérébrale, par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés.	90
Figure 40	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus qui a déclaré avoir une MPOC, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	94
Figure 41	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus qui a déclaré avoir une MPOC, selon le sexe et les groupes d'âge (normalisé selon l'âge), Canada, 2009.	95
Figure 42	Asthme déclaré, pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir d'asthme, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	98
Figure 43	Taux de tabagisme déclarés chez les adolescents, pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans ayant déclaré être des fumeurs actuels et quotidiens, selon le sexe, Canada, 2003-2009	102
Figure 44	Taux de tabagisme déclarés chez les Canadiens, pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré être des fumeurs actuels et quotidiens, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	103
Figure 45	Taux de tabagisme déclarés, pourcentage d'Inuits âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré être des fumeurs quotidiens et occasionnels, selon le sexe, Canada, 2006	104
Figure 46	Arthrite déclarée, pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a déclaré souffrir d'arthrite, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2007-2009.	108
Figure 47	Ostéoporose déclarée, pourcentage de la population qui a déclaré souffrir d'ostéoporose, selon le sexe (non normalisé selon l'âge), Canada, 2008-2009.	112
Figure 48	Taux d'incidence des infections par <i>Chlamydia trachomatis</i> , Canada, 2000-2008	116
Figure 49	Taux d'incidence de cas déclarés d'E. coli producteur de vérotoxine, par 100 000 habitants, Canada, 2000-2009	124
Figure 50	Incidence de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM), Canada, 2000-2008	127
Figure 51	Niveaux de cholestérol sanguin, pourcentage de la population qui fait partie de l'intervalle santé pour le cholestérol HDL et le cholestérol LDL, selon les groupes d'âge, Canada, 2007-2009	131
Figure 52	Hypertension déclarée, pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré faire de l'hypertension, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	135
Figure 53	Stress déclaré, pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a déclaré un niveau de stress quotidien « assez intense », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	139
Figure 54	Prévalence du diabète, taux de prévalence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2001 à 2006-2007	142
Figure 55	Prévalence du diabète, taux de prévalence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants, selon le sexe et le groupe d'âge sélectionnés, Canada, 2006-2007.	143

Figure 56	Incidence du diabète, taux d'incidence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 1 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2001 à 2006-2007	144
Figure 57	Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (toutes catégories), pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans les catégories spécifiées, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2009	148
Figure 58	Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (catégorie surcharge pondérale), pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans la catégorie surcharge pondérale (IMC 25,0 - 29,9), selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	149
Figure 59	Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (catégorie obèse), pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans la catégorie obèse (IMC \geq 30,0), selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	150
Figure 60	Taux d'activité physique déclaré, pourcentage de la population ayant déclaré être « physiquement actif » ou « physiquement inactif », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	153
Figure 61	État de santé déclaré, pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	156
Figure 62	État de santé déclaré, pourcentage de la population inuite ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon », selon le sexe, Canada, 2006	157
Figure 63	État de santé déclaré, pourcentage de la population ayant déclaré un état de santé « bon » ou meilleur, selon le sexe, pays et années sélectionnés	159
Figure 64	Espérance de vie, espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Canada, 1999-2001 à 2005-2007	162
Figure 65	Espérance de vie à la naissance, en nombre d'années, selon le sexe, pays et années sélectionnés	163
Figure 66	Mortalité infantile, poids à la naissance de 500 g ou plus, selon le sexe, Canada, 2000-2007	167
Figure 67	Mortalité infantile, décès par 1 000 naissances vivantes, garçons et filles, selon les pays et années sélectionnés	168
Figure 68	Insuffisance de poids à la naissance, proportion des nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance se situe entre 500 g et 2 500 g, selon le sexe, Canada, 2000-2007	171
Figure 69	Insuffisance de poids à la naissance, selon le sexe, moyenne de 5 ans, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003	172
Figure 70	Insuffisance de poids à la naissance, proportion des nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g, garçons et filles, selon les pays et années sélectionnés	173
Figure 71	Vaccination déclarée contre la grippe, pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant déclaré avoir été vacciné il y a moins d'un an, selon le sexe, Canada, 2003-2009	177
Figure 72	Vaccination contre la grippe, pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus qui a été vacciné au cours des douze derniers mois, hommes et femmes, selon les pays et années sélectionnés	178

Liste des Tableaux

Tableau 1	Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostic, temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	19
Tableau 2	Temps d'attente déclarés pour une consultation avec un spécialiste, temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009.	21
Tableau 3	Temps d'attente déclarés pour une chirurgie non urgente, temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009	22
Tableau 4	Taux de mortalité pour différents cancers sélectionnés, chez les Indiens inscrits et non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge), 1991-2001 (centré sur 1996)	77
Tableau 5	Taux de mortalité pour différents cancers sélectionnés, chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003	78
Tableau 6	Taux de mortalité par cardiopathie ischémique, chez les Indiens inscrits et les non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge), 1991-2001 (centré sur 1996)	84
Tableau 7	Taux de mortalité par cardiopathie ischémique, chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003	85
Tableau 8	Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral, chez les Indiens inscrits et les non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge), 1991-2001 (centré sur 1996)	88
Tableau 9	Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral, chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003	89
Tableau 10	Infections par le VIH, nombre estimatif de cas d'infection prévalente au VIH au Canada et intervalles d'incertitude correspondants à la fin de 2005 et de 2008, par catégorie d'exposition (les données sont arrondies)	120

Remerciements

L'équipe du projet *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010* était formée des personnes suivantes, employées à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada :

- Marcel Dubois et Bernard Bilodeau, gestionnaires de projet et auteurs
- Alexander Kuc, analyste
- Allan Gordon, gestionnaire

L'équipe du projet remercie les personnes suivantes pour leur aide dans la rédaction des sections principales du rapport :

- Jean-François Asselin, Robyn Foster, Jim Grose, Shamali Gupta et Stéphane L. Paré

Santé Canada exprime également sa gratitude aux personnes suivantes pour l'aide et les directives qu'elles ont offertes dans la production du document *Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010* :

- Nana Amankwah, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
- Ahmed Loita, Division des relations fédérales-provinciales, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
- Lewis McCall, Bureau de la vérification et de la responsabilisation, Santé Canada
- Michael Day-Savage, Politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Rene Dion, Politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Paul Sandage, Politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Paula Stewart, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
- Eric R. Driscoll, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
- Steven Guercio, Laboratoire national de microbiologie, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada

Nous remercions les fournisseurs de données suivants pour leur participation :

- Statistique Canada
- Institut canadien d'information sur la santé
- Agence de la santé publique du Canada

Nous remercions les ministères suivants pour leur implication :

- Ministère de la Défense nationale
- Service correctionnel du Canada
- Anciens Combattants Canada
- Gendarmerie royale du Canada
- Citoyenneté et immigration Canada

Santé Canada aimerait remercier les personnes suivantes pour leur contribution au document *Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010* :

- Irwin Hinberg, Constance Campbell et Brigitte Zirger, Direction des produits thérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada
- Deborah Gibson, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada
- Sandra MacDonald-Rencz, Marielle Demers et Barbara Foster, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
- David Jones et Leonard Lutaaya, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
- Claudine Gourgue, Steve Brooks et Nimal Ratnayake, Bureau des sciences de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada
- Neil J. Goedhuis et Luisa Wang, Politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Erin Rutherford et Mark Latendresse, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada
- Nancy Lobb et Lindy VanAmburg, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
- Howard Morrison, Karen C. Roberts, Sean-Patrick Malone, Catherine Pelletier, Robert Semenciw, Les Mery, Sulan Dai, Cynthia Robitaille, Asako Bienek, Jessica Evans, Siobhan O'Donnell, Christina Bancej, Louise McRae et Louise Pelletier, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
- Jessica Halverson, Tom Wong, Barbara Clarke, Gayatri Jayaraman, Robert Lerch et Stephanie Totten, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada
- Sharon Bartholomew, Gregory Butler et Carl Lakaski, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada
- Matthew Gilmour et Carole Beaudoin, Laboratoire national de microbiologie, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada
- Carole Beaudoin, Laboratoire national de microbiologie, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada
- Aboubakar Mouchili, Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada
- Julie A. Laroche, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada

Résumé

Le Communiqué des premiers ministres sur la santé de 2000 soulignait la volonté des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'améliorer la reddition de comptes et la présentation de rapports aux Canadiens et aux Canadiennes. Ce communiqué enjoignait les gouvernements à collaborer ainsi qu'à élaborer un cadre général sur les indicateurs comparables de l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services. Il leur demandait aussi de publier régulièrement des rapports publics détaillés. Ces engagements ont été réitérés dans les accords sur la santé conclus en 2003 et en 2004.

Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010 est le cinquième de la série de rapports sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes et sur le rendement de notre système de santé.

Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010 présente 52 indicateurs fondés sur des suggestions provenant des partenaires du domaine de la santé, des experts et de la population en général et ont été identifiés pour leur intérêt et/ou leur utilité pour les Canadiens et les Canadiennes. Les données du rapport sur la population générale proviennent en grande partie de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Agence de la santé publique du Canada. Le rapport présente des renseignements limités sur les Premières nations et les Inuits tirés de l'Enquête auprès des peuples autochtones. La plupart des données ont été recueillies en 2000 ou plus tard, et toutes les différences mises en lumière sont statistiquement significatives.

Voici quelques points saillants extraits de *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010* :

La population canadienne générale :

- En 2009, 62,2 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré être en « excellente » ou en « très bonne » santé, soit une amélioration par rapport au taux de 59,7 % enregistré en 2003.
- Durant la période 2005-2007, l'espérance de vie des Canadiens était de 78,3 ans, soit une hausse par rapport à l'âge de 76,6 ans enregistré durant la période 1999-2001. Durant la période 2005-2007, l'espérance de vie des Canadiennes était de 83,0 ans, une hausse par rapport à l'âge de 81,9 ans enregistré durant la période 1999-2001.
- En 2008-2009, un nombre moins élevé de Canadiens âgés de 75 ans et moins ont été hospitalisés en raison de conditions chroniques qui pouvaient être traitées dans la communauté, c'est-à-dire que l'on a compté 320 admissions par 100 000 habitants, soit une baisse par rapport à 428 admissions par 100 000 habitants enregistré en 2002-2003.
- Un nombre moins élevé d'adolescents a déclaré fumer en 2009. En effet, 11,0 % des jeunes de 12 à 19 ans ont affirmé fumer actuellement, comparativement au taux de 14,9 % enregistré en 2003.
- En 2009, plus de la moitié des Canadiens (53,2 %) âgés de 12 ans et plus ont déclaré être actifs ou modérément actifs, soit une hausse par rapport au taux de 51,3 % enregistré en 2008.
- En 2009, 13,2 % des Canadiens ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'arthrite, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 13,8 % enregistré en 2007.
- En 2007, l'incidence du cancer du sein chez les Canadiennes était de 98,4 cas par 100 000 femmes, soit une diminution par rapport au nombre de 101,7 cas par 100 000 femmes enregistré en 2000.

- En 2007, l'incidence du cancer du poumon était de 56,0 cas par 100 000 habitants, soit une diminution par rapport aux 58,8 cas par 100 000 habitants enregistrés en 2000. L'incidence du cancer du poumon chez les hommes a également diminué, passant de 77,1 cas par 100 000 hommes en 2000 à 67,8 cas par 100 000 hommes en 2007, alors qu'elle a augmenté chez les femmes, passant de 45,1 cas par 100 000 femmes en 2000 à 47,2 cas par 100 000 femmes en 2007.
- En 2009, presque un quart (24,4 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ont eu besoin de soins de santé pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille ont déclaré avoir eu de la difficulté à les obtenir immédiatement pour traiter un problème de santé mineur; ce nombre est demeuré pratiquement le même qu'en 2003, alors qu'il était de 23,8 %.
- En 2009, la plupart des Canadiens (81 %) âgés de 18 ans et plus ont déclaré être « très satisfait » ou « plutôt satisfait » de l'ensemble des services de soins de santé qu'ils ont reçus au cours de l'année qui a précédé; ce nombre est demeuré pratiquement le même qu'en 2005, alors qu'il était de 79%.
- En 2009, environ les deux tiers (66,5 %) des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré avoir reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois précédant le sondage; ce nombre est demeuré pratiquement le même qu'en 2003, alors qu'il était de 67,2 %.
- En 2009, 8,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'asthme; ce nombre est pratiquement le même qu'en 2003, alors qu'il était de 8,5 %.
- En 2007, l'incidence du cancer de la prostate chez les Canadiens était de 124,7 cas par 100 000 hommes, pratiquement la même qu'en 2000, alors qu'elle était de 124,8 cas par 100 000 hommes.
- En 2009, presque le tiers (32,6 %) des Canadiens âgés de 18 ans et plus ont déclaré un poids et une taille correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) dans la catégorie surcharge pondérale, le même taux qu'en 2003. De plus, 17,2 % ont déclaré un poids et une taille qui correspondait à un IMC dans la catégorie obèse, ce qui constitue une augmentation par rapport au taux de 14,9 % enregistré en 2003.
- En 2006-2007, 5,2 % des Canadiens ont reçu un diagnostic de diabète d'un médecin, soit une hausse par rapport au taux de 3,8 % enregistré en 2000-2001.
- En 2009, 14,2 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'hypertension artérielle; il s'agit d'une hausse par rapport au taux de 13,0 % enregistré en 2003.

Premières nations :

- De 1991 à 2001, le taux de mortalité par cancer du rectum ou de l'intestin était plus élevé chez les Indiennes inscrites (22,6 décès par 100 000 femmes) que chez les Canadiennes non autochtones (14,8 décès par 100 000 femmes).
- De 1991 à 2001, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique étaient plus élevés chez les Indiens inscrits (155,0 décès par 100 000 hommes et 74,8 décès par 100 000 femmes) que chez les Canadiens non autochtones (123,2 décès par 100 000 hommes et 48,8 décès par 100 000 femmes).
- De 1991 à 2001, les taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire étaient plus élevés chez les Indiens inscrits (35,4 décès par 100 000 hommes et 40,9 décès par 100 000 femmes) que les taux relevés chez les Canadiens non autochtones (28,2 décès par 100 000 hommes et 21,4 décès par 100 000 femmes).

Inuits :

- En 2006, 50 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré être en « excellente » ou en « très bonne » santé.
- En 2006, 58 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré fumer quotidiennement, et 8 % ont déclaré être fumeurs occasionnels.
- Au cours de la période de 1999 à 2003, on a relevé des taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire plus élevés chez les hommes et les femmes vivant dans les régions habitées par les Inuits (15,7 décès par 100 000 hommes et 25,7 décès par 100 000 femmes) que chez l'ensemble des Canadiens et Canadiennes (9,7 décès par 100 000 hommes et 7,9 décès par 100 000 femmes).
- Pendant la période de 1999 à 2003, les taux de mortalité par cancer du poumon étaient plus élevés chez les hommes et les femmes vivant dans les régions habitées par les Inuits (54,7 décès par 100 000 hommes et 53,2 décès par 100 000 femmes) que chez l'ensemble des Canadiens et Canadiennes en général (19,9 décès par 100 000 hommes et 12,4 décès par 100 000 femmes).
- Pendant la période de 1999 à 2003, les taux de mortalité par cancer colorectal étaient plus élevés chez les hommes et les femmes vivant dans les régions habitées par les Inuits (18,3 décès par 100 000 hommes et 17,7 décès par 100 000 femmes) que chez l'ensemble des Canadiens et Canadiennes en général (8,3 décès par 100 000 hommes et 5,5 décès par 100 000 femmes).
- De 1999 à 2003, le nombre d'années potentielles de vie perdues dues au suicide ou à des blessures auto-infligées était de 5 415,8 années par 100 000 habitants vivant dans les régions habitées par les Inuits, soit 14,4 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne (376,9 années).
- De 1999 à 2003, le nombre d'années potentielles de vie perdues à cause de blessures involontaires était de 3 817,8 années par 100 000 habitants vivant dans les régions habitées par les Inuits, soit 4,7 fois plus élevé que chez l'ensemble des Canadiens (804,1 années).

I Introduction

La présente section fournit de l'information sur la série *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* du gouvernement du Canada, le contenu du rapport et les nouveautés pour 2010, et la structure du rapport.

Objectif du rapport

Le gouvernement du Canada est déterminé à être responsable et à rendre des comptes à la population canadienne. Pour ce faire, il publie des informations sur les indicateurs comparables de la santé afin d'aider les personnes concernées comme les autorités fédérales, provinciales et territoriales et les fournisseurs de soins de santé, à suivre les tendances et les progrès accomplis en ce qui a trait à l'amélioration de la santé de la population canadienne.

Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010, est le cinquième rapport de la série visant à fournir les informations les plus récentes sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes et sur l'efficacité de notre système de santé. Puisque l'une des principales sources de données de ce rapport, l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, ne recueille pas de données sur les Premières nations dans les réserves et les communautés des Premières nations et des Inuits de quelques régions éloignées, certaines informations sur ces deux groupes sont présentées séparément.

Contexte

Plusieurs accords soulignent l'engagement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (F/P/T) à améliorer la reddition de compte et la production de rapports à la population canadienne. Notamment, le Communiqué des premiers ministres sur la santé¹ (aussi appelé le Communiqué 2000), l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé² (aussi appelé Accord sur la santé de 2003) et le Plan décennal pour consolider les soins de santé (aussi appelé l'Accord sur la santé de 2004)³. Au chapitre de leur engagement à rendre des comptes, les premiers ministres ont également convenu de faire rapport sur le rendement du système de santé à la population canadienne. De plus amples détails sur ces accords sont publiés dans les éditions antérieures de *Les Canadiens et les Canadiennes en santé*⁴.

Sélection des indicateurs

Les rapports *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* se fondent sur divers indicateurs de santé et des données pertinentes pour rendre compte du rendement du système de santé et de l'état de santé. Un indicateur de santé est une mesure sommaire, normalement exprimée en chiffres, qui donne des renseignements sur un sujet en particulier. L'indicateur permet de faire le suivi des changements et de comparer les renseignements au fil des années ou selon les régions géographiques. Par exemple, l'indicateur *État de santé déclaré* indique le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré que leur état de santé général était « excellent » ou « très bon ».

Une liste préliminaire d'indicateurs a été générée à partir d'une liste complète de 70 indicateurs de santé comparables approuvés par les ministres de la Santé F/P/T en 2004⁵, des recommandations émises dans

le rapport sur les indicateurs de santé publié par le Bureau du vérificateur général en février 2009⁶, de renseignements tirés des accords sur la santé liés à des sujets exclus dans les éditions précédentes de *Les Canadiens et les Canadiennes en santé*, de renseignements obtenus de Statistique Canada (StatCan) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) concernant les données qui seraient disponibles en 2010 ainsi que de leur Cadre conceptuel des indicateurs de santé révisé⁷, et de renseignements obtenus par la recherche sur l'opinion publique qui visaient à remplacer les indicateurs de santé propres à la satisfaction de Statistique Canada (comme l'indicateur sur la satisfaction envers l'ensemble des services de soins de santé) qui sont récemment devenus un contenu optionnel dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*⁸ (il ne sera plus possible d'obtenir des données nationales pour ces indicateurs).

Un groupe consultatif composé de représentants de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada a été mis sur pied et chargé d'émettre des conseils sur la liste des indicateurs que l'on proposait d'inclure dans ce rapport. Ce groupe a de plus participé à la production du rapport *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*.

Au total, 52 indicateurs ont été sélectionnés pour ce rapport, une nette augmentation comparativement à *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2008* qui n'en comptait que 37.

Éléments nouveaux de cette publication

En plus de contenir un plus grand nombre d'indicateurs, la présente édition offre, s'il y a lieu, une interprétation des résultats qui vise à aider le lecteur à en comprendre la signification et ce qu'il peut faire pour maintenir ou améliorer son état de santé. Par exemple, pour l'indicateur *Indice de masse corporelle*, le rapport offre des renseignements sur les problèmes de santé associés à une insuffisance de poids, un excès de poids ou l'obésité, et quelques conseils pratiques pour maintenir ou atteindre un poids santé.

Structure du rapport

La section II, *Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé*, présente un aperçu du système de soins de santé canadien (y compris les dépenses nationales en santé) et une description détaillée du rôle du gouvernement fédéral dans ce système.

La section III, *Mesurer le rendement*, présente des données nationales sur les 52 indicateurs, y compris la description de ce que mesure chaque indicateur, comment l'indicateur est utilisé (selon le cas), les limites, les sources et les résultats des données ainsi que des renseignements pratiques pour le lecteur (au besoin). Cette section présente des renseignements sur la population générale et sur les populations des Premières nations et des Inuits, lorsque ces données sont disponibles.

La section IV, *Information sur la santé – Défis et prochaines étapes*, donne un aperçu des obstacles à la collecte et à la diffusion de l'information sur la santé, notamment dans le cas des Premières nations et des Inuits.

Comment utiliser les indicateurs de santé

Les professionnels de santé publique, les décideurs et autres intéressés peuvent utiliser les indicateurs de santé comparables pour surveiller les tendances relatives à certains domaines, comme les changements liés à la prévalence du tabagisme chez les adolescents. Les indicateurs peuvent aussi servir à planifier et à évaluer les programmes de santé qui visent à aider les Canadiens et Canadiennes à maintenir et à améliorer leur santé.

Limites des indicateurs de santé

Les indicateurs utilisés seuls ne permettent pas de déterminer la cause d'un comportement lié à la santé ou d'une maladie. Pour illustrer ceci, prenons l'exemple de l'indicateur *Indice de masse corporelle (IMC)*. Le fait de savoir que l'IMC change ne nous révèle rien sur la raison de ce changement. De fait, ce changement découle le plus souvent de causes sous-jacentes complexes et associées à de multiples facteurs. Par exemple, l'IMC peut-être influencé par le contexte socio-économique de la personne, son style de vie et les comportements qu'elle adopte, et par d'autres facteurs que l'examen des indicateurs ne permet pas de mettre en évidence. Bien que les auteurs du rapport *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* aient fait de leur mieux pour fournir des renseignements sur les facteurs qui influent sur chacun des indicateurs présentés dans le rapport, ces derniers sont limités en raison de contraintes de temps et d'espace. Le lecteur doit donc utiliser les renseignements fournis avec prudence. Si vous avez des préoccupations concernant votre santé, consultez un professionnel de soins de santé.

Avis méthodologiques au lecteur

Des comparaisons ont été faites entre l'année pour laquelle les données les plus récentes étaient disponibles et l'année de référence. L'année de référence est l'année 2000, lorsque le Communiqué de 2000 a été signé, ou sinon l'année suivante pour laquelle les données sont disponibles. Des comparaisons ont également été faites entre l'année la plus récente et la période précédente. Lorsque c'est possible, le rapport présente également des comparaisons entre les sexes.

Dans la mesure du possible, le rapport présente des données normalisées selon l'âge. La normalisation selon l'âge présente ce que serait l'indicateur si la structure par âge de la population était normalisée. Cela apporte des ajustements en fonction du vieillissement de la population canadienne, ou dans le cas de comparaisons internationales, des ajustements en fonction des différentes structures par âge des pays en question. En supprimant le facteur de l'âge, les différences observées peuvent être attribuées à d'autres facteurs sous-jacents. Pour les données canadiennes, la structure par âge de 1991 fait office de population type, mais d'autres pays et organisations utilisent différentes populations types (p. ex., la population totale de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 1980). Le choix de la population type peut avoir des répercussions sur le classement des pays comparés. Par conséquent, les comparaisons entre les données normalisées en fonction de différentes populations devraient être utilisées avec prudence.

Toutes les différences soulignées dans la présentation des résultats d'enquêtes (p. ex., l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes) sont statistiquement significatives ($p < 0,05$)⁹, et sont basées sur des tests statistiques qui tiennent compte de la taille de l'échantillon et du devis utilisé pour effectuer l'enquête, ainsi que du nombre de comparaisons. Lorsque les données décrivent la population générale (p. ex., Statistiques de l'état civil), aucune vérification statistique n'était requise (p. ex., mortalité, années potentielles de vie perdues, espérance de vie et insuffisance de poids à la naissance).

Même si l'information sur la population générale et celle sur les Premières nations et les Inuits sont présentées ensemble, ces populations comportent d'importantes différences. Par exemple, la moyenne d'âge des Premières nations et des Inuits a tendance à être inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne. Notamment, la proportion des populations des Premières nations et des Inuits de moins de 25 ans est de 50 % et de 56 %, respectivement, tandis que la proportion de la population générale du Canada de moins de 25 ans est de 31 %¹⁰. De plus, certaines données sur la population du Canada et sur les populations des Premières nations et des Inuits proviennent de sources différentes. Par exemple, les

données autodéclarées sur l'état de santé de la population générale sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada (qui exclut les personnes qui vivent dans les réserves des Premières nations), tandis que les données sur les Inuits sont tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006. Par conséquent, le lecteur doit faire preuve de prudence s'il tente de comparer ces deux populations distinctes.

D'autres détails pertinents sont présentés dans les notes qui suivent les graphiques ou à l'annexe 2.

II Le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé

De nombreuses personnes interviennent dans le système de santé, y compris les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de soins de santé, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et le public canadien. Les provinces et territoires sont chargés de la gestion, de l'organisation et de la prestation des services de santé destinés à la grande majorité des Canadiens et Canadiennes, alors que le gouvernement du Canada appuie le système de santé financé par des fonds publics en :

- finançant les provinces et les territoires par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et d'autres transferts ciblant les soins de santé
- soutenant la recherche sur la santé, la promotion et la protection de la santé
- menant des initiatives de dépenses directes dans les secteurs de compétence fédérale

Ces trois activités sont décrites plus loin à la section *Dépenses en santé*.

Le gouvernement du Canada applique aussi la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*. La Loi énonce les principaux objectifs de la politique canadienne en matière de soins de santé, à savoir « protéger, favoriser et améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et faciliter un accès raisonnable aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre ». Elle précise les critères et les conditions que les provinces et territoires doivent respecter, soit l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique, pour recevoir la totalité de leur part de fonds fédéraux en vertu du TCS.

Le gouvernement du Canada agit à titre de gardien officiel et d'organisme de réglementation grâce à la législation et à la réglementation sur les médicaments et le matériel médical, les biens de consommation et la nourriture, les pesticides, les produits chimiques, la sûreté nucléaire et radiologique, les drogues illicites, et aussi grâce à l'utilisation de la science pour évaluer les risques pour la santé des Canadiens et Canadiennes et pour mettre des mécanismes en place afin d'atténuer ces risques. Le gouvernement du Canada agit à titre de fournisseur d'information en générant et en partageant des connaissances et des renseignements permettant de prendre des décisions personnelles, d'établir des règlements et des normes et d'innover en matière de santé¹².

Exclusions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*

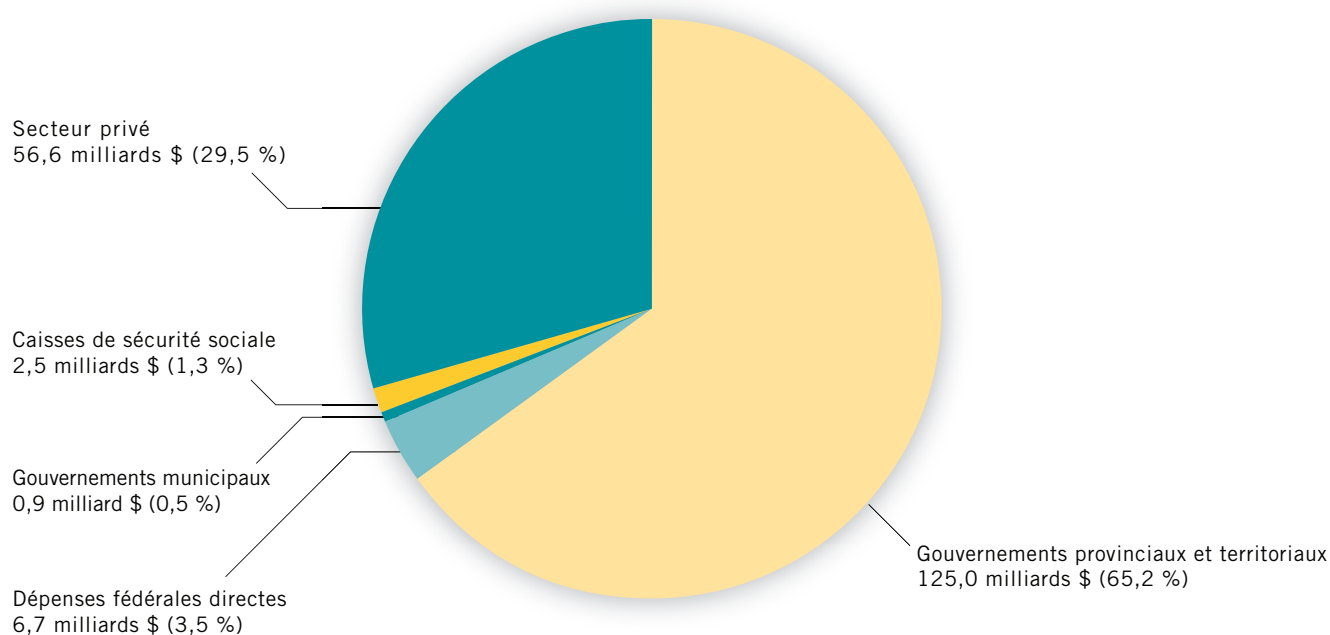
La Loi canadienne sur la santé exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral et les personnes qui n'ont pas satisfait à la condition du délai minimal de résidence dans une province ou un territoire (période d'au plus trois mois). De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex., réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire¹¹.

Le gouvernement du Canada offre des services aux Premières nations et aux Inuits ainsi qu'aux populations exclues de la LCS (voir l'encadré ci-dessus), aux anciens combattants, aux personnes détenues pour des motifs liés à l'immigration, aux réfugiés et aux demandeurs du statut de réfugié. Il offre certains services de soins de santé primaires aux Premières nations et aux Inuits et aux Forces canadiennes, ainsi que des services supplémentaires (p. ex., les services pharmaceutiques, soins dentaires et oculaires, services psychiatriques et soins de santé mentale) à toutes ces populations. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter l'annexe 1.

Dépenses en santé

En 2010, les estimations des dépenses totales en santé au Canada s'élevaient à 191,6 milliards de dollars¹³. Plus des deux tiers (70,5 %) de ces dépenses provenaient du secteur public, et moins d'un tiers (29,5 %) du secteur privé (figure 1). La part du gouvernement fédéral était de 3,5 %, sous forme de dépenses de soins de santé directs, et la part des gouvernements provinciaux et territoriaux était d'environ deux tiers (65,2 %). Toutefois, une grande proportion des dépenses provinciales et territoriales sont financées par le gouvernement fédéral en vertu du TCS^{14, 15, 16}.

Figure 1 Prédiction des dépenses totales de santé par source de financement au Canada en 2010



Source : Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010. Tableau A.2.1.*

Remarques : Le secteur public comprend les gouvernements provinciaux/territoriaux, les dépenses fédérales directes, les gouvernements municipaux, et les caisses de sécurité sociale. Ces données sont des estimations provisoires. Les données finales ne seront disponibles qu'en décembre 2012.

En 2010-2011, on prévoit que les dépenses totales consacrées à la santé au Canada atteindront 25,4 milliards de dollars sous forme de transferts de fonds, et avec l'augmentation annuelle de 6 %, ce montant atteindra plus de 30 milliards de dollars d'ici 2013-2014¹⁷. Les provinces et les territoires reçoivent également des fonds en vertu du TCS par transferts d'impôts, fonds qui ont atteint 13,1 milliards de dollars en 2010-2011 et qui continueront d'augmenter en fonction de l'économie.

En 2010, on calcule que le gouvernement du Canada a dépensé 6,7 milliards de dollars (**figure 1**) pour la recherche en santé, la promotion et la protection de la santé, les services de santé aux populations exclues de la LCS, les services aux Premières nations et aux Inuits, aux personnes détenues pour des motifs liés à l'immigration, et aux réfugiés et aux demandeurs du statut de réfugié. Pour faire avancer les travaux de recherche, entre autres, le gouvernement du Canada finance des organismes comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Enfin, en tant que chef de file du renouvellement des soins de santé, le gouvernement du Canada finance des organismes indépendants qui soutiennent le développement et la diffusion de l'information sur la santé, comme l'ICIS, le Conseil canadien de la santé, la Commission de la santé mentale du Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Le gouvernement du Canada effectue des investissements directs dans les priorités de soins de santé. Par exemple, pour supporter les engagements pris par les différents gouvernements dans la réduction des temps d'attente, tel qu'énoncé dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, le gouvernement fédéral a versé aux provinces et territoires 5,5 milliards de dollars sur une période de 10 ans (de 2004-2005 à 2013-2014) au Fonds pour la réduction des temps d'attente¹⁸. Pour compléter cet investissement, le gouvernement fédéral a aussi versé 612 millions de dollars (de 2007-2008 à 2009-2010) aux provinces et territoires par le biais de la Fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients¹⁹, une partie du nouvel investissement de plus d'un milliard de dollars pour le soutien du développement de garanties dans les secteurs ciblés. Dans le même ordre d'idées, il a affecté, dans son budget 2009, 500 millions de dollars additionnels à Inforoute Santé du Canada pour encourager une plus grande utilisation des dossiers électroniques²⁰.

III Mesurer le rendement

Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010 présente au lecteur la plus récente information disponible sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes et sur le rendement de notre système de santé.

Cette section fournit des renseignements sur chacun des 52 indicateurs et identifie les thèmes mis en évidence dans les récents Accords sur la santé. Elle comprend des renseignements pratiques pour aider les Canadiens et Canadiennes à maintenir et améliorer leur état de santé. Ces renseignements pratiques renvoient souvent à des comportements à risque modifiables qui sont généralement sous votre contrôle, comme le régime alimentaire et le mode de vie. En revanche, les facteurs de risque non modifiables, que vous ne contrôlez pas, peuvent comprendre l'âge, le sexe, un handicap physique, et le fait de travailler ou de vivre dans un environnement qui n'est pas propice à l'activité physique.

Cette section comprend des renseignements sur la population générale ainsi que sur les Premières nations et les Inuits. En ce qui concerne la population générale, les sources de données incluent les membres de certains sous-groupes relevant de la compétence fédérale et en excluent d'autres. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes inclut les vétérans, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les Premières nations vivant en dehors des réserves et les Inuits, les membres à temps partiel des Forces canadiennes, les personnes détenues aux fins d'immigration et les réfugiés vivant sur le sol canadien. Cependant, elle exclut les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les pensionnaires d'un établissement institutionnel, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées. L'annexe 2 comporte de plus amples renseignements sur les exclusions en matière de sources de données.

Dans les cas où les données sont disponibles, le rapport présente des informations internationales permettant de comparer les données des pays du G7, afin d'aider le lecteur à situer les données canadiennes dans un contexte international plus large.

Les pays du G7 sont les sept premières grandes économies industrialisées. Le G7 comprend le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni, et les États-Unis.

De façon générale, les données présentées dans *Les Canadiens et Canadiennes en santé 2010* montrent une amélioration de l'état de santé dans plusieurs domaines, notamment l'espérance de vie, les états propices au traitement ambulatoire (des états chroniques que l'on peut traiter au sein de la communauté plutôt qu'en milieu hospitalier), le taux de tabagisme chez les jeunes, l'activité physique et les taux de mortalité par cancer de la prostate et du sein. Bien que ces données soient encourageantes, la situation s'est détériorée dans d'autres domaines tels que l'indice de masse corporelle (notamment dans la catégorie obèse) et les taux d'incidence et de prévalence du diabète.

Il existe des différences en matière de mesure et de collecte de l'information sur les temps d'attente au Canada, mais l'ICIS, en travaillant en collaboration avec les provinces et les territoires, continue à faire des

progrès notables en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une approche commune. Pour compléter ces efforts, Statistique Canada collecte de l'information sur les temps d'attente déclarés qui est comparable à l'échelle nationale. Toutefois, comme il est mentionné dans l'annexe 2, l'information fournie par les personnes interrogées a des limites connues.

Soulignons que les indicateurs présentés dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010* ne présentent qu'une facette du système de santé canadien et de l'état de santé des Canadiens et Canadiennes. De plus, on a noté des contradictions pour ce qui est des données observées. Par exemple, la plupart des Canadiens et Canadiennes ont indiqué que leur santé était « excellente » ou « très bonne ». Or, selon les données, près de la moitié de la population déclare un indice de masse corporelle qui correspond aux catégories des personnes en surcharge pondérale ou obèses.

De plus amples recherches, ainsi que la création d'indicateurs supplémentaires et la collecte d'autres données, permettront d'avoir une image plus claire de l'état de santé des gens et du rendement du système de santé au Canada, et contribueront à la compréhension commune des progrès réalisés par rapport aux engagements pris dans le cadre des Accords sur la santé.

THÈME – ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

1. PROPORTION DE LA POPULATION QUI DÉCLARE AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE RÉGULIER

Messages clés

- Le fait d’avoir un médecin de famille régulier améliore l’accès aux services préventifs
- Les médecins de famille sont un lien important vers les tests de diagnostic et les médecins spécialistes
- La plupart des Canadiens indiquent avoir un médecin de famille régulier

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant répondu par l’affirmative à la question « Avez-vous un médecin de famille régulier ? ».

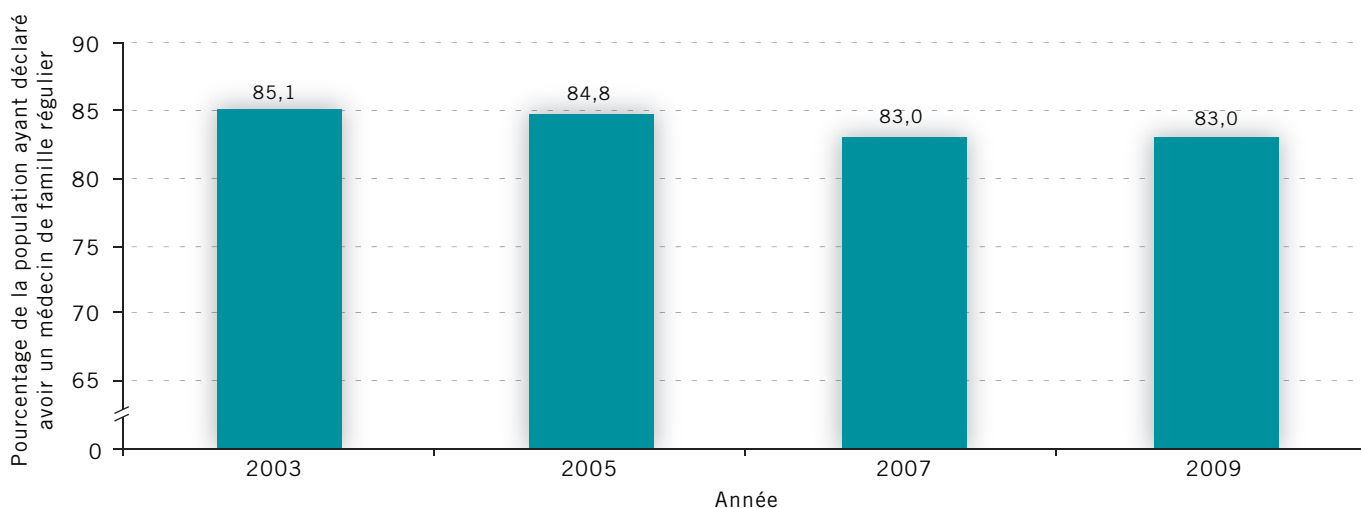
L’accès à un médecin de famille . . .
. . . représente à la fois un point d’entrée dans le système de soins de santé canadien et un moyen de garantir la continuité des soins à tous les niveaux du système.

La plupart des Canadiens ont accès à un médecin de famille régulier, mais le pourcentage est en baisse

Le pourcentage de la population canadienne âgée de 15 ans et plus qui déclare avoir un médecin de famille régulier est passé de 85,1 % en 2003 à 83,0 % en 2009, ce qui représente une baisse de 2,1 %.

Figure 2 Proportion de la population ayant déclaré avoir un médecin de famille régulier

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a un médecin de famille régulier, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : *Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les patients qui ont un médecin de famille régulier profitent de nombreux avantages, et notamment d'un accès aux services préventifs basés sur des recommandations d'experts, ainsi que d'un accès aux tests de diagnostic et à l'aiguillage vers des médecins spécialistes tels que des oncologues ou des neurologues^{21, 22, 23}. La continuité des soins n'est peut-être pas utile à tout le monde, en particulier à ceux qui ont peu, si tant est qu'ils en aient, de problèmes de santé, comme par exemple les jeunes adultes^{21, 24}. Toutefois, le fait d'avoir un médecin régulier semble être bénéfique aux personnes âgées, handicapées et à celles souffrant de problèmes de santé chroniques²¹. Ce dernier énoncé ne signifie pas que ces personnes sont les *seules* à qui profite le fait d'avoir un médecin; toutes personnes devraient consulter un médecin si elles pensent avoir un problème de santé.

Avantages que procure le fait d'avoir un médecin de famille régulier

- Les adultes ont plus de chances de bénéficier des services préventifs recommandés
- Accès aux tests de diagnostic et aux médecins spécialistes
- Meilleure communication et plus grande confiance du fait de la relation continue avec un médecin de famille
- Meilleure adhésion au traitement
- Satisfaction accrue du patient et du médecin
- Diminution du recours aux services d'urgence et aux lits d'hôpital
- Moins d'interventions chirurgicales pour les enfants bénéficiant d'une continuité des soins
- Baisse des coûts liés aux soins de santé
- Meilleur état de santé

Problèmes associés au fait de ne pas avoir de médecin de famille régulier

- Difficulté d'accès aux services de soins de santé
- Temps d'attente plus long pour les tests de diagnostic
- Temps d'attente plus long pour voir un médecin spécialiste
- Moins bon état de santé

Quelques facteurs qui pourraient diminuer vos chances d'avoir accès à un médecin de famille régulier

- L'endroit où vous vivez (zones rurales ou urbaines)
- Un nombre limité de médecins dans votre communauté
- Votre médecin local ne prend pas de nouveaux patients
- La barrière de la langue
- Pas de moyen de transport ou coût de celui-ci

Ce que vous pouvez faire pour trouver un médecin de famille si vous n'en avez pas

- Demandez à des gens que vous connaissez, notamment votre famille, vos amis et vos collègues de travail
- Demandez des conseils à votre infirmière, votre pharmacien ou tout autre fournisseur de soins de santé
- Communiquez avec les ministères de la santé provinciaux/territoriaux ou régionaux/municipaux
- Si vous avez besoin de consulter un médecin de famille et qu'il n'y en a pas de disponible, allez à la clinique sans rendez-vous la plus proche

2. DIFFICULTÉ DÉCLARÉE À OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ DE ROUTINE OU DE SUIVI

3. DIFFICULTÉ DÉCLARÉE À OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS OU DES CONSEILS EN MATIÈRE DE SANTÉ

4. DIFFICULTÉ DÉCLARÉE À OBTENIR DES SOINS IMMÉDIATS

Messages clés

- L'accès aux services de santé, aux renseignements ou aux soins est essentiel pour maintenir et améliorer son état de santé
- La plupart des Canadiens n'ont pas de difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, des renseignements ou des conseils en matière de santé, ou des soins immédiats

Qu'est-ce que ces indicateurs mesurent ?

Ces trois indicateurs mesurent le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont eu besoin d'un service de santé pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille au cours des douze mois précédant cette enquête, et qui ont déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, des renseignements ou des conseils en matière de santé, ou des soins immédiats pour un problème mineur, quel que soit le moment de la journée.

Les soins de santé de routine ou de suivi . . .

. . . englobent les soins de santé fournis par un médecin de famille ou un généraliste, y compris les examens médicaux annuels, les analyses de sang ou les soins de routine pour une maladie chronique (p. ex., renouvellement d'une ordonnance).

Les renseignements ou les conseils en matière de santé . . .

. . . comprennent les renseignements que l'on cherche à obtenir auprès d'un cabinet de médecin, d'un centre de soins communautaires ou d'un Centre local de santé communautaire (CLSC), d'une clinique sans rendez-vous, d'une ligne d'information téléphonique sur la santé, d'une salle d'urgence ou d'un autre service d'un hôpital.

Les soins immédiats pour un problème de santé mineur . . .

. . . comprennent les traitements pour la fièvre, les vomissements, les maux de tête intenses, les entorses de la cheville, les brûlures légères, les coupures, les irritations cutanées, les érythèmes inexpliqués et autres problèmes de santé ou blessures causés par un accident mineur.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

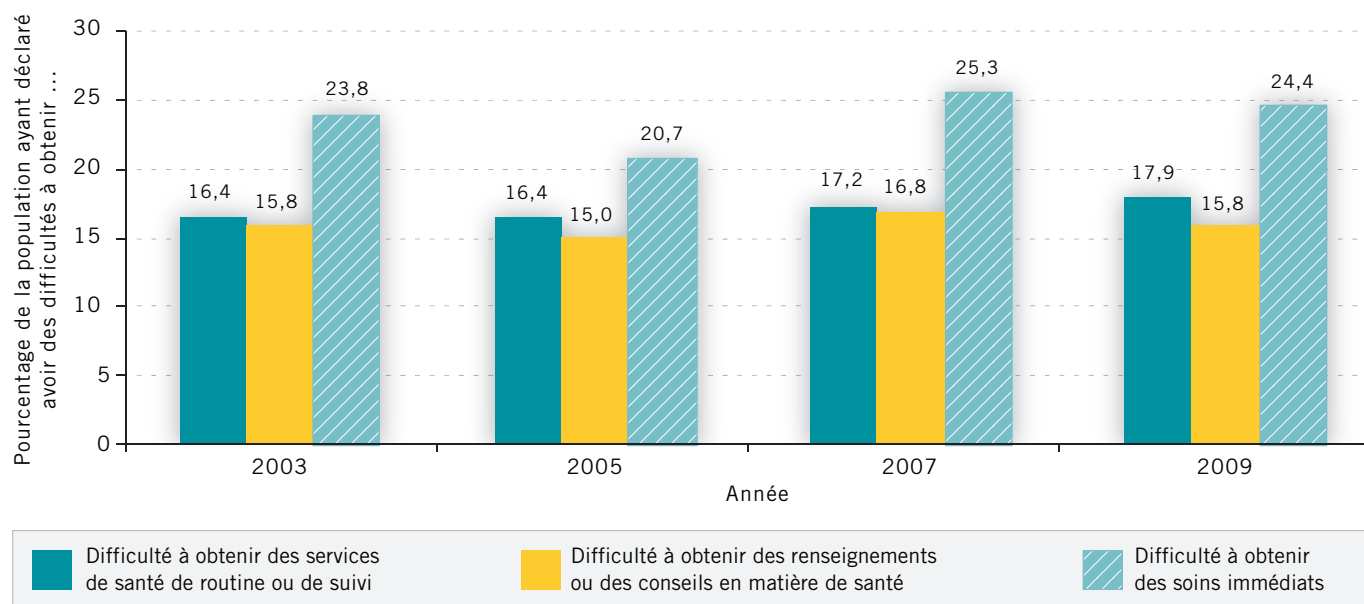
Ces indicateurs ne présentent que la répartition des personnes déclarant avoir eu des difficultés; ils ne mesurent en aucune manière le degré de difficulté. En d'autres termes, nous ne savons pas à quel point il a été difficile pour ces personnes d'obtenir, par exemple, des renseignements ou des conseils en matière de santé.

La plupart des Canadiens n'ont pas de difficultés à obtenir des services de santé, des renseignements ou des conseils en matière de santé, ou des soins immédiats

La plupart des Canadiens ayant besoin de services de santé de routine ou de suivi, de renseignements ou de conseils en matière de santé, ou de soins immédiats pour un problème de santé mineur ne déclarent pas avoir eu des difficultés à les obtenir. Par exemple, en 2009, 17,9 % des Canadiens ont déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des services de santé de routine ou de suivi; 15,8 % ont indiqué avoir eu des difficultés à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé; et 24,4 % ont indiqué avoir eu des difficultés à obtenir des soins immédiats.

Figure 3 Difficulté déclarée à obtenir des services, des renseignements ou des conseils en matière de santé, ou des soins immédiats

Pourcentage de la population ayant déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir divers services de santé, hommes et femmes (normalisé selon l'âge, Canada,* 2003-2009)



Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres ayant 15 ans et plus ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

*Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.

Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

La difficulté déclarée à accéder aux services de santé est une mesure importante de la facilité avec laquelle les Canadiens interagissent avec le système de soins de santé. Des taux bas sont souhaitables, car ils suggèrent soit que les Canadiens ont moins besoin de ces services, soit que ces services sont plus faciles d'accès, cette dernière hypothèse étant la plus probable.

L'accès aux services de santé, aux renseignements ou aux conseils en matière de santé, ou aux soins immédiats est essentiel pour maintenir et améliorer l'état de santé. Par exemple, l'accès aux renseignements en matière de santé aide à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à soutenir les soins cliniques; cela est particulièrement vrai pour les personnes atteintes de maladies chroniques telles que l'arthrite²⁵. De plus, les renseignements disponibles par le biais de services tels que Télésanté peuvent permettre de diminuer le nombre d'hospitalisations, d'admissions en salle d'urgence, d'appels urgents au médecin de famille ou de problèmes liés à une affection chronique²⁶.

Les recherches montrent que les besoins en matière de santé, tels que le nombre de problèmes de santé qu'une personne est susceptible d'avoir ou l'état de santé dans lequel une personne pense être, sont liés à l'utilisation des services de santé. Cependant, les hommes et les femmes ayant un niveau d'éducation et des revenus plus élevés ont une probabilité plus élevée d'accéder aux services d'un médecin généraliste que les personnes ayant un niveau d'éducation et des revenus faibles. De plus, le fait d'avoir un médecin régulier est associé à un meilleur accès aux services de soins primaires et de soins d'un spécialiste²⁷.

Soulignons que les populations les plus susceptibles de tirer avantage de services tels que des renseignements en matière de santé pourraient également être celles qui ont la plus faible probabilité d'y accéder, par exemple les personnes âgées, les immigrants, les personnes privées de leurs droits et les pauvres. Pour éviter cette situation, les utilisateurs du système de santé doivent être proactifs et s'assurer qu'ils comprennent parfaitement les renseignements qui leur sont fournis. Les professionnels de la santé doivent également s'efforcer d'adapter leur message en fonction de chaque patient^{28, 29, 30}.

Avantages associés à l'accès aux services de santé, aux renseignements ou aux conseils en matière de santé, ou aux soins immédiats

- Habilitation en tant qu'individu participant activement à ses soins de santé
- Prise de conscience des avantages de la promotion de la santé pour maintenir et améliorer l'état de santé
- Meilleure adhésion au traitement
- Meilleur état de santé

Obstacles entravant l'accès aux services de santé, aux renseignements ou aux conseils en matière de santé, ou aux soins immédiats

- Des problèmes de santé peuvent limiter votre capacité à accéder aux services
- Handicaps tels que la déficience visuelle
- Analphabétisme ou faible niveau de littératie
- Emplacement géographique (zones rurales ou urbaines)
- Culture/langue
- Les renseignements sur la manière d'accéder à ces services ne sont pas aisément disponibles
- Le service n'est pas disponible (p. ex., la ligne téléphonique est occupée)

Ce que vous pouvez faire pour améliorer votre accès aux services de santé, aux renseignements ou aux conseils en matière de santé, ou aux soins immédiats

- Demandez de l'aide à un membre de votre famille, des amis ou un membre de la communauté en qui vous avez confiance
- Demandez à votre fournisseur de soins de santé comment accéder à ces services
- Demandez à un animateur socio-culturel de vous aider à surmonter les obstacles tels que la culture, la langue ou le faible niveau de littératie qui vous empêchent d'accéder à ces services
- Consultez le site Web de votre ministère de la santé provincial/territorial pour obtenir des conseils et des liens vers des ressources utiles

5. TEMPS D'ATTENTE DÉCLARÉS POUR DES TESTS DE DIAGNOSTIC

6. TEMPS D'ATTENTE DÉCLARÉS POUR LA CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

7. TEMPS D'ATTENTE DÉCLARÉS POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Messages clés

- Le relevé des temps d'attente est une partie importante de l'évaluation du rendement du système de santé
- Un dépistage, un diagnostic et un traitement précoces donnent souvent de meilleurs résultats en matière de santé
- Les temps d'attente déclarés pour les tests de diagnostic, les interventions chirurgicales non urgentes et les consultations de spécialistes sont demeurés relativement courts et stables depuis 2003
- Dans les secteurs où la prise de mesures par le gouvernement en vue de réduire les temps d'attente a été jugée prioritaire, huit patients sur dix ont reçu les soins requis dans les délais de référence en 2010
- Des temps d'attente excessifs pour obtenir des soins non urgents peuvent occasionner de la douleur, du stress et des incapacités chez certains patients, ce qui peut nuire à leur qualité de vie³¹

Qu'est-ce que ces indicateurs mesurent ?

Ces trois indicateurs mesurent le temps d'attente médian déclaré (temps d'attente déclaré des personnes de 15 ans et plus, en semaines) et la distribution (pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont indiqué un temps d'attente de moins d'un mois, d'un à trois mois, ou de plus de trois mois) pour (1) des tests de diagnostic; (2) la consultation d'un médecin spécialiste; ou (3) une intervention chirurgicale non urgente.

Les *tests de diagnostic* incluent uniquement les examens d'imagerie par résonance magnétique non urgents qui n'utilisent pas les rayons X pour détecter et traiter les maladies à l'intérieur du corps; les tomographies par ordinateur qui utilisent les rayons X pour détecter et traiter les maladies (tomodensitométrie) et les angiographies qui utilisent les rayons X pour examiner les vaisseaux sanguins tels que les veines et les artères.

Le temps d'attente médian . . .
 . . . fait référence au 50^e percentile de la distribution des temps d'attente – la moitié des patients attend moins et l'autre moitié attend plus que le nombre médian de semaines.

Les Canadiens se sont aussi familiarisés avec d'autres méthodes de déclaration et de mesure des temps d'attente au cours des dernières années. En marge des indicateurs déclarés dans le présent rapport, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a pour mandat de collaborer avec les provinces et les territoires afin de rendre compte des progrès accomplis relativement à la réduction des temps d'attente pour certaines interventions prioritaires. En 2011, l'ICIS a présenté les premières données comparables à l'échelle nationale sur les temps d'attente pour les domaines prioritaires de l'Accord de 2004, soit les chirurgies cardiaques, le traitement du cancer, le remplacement d'articulations, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique. Les

données de Statistique Canada sur les temps d'attente déclarés, une importante source de renseignements nationaux sur les temps d'attente avant cette année et la principale source de renseignements sur les temps d'attente du présent rapport, sont complémentaires à ces efforts et continuent de fournir une perspective différente des temps d'attente au Canada.

Avis au lecteur : Les patients qui n'avaient pas encore obtenu le service voulu ont été exclus du calcul de cet indicateur.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

Les temps d'attente indiqués se fondent sur ce que déclarent les personnes interrogées et l'exactitude de ces données dépend souvent de la capacité de ces personnes à se rappeler le temps qu'elles ont attendu pour ce service de santé particulier. Comme il n'existe pas de définition précise sur ce qui constitue le début du temps d'attente, sa durée peut être difficile à estimer et pourrait varier en fonction des personnes interrogées. Par conséquent, les données fournies par ces personnes ne sont pas toujours aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

Le temps d'attente médian déclaré pour les tests de diagnostic demeure relativement court et stable à deux semaines

En 2009, le temps d'attente médian pour les tests de diagnostic était de deux semaines, soit le même qu'en 2003. Aussi en 2009, la majorité des Canadiens (58,8 %) de 15 ans et plus ayant subi un test de diagnostic ont indiqué un temps d'attente de moins d'un mois pour leur test. Toutefois, 10,1 % des Canadiens ont indiqué un temps d'attente de plus de trois mois pour un test de diagnostic, quoique ce nombre continue de diminuer légèrement chaque année depuis 2003.

Tableau 1 Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostic

Temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada, * 2003-2009

	2003	2005	2007	2009
Nombre de semaines	2**	3	2	2

Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres ayant 15 ans et plus ont déclaré avoir bénéficié d'un test de diagnostic dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Les tests de diagnostic comprennent uniquement les examens d'IRM non urgents, les tomodensitogrammes et les angiographies.

*Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.

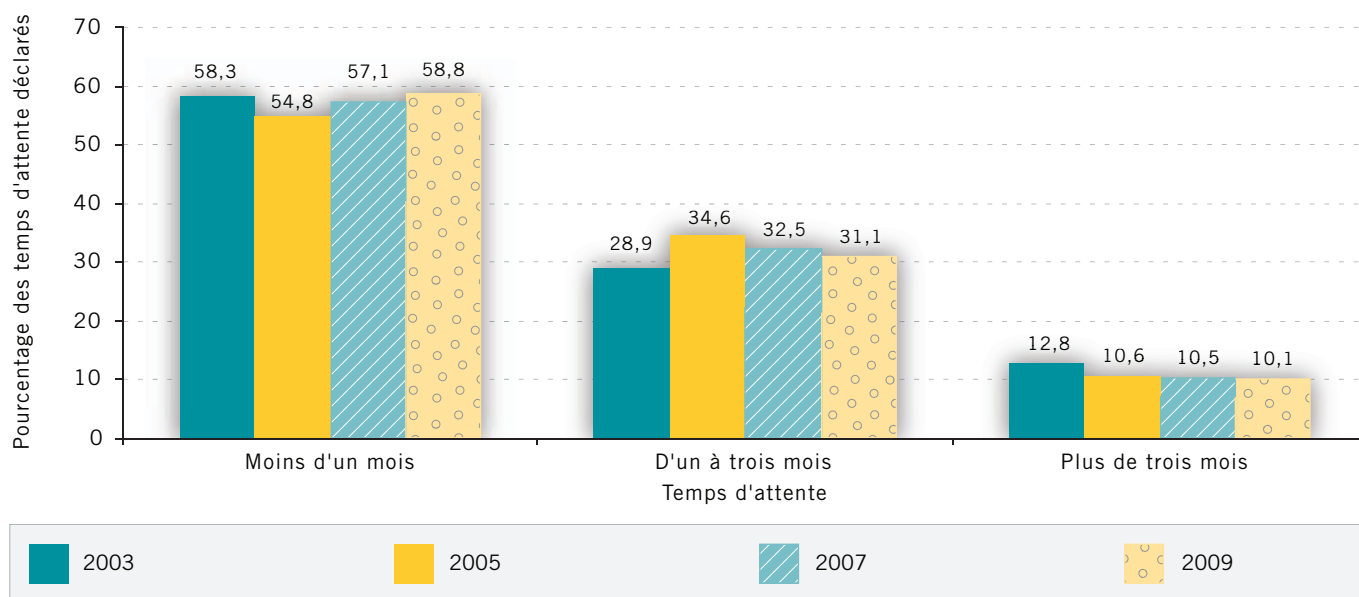
**Comme la variabilité de cet indicateur est relativement grande (soit un coefficient de variation situé entre 16,6 % et 33,3 %), il faut faire preuve de prudence.

Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 4 Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostic

Distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré avoir bénéficié d'un test de diagnostic dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Les tests de diagnostic comprennent uniquement les examens d'IRM non urgents, les tomodensitogrammes et les angiographies.

*Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.

Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le temps d'attente médian déclaré pour une consultation avec un spécialiste est relativement stable à quatre semaines

Le temps d'attente médian déclaré pour une consultation avec un spécialiste pour une nouvelle maladie ou affection était de 4,3 semaines en 2009, ce qui démontre une certaine stabilité depuis 2003. En ce qui concerne la distribution des temps d'attente, 46,4 % des Canadiens ont attendu moins d'un mois pour une consultation avec un spécialiste, 39,2 % ont attendu entre un et trois mois, et 14,4 % ont attendu plus de trois mois, une augmentation par rapport aux chiffres de 2003, où 10,4 % avaient déclaré avoir attendu plus de trois mois.

Tableau 2 Temps d'attente déclarés pour une consultation avec un spécialiste

Temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009

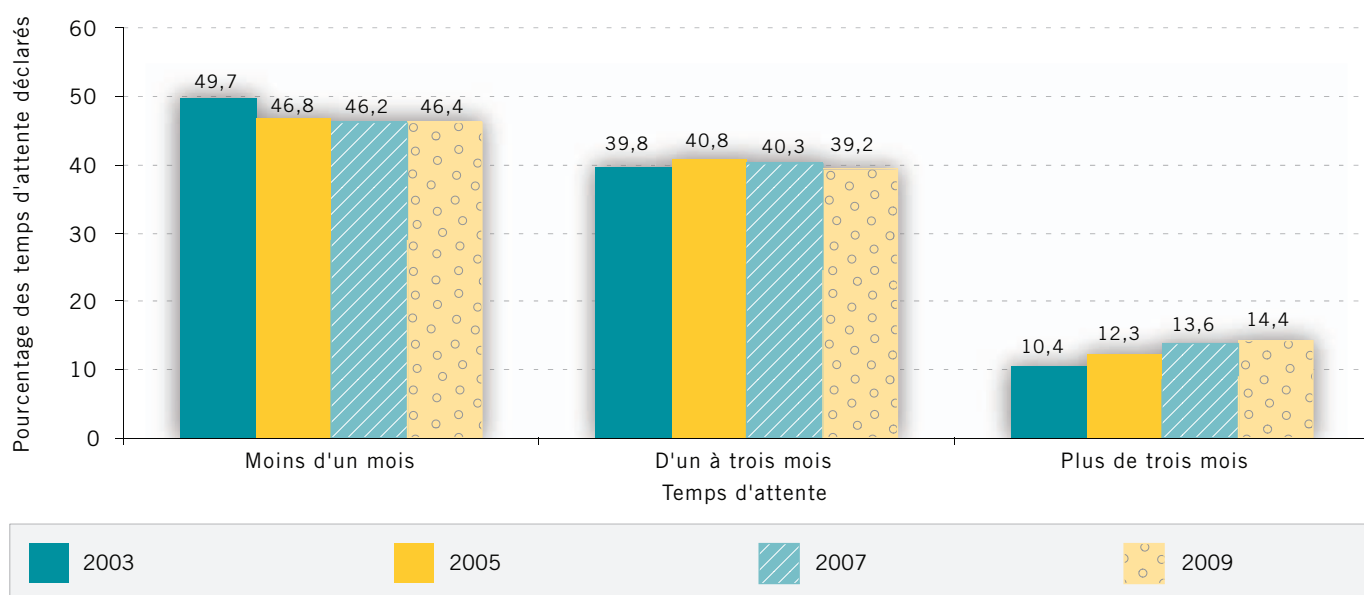
	2003	2005	2007	2009
Nombre de semaines	4,0	4,0	4,3	4,3

Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré avoir vu un spécialiste pour obtenir un diagnostic, ou encore pour une consultation concernant une nouvelle maladie ou un nouveau problème de santé, dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
 *Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.
 Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 5 Temps d'attente déclarés pour une consultation avec un spécialiste

Distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré avoir vu un spécialiste pour obtenir un diagnostic, ou encore pour une consultation concernant une nouvelle maladie ou un nouveau problème de santé, dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
 *Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.
 Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le temps d'attente médian déclaré pour une chirurgie non urgente est court et stable à quatre semaines

En 2009, le temps d'attente médian déclaré pour une chirurgie non urgente est demeuré stable à 4,3 semaines, le même chiffre que celui déclaré en 2003, en 2005 et en 2007. En ce qui concerne la distribution des temps d'attente, 42,9 % des Canadiens ont déclaré avoir attendu moins d'un mois, 41,0 % ont déclaré avoir attendu entre un et trois mois, et 16,0 % ont déclaré avoir attendu plus de trois mois, une légère diminution par rapport aux chiffres des années précédentes.

Tableau 3 Temps d'attente déclarés pour une chirurgie non urgente

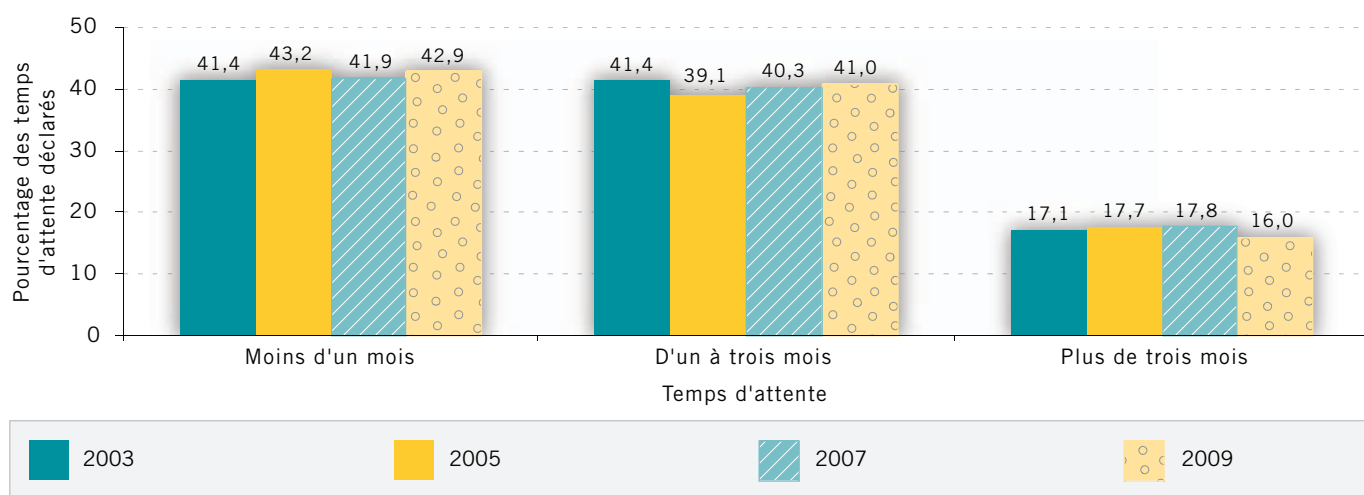
Temps d'attente médian, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009

	2003	2005	2007	2009
Nombre de semaines	4,3	4,3	4,3	4,3

Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré avoir subi une chirurgie non urgente dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
 *Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.
 Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 6 Temps d'attente déclarés pour une chirurgie non urgente
Distribution des temps d'attente, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), Canada,* 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé, supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré avoir subi une chirurgie non urgente dans les 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
*Pour 2003, 2007 et 2009, les totaux canadiens ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Pour 2005, le total pour le Canada comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et les 10 collectivités les plus importantes du Nunavut.
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Il n'est pas simple de comprendre pourquoi les temps d'attente pour obtenir les services de santé peuvent devenir excessifs, quoique cette situation s'explique le plus souvent par une demande de services plus importante que l'offre; c'est-à-dire que le nombre de patients nécessitant des services dépasse la capacité du système. La demande de services de santé, comme les tests de diagnostic³³, augmente au Canada en raison de divers facteurs, dont les progrès technologiques, les pratiques cliniques qui permettent de nouvelles façons de diagnostiquer et de traiter les maladies et les changements démographiques. Les temps d'attente sont également tributaires de problèmes plus vastes qui touchent l'ensemble du système, comme la pénurie de ressources humaines en santé (p. ex., le manque de spécialistes), le manque de lits et l'accès aux services de santé complémentaires requis pour appuyer les patients avant et après une intervention. À l'occasion, l'attente peut également être due à d'autres facteurs que l'accroissement de la demande, comme l'état de préparation du patient en vue d'une chirurgie ou le report d'un traitement à la demande d'un patient.

Afin d'aider à régler la question des temps d'attente au Canada, les premiers ministres ont convenu, en vertu de l'Accord sur la santé de 2004, de mettre l'accent sur la réduction des temps d'attente dans cinq domaines prioritaires, soit le traitement du cancer, les chirurgies cardiaques, l'imagerie diagnostique, le remplacement d'articulations et la restauration de la vue. À cette fin, un Fonds pour la réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars sur dix ans a été créé. À la suite de l'Accord, les gouvernements ont conjugué leurs efforts pour établir des points de référence communs fondés sur des données probantes et des indicateurs connexes concernant les temps d'attente médicalement acceptables dans quatre de ces domaines. Aucun point de référence n'a été établi pour l'imagerie diagnostique puisque nous ne disposons pas de suffisamment

de données probantes sur l'utilisation appropriée de ces techniques. Chaque gouvernement provincial et territorial a également convenu de rendre compte des progrès accomplis à leurs résidents (l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] présentera pour sa part un rapport pour l'ensemble des provinces et des territoires).

Afin de favoriser davantage l'accès aux soins en temps opportun, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont convenu, en 2007, d'établir des garanties sur les délais d'attente pour les patients³⁴ dans un domaine clinique d'ici mars 2010. Cette initiative bénéficie d'un financement fédéral d'un milliard de dollars. Les garanties permettent aux patients dont l'attente atteindra bientôt le délai maximum jugé médicalement acceptable pour un traitement donné de se voir offrir d'autres options de traitement, comme un changement de chirurgien ou d'hôpital. Une étude réalisée révèle toutefois que même en présence d'un tel choix, 63 % des patients préfèrent garder le même chirurgien que d'opter pour un dont la liste d'attente est moins longue³⁵.

Jusqu'à présent, les données provenant des rapports publics des provinces montrent que les efforts considérables déployés en vue de réduire les temps d'attente ont permis de limiter l'attente dans les domaines prioritaires, et ce, dans la plupart des régions. Ces données sont confirmées par le plus récent rapport de l'ICIS, *Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province, 2011*³⁶, qui fournit pour la toute première fois des données nationales et selon lequel, en 2010, huit patients sur dix ont subi une intervention dans le délai de référence. Les résultats varient toutefois selon l'intervention et la province. Plus précisément, l'ICIS indique que 99 % des patients qui ont subi un pontage coronarien ont été traités dans le délai maximum de 26 semaines, que 98 % des Canadiens ont subi une radiothérapie dans le délai de quatre semaines, que 84 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et 83 % de ceux ayant subi une chirurgie de la cataracte ont reçu les soins requis dans les délais de référence (de 26 semaines et 16 semaines respectivement), et que 79 % des arthroplasties du genou et 78 % des réparations de fractures de la hanche ont été faites dans les délais de 26 semaines et de 48 heures, respectivement.

Les indicateurs des temps d'attente déclarés fournis dans les tableaux de Statistique Canada ci-dessus continuent de donner une perspective complémentaire des temps d'attente au Canada en dressant un portrait national de l'expérience déclarée par les Canadiens en ce qui concerne les temps d'attente dans quelques catégories plus générales (p. ex., les temps d'attente déclarés pour l'ensemble des chirurgies plutôt que pour un groupe précis d'interventions, comme c'est le cas dans la série annuelle de tableaux sur les temps d'attente provinciaux de l'ICIS).

Il demeure prioritaire de favoriser la réduction ou une meilleure gestion des temps d'attente étant donné que certains patients en attente de services de santé peuvent ressentir de la douleur et du stress ou souffrir d'incapacité, ce qui peut nuire à la qualité de vie ou aux résultats sur le plan de la santé³⁷. C'est pourquoi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les fournisseurs de soins de santé demeurent déterminés à offrir un accès plus rapide aux services de santé au Canada.

Avantages associés à l'accès aux services de santé

- Accès plus rapide aux services
- Risque plus faible que l'état de santé s'aggrave
- Plus grande satisfaction vis-à-vis du système de santé
- Meilleure qualité de vie

Risques pour la santé associés aux temps d'attente excessif pour accéder aux services de santé

- Le fait d'attendre pour les services de santé dont on a besoin peut être frustrant, effrayant et stressant
- Diminution de la qualité de vie
- Coût du traitement accru après un temps d'attente important
- Morbidité accrue et conséquences sur la santé telles que la douleur et la perte de productivité
- Mortalité accrue

Que faire lorsque vous êtes en attente d'un service

- Suivez les conseils de votre médecin afin de réduire le risque de blessures ou de douleur supplémentaires
- Réfléchissez à l'idée de vous rendre à un établissement plus éloigné ou de changer de spécialiste si cela vous est conseillé, car cela pourrait faire diminuer votre temps d'attente³⁵
- Soyez disposé à recevoir les services à des heures inhabituelles de la journée si ceux-ci sont disponibles
- Préparez vos proches, préparez-vous mentalement et, le cas échéant, prenez les dispositions nécessaires pour obtenir de l'aide par la suite
- Si vous êtes en attente d'une intervention chirurgicale, renseignez-vous sur ce à quoi vous devez vous attendre avant, pendant et après l'intervention et prenez connaissance des exercices ou des consignes post-opératoires auxquels vous devrez vous plier

Pour en savoir plus sur les mesures prises par les provinces et les territoires pour réduire les temps d'attente, veuillez consulter le *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada* du Conseil canadien de la santé (http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf).

8. DÉPENSES DÉCLARÉES DES MÉNAGES CONSACRÉES AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE EN POURCENTAGE DU REVENU

Messages clés

- Cet indicateur est un point de départ pour comprendre ce que les Canadiens dépensent directement pour les médicaments sur ordonnance
- Les médicaments sur ordonnance jouent un rôle important dans la prévention et le traitement des maladies
- Environ deux tiers des ménages canadiens déclarent dépenser moins d'un pour cent de leur revenu net d'impôt pour des médicaments sur ordonnance

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de ménages canadiens qui font état de dépenses directes effectuées pour acheter des médicaments sur ordonnance au-delà d'un certain pourcentage (0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % et 5 %) de leur revenu net d'impôt.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Les renseignements sur les dépenses pour des médicaments sur ordonnance, tels qu'ils sont déclarés par les ménages, représentent une estimation plutôt que la valeur réelle.

Le revenu net d'impôt . . .

. . . est le revenu total moins l'impôt personnel.

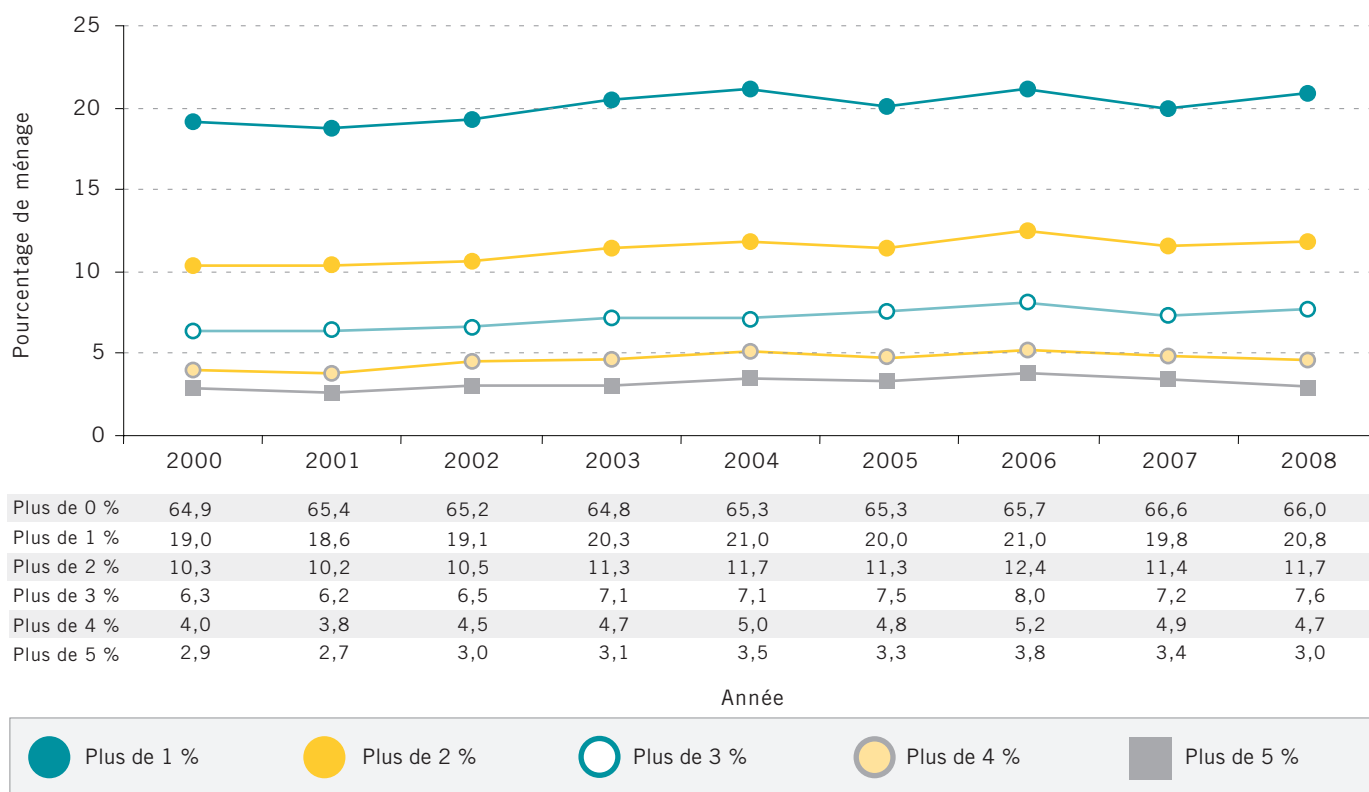
Les dépenses directes . . .

. . . sont des dépenses non remboursables par une assurance-médicaments ou un régime d'assurance santé.

La plupart des ménages canadiens déclarent dépenser moins d'un pour cent de leur revenu net d'impôt pour des médicaments sur ordonnance

En 2008, plus d'un foyer sur cinq dépensait plus d'un pour cent de son revenu net d'impôt pour des médicaments sur ordonnance. Le pourcentage de foyers canadiens déclarant des dépenses directes de plus de 2 % et 3 % de leur revenu net d'impôt a augmenté entre 2000 et 2008.

Figure 7 Dépenses personnelles déclarées pour l'achat de médicaments sur ordonnance
Selon le pourcentage du revenu net d'impôt, Canada, 2000-2008



Source : Statistique Canada. Enquête sur les dépenses des ménages, 2000-2008.

Remarques : Les dépenses engagées pour l'achat de médicaments sur ordonnance comprennent uniquement les médicaments sur ordonnance payés par les ménages. Elles excluent donc les médicaments en vente libre, et ceux remboursés par les gouvernements ou les compagnies d'assurance. Les primes des régimes d'assurance maladie ne sont pas comprises. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les médicaments sur ordonnance sont une composante essentielle du combat contre les maladies et les décès évitables. En fait, de nombreuses études publiées montrent que les médicaments sur ordonnance ont un effet positif sur la prévention et le traitement de nombreuses affections telles que les maladies cardiovasculaires³⁸, la polyarthrite rhumatoïde³⁹, le diabète⁴⁰, le virus de l'hépatite B⁴¹, et les infections transmissibles sexuellement telles que la chlamydia⁴².

L'adhésion au traitement est essentielle pour obtenir des résultats positifs pour la santé et aider à maintenir au minimum les coûts du système de santé. Un large éventail de facteurs influeraient sur l'adhésion au traitement. Parmi les causes de la non-adhésion au traitement, citons le type d'affection médicale qu'une personne a, la présence des troubles mentaux tels que la schizophrénie, les difficultés de langage, une mauvaise mémoire, l'abus d'alcool ou de substances, le type de relation que le patient entretient avec son médecin, un mauvais soutien social, la voie d'administration du médicament, l'aspect, la couleur et le goût du médicament, ou ses effets secondaires. Les facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe et l'éducation n'ont souvent pas de lien avec la non-adhésion au traitement^{43, 44}.

Il est connu que les patients qui ne respectent pas le dosage et les heures indiqués pour les médicaments ont des problèmes de santé, ce qui rend le fardeau financier encore plus important pour les systèmes de santé⁴⁵. De plus, la non-adhésion au traitement associé à un antibiotique ou un médicament peut entraîner la création de formes résistantes de certains agents pathogènes qui ne répondent pas bien aux traitements. Par exemple, certaines souches résistantes de tuberculose sont plus difficiles à traiter et augmentent la probabilité que la maladie se répande dans la communauté, entraînant des épidémies coûteuses⁴⁶.

De plus, en réalisant une méta-analyse de 21 études cliniques portant sur plus de 46 000 personnes, des chercheurs ont trouvé un lien systématique entre l'adhésion au traitement pharmacothérapeutique et la mortalité. Chez les personnes adhérant à leur traitement pharmacothérapeutique, le risque de mortalité était inférieur environ de moitié à celui des personnes le respectant peu⁴⁷, qu'elles prennent des médicaments utiles ou un placebo.

L'utilisation de médicaments sur ordonnance dépend du prix de ceux-ci, et de s'ils sont pris en charge ou non. En fait, la recherche a montré que les politiques de partage des coûts, où les personnes doivent payer un pourcentage du prix du médicament, peut entraîner une réduction significative du nombre de médicaments prescrits utilisés chaque jour par les patients âgés et les adultes bénéficiaires d'aide sociale, ce qui entraîne un taux plus élevé d'événements indésirables et de visites aux services d'urgence⁴⁸.

Le contrôle des prix ou la prise en charge sont essentiels pour aider les Canadiens à faire face à leurs dépenses en médicaments sur ordonnance. Pour ce faire, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), qui est un organisme administratif quasi-judiciaire indépendant, régule les prix des médicaments brevetés (c.-à-d., les médicaments encore protégés par des brevets, assurant ainsi que les prix des médicaments ne sont pas excessifs). Ces prix renvoient au « prix départ usine » des médicaments brevetés sur ordonnance ou non qui sont vendus au Canada aux grossistes, aux hôpitaux ou aux pharmacies pour usage humain ou vétérinaire.

Le CEPMB n'est pas habilité à réguler les prix des médicaments non brevetés, y compris ceux dont les brevets ont expiré et les versions génériques de ces médicaments, ni les prix pratiqués par les grossistes ou les pharmaciens. Cependant, le CEPMB analyse l'évolution des prix de l'ensemble des médicaments et en fait part aux Canadiens, et les informe également des activités de recherche et de développement menées par les titulaires de brevets. Ce travail contribue au bon fonctionnement du système de santé canadien.

Avantages des médicaments sur ordonnance

- Prévention et traitement des maladies
- Contrôle de la progression de la maladie
- Diminution des décès évitables
- Meilleur état de santé

Problèmes associés à la non-adhésion au traitement concernant les médicaments sur ordonnance

- Morbidité accrue
- Création de souches résistantes aux médicaments
- Mortalité accrue

Facteurs influant sur le coût total des médicaments

- Pourcentage de médicaments brevetés
- Majoration des détaillants et des grossistes
- Frais professionnels des pharmaciens
- Vieillesse de la population
- Habitudes de prescription des médecins (p. ex., médicaments brevetés ou médicaments génériques, probabilité de prescription d'une pharmacothérapie par rapport à la probabilité de prescription d'une thérapie non médicamenteuse)
- Utilisation des médicaments par le patient (p. ex., le nombre de médicaments utilisés)

Ce que vous pouvez faire pour contrôler vos dépenses en médicaments sur ordonnance

- Parlez avec votre pharmacien de l'option des médicaments génériques
- Demandez à votre ministère de la Santé provincial ou territorial des conseils sur ses programmes de remboursement des médicaments sur ordonnance
- Consultez votre fournisseur de soins de santé local pour de plus amples renseignements
- Pour en apprendre davantage sur la pharmacothérapie, visitez la section du site Web de Santé Canada sur les Médicaments et produits de santé (<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/index-fra.php>) ou le site Web du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. (<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/francais/home.asp?x=1>)

THÈME – QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

9. SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ (RECHERCHE SUR L'OPINION PUBLIQUE)

Messages clés

- Il est désormais fréquent d'effectuer de la recherche sur la satisfaction des patients à l'égard du système de soins de santé pour améliorer la qualité de celui-ci
- Toutefois, le concept de satisfaction n'est pas toujours bien défini en recherche
- La plupart des Canadiens sont satisfaits des services de soins de santé qu'ils ont reçus

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens âgés de 18 ans et plus qui ont évalué leur satisfaction à l'égard des services de soins de santé qu'ils ont reçus l'année précédant l'enquête.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

L'évaluation de la satisfaction peut être influencée par certaines caractéristiques des personnes interrogées telles que l'âge, le niveau d'instruction, les attentes du patient et par des effets socio-psychologiques tels que l'intérêt personnel et la gratitude. De plus, l'exactitude de cette évaluation peut être influencée par de nombreux facteurs méthodologiques, dont la stratégie d'échantillonnage, le taux de réponse, la manière dont la question est posée et la procédure de collecte des données. Par conséquent, il faut se montrer prudent dans l'établissement d'un lien entre la satisfaction des patients et la qualité des services fournis.

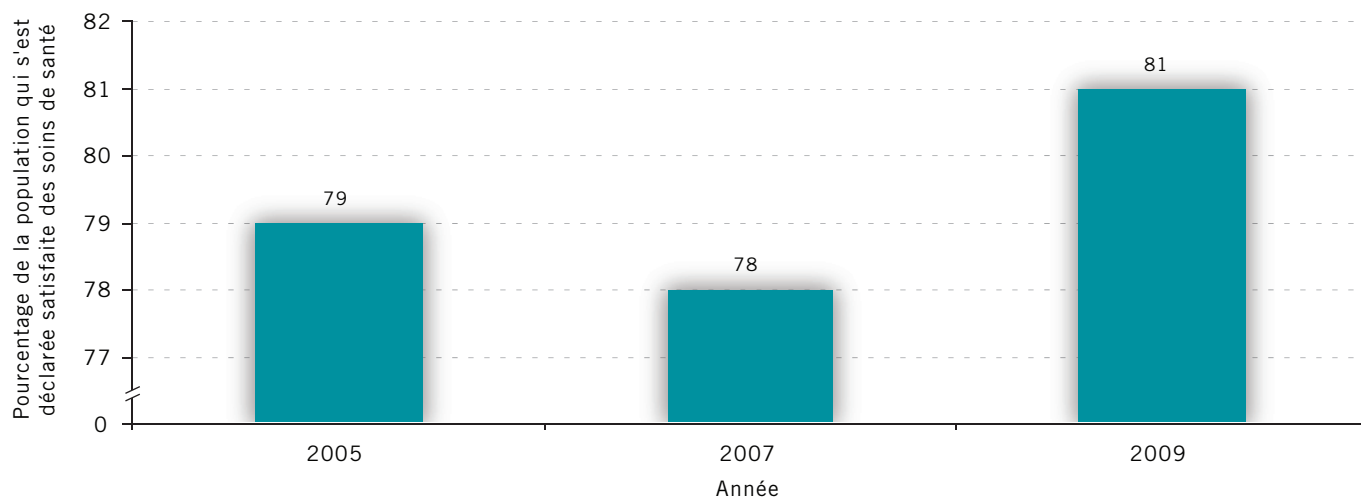
La majorité des Canadiens sont satisfaits des services de soins de santé qu'ils ont reçus au cours de l'année précédant l'enquête.

Les Canadiens sont satisfaits des services de soins de santé reçus

En 2009, 81 % des Canadiens ayant reçu des services de soins de santé étaient satisfaits du service qu'ils ont reçu. Seuls 10 % des Canadiens n'étaient pas satisfaits de ce service⁴⁹.

Figure 8 Satisfaction des patients à l'égard des services de santé reçus

Pourcentage de la population qui s'est déclarée satisfaite des soins de santé reçus au cours de la dernière année, Canada, 2005-2009



Source : *Sondage sur le rendement de Santé Canada, 2009. The Strategic Counsel.*

Remarque : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Il faut se montrer prudent à plusieurs égards lorsque l'on analyse les résultats des études portant sur la satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé. Tout d'abord, il faut tenir compte de la qualité des outils de mesure. En effet, plusieurs études ont montré que ces outils ne sont pas toujours valables, ni sûrs^{50, 51}. De la même manière, la satisfaction des patients est une mesure subjective qui repose souvent sur les souvenirs du patient, ce qui remet en question la fiabilité des résultats des études⁵⁰. À la lumière de ce qui précède, il n'est pas surprenant de constater que les résultats de recherche sont contradictoires^{50, 52}. Cependant, la plupart des recherches indiquent que les facteurs suivants ont un effet positif sur l'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé : personnes d'un âge avancé⁵³, revenus élevés⁵⁴, patients ayant une perception positive de leur état de santé⁵⁵, grande écoute de la part des professionnels de la santé et bonne communication entre le médecin et le patient⁵⁶, et niveaux de tristesse ou de dépression faibles^{56, 57}. On a également relié la satisfaction accrue des patients à leurs attentes⁵⁴ et à la nature publique ou privée de la prestation des soins de santé⁵⁴. Certaines études ont montré qu'il n'y a pas de relation entre la satisfaction des patients et la qualité des soins^{56, 58}, alors que d'autres ont démontré que la satisfaction des patients est associée soit à des niveaux d'éducation élevés^{55, 59}, soit à des niveaux d'éducation faibles^{52, 56}.

De plus, il ne semble pas avoir de définition commune pour l'expression « satisfaction des patients » et ce qu'elle comprend. À ce titre, il faut indiquer l'aspect spécifique de la satisfaction à l'égard des services de santé en question avant de pouvoir faire des comparaisons entre les études. En effet, certaines études se concentrent sur la satisfaction des patients à l'égard des soins⁵⁶ alors que d'autres mettent l'accent sur la qualité du traitement⁶⁰, le personnel professionnel (interactions interpersonnelles)⁵⁵, la qualité des soins (compétence technique) et l'accès aux soins⁵⁵, ce qui rend la comparaison entre les études difficile. De plus, il faut également souligner que les résultats des études sur la satisfaction sont fortement axés sur les niveaux de satisfaction les plus élevés⁶¹, ce qui signifie que la majorité des personnes interrogées indiquent être satisfaites ou très satisfaites des services de soins de santé qu'elles ont reçus.

Enfin, certains chercheurs indiquent que les niveaux de satisfaction des patients pourraient être considérés à tort comme un témoignage de la qualité élevée des soins⁵⁶.

Avantages associés au fait d'être satisfait des services de soins de santé

- Meilleure adhérence au traitement et aux recommandations du médecin
- Accroissement du bien-être psychologique
- Plus susceptible de faire à nouveau appel à ces services si besoin est, ce qui évite de futures complications
- Peut fournir des renseignements sur le système de santé et les secteurs qui pourraient s'avérer préoccupants

Inconvénients des études sur la satisfaction à l'égard des services de santé

- Manque de renseignements fondés sur des données probantes pour éclairer la prise de décisions concernant le système de santé
- La répartition des évaluations est souvent fortement axée sur les niveaux de satisfaction les plus élevés
- Difficile de relier la satisfaction avec les services de soins de santé réels étant donné que les outils utilisés pour mesurer la satisfaction ne sont souvent ni valables, ni dignes de confiance

Renseignements supplémentaires sur les études concernant la satisfaction à l'égard des services de santé

Les patients mécontents des soins qu'ils ont reçus devraient prendre le temps d'expliquer en détail pourquoi ils ne sont pas satisfaits auprès des administrateurs ou des fournisseurs de soins de santé. Les groupes de défense des droits des patients, les enquêtes sur la satisfaction et les cartes de commentaires constituent les principaux moyens pour que les préoccupations d'une personne soient exprimées dans le domaine public.

10. TAUX D'HOSPITALISATION LIÉE À DES CONDITIONS PROPICES AU TRAITEMENT AMBULATOIRE (CPTA)

Messages clés

- Le taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire (CPTA) est un indicateur de l'accès aux soins communautaires appropriés
- Un taux anormalement élevé pour cet indicateur témoignerait de problèmes au niveau de l'accès ou de la qualité des soins primaires et préventifs
- Les taux d'hospitalisation pour ces affections ont tendance à varier considérablement en fonction du statut socio-économique et selon qu'il s'agisse de régions urbaines ou rurales
- Les taux d'hospitalisation pour des affections chroniques pouvant être traitées au sein de la communauté sont en baisse depuis 2002–2003

Quelles sont les conditions propices au traitement ambulatoire ?⁶²

Les conditions propices au traitement ambulatoire sont des affections de longue durée qui peuvent généralement être prises en charge au sein de la communauté grâce à un traitement rapide et efficace, sans hospitalisation. Parmi ces problèmes de santé, notons l'angine, l'asthme, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'épilepsie et l'hypertension. Des taux d'hospitalisation élevés liés à des CPTA peuvent être le signe indirect de problèmes dans le domaine de l'accès des patients aux soins primaires, de ressources et de compétences inadéquates ou d'une déconnexion avec les services spécialisés.

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés préviennent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 habitants de moins de 75 ans.

Seules les visites donnant lieu à une admission des patients à l'hôpital sont incluses dans la Base de données sur la morbidité hospitalière.

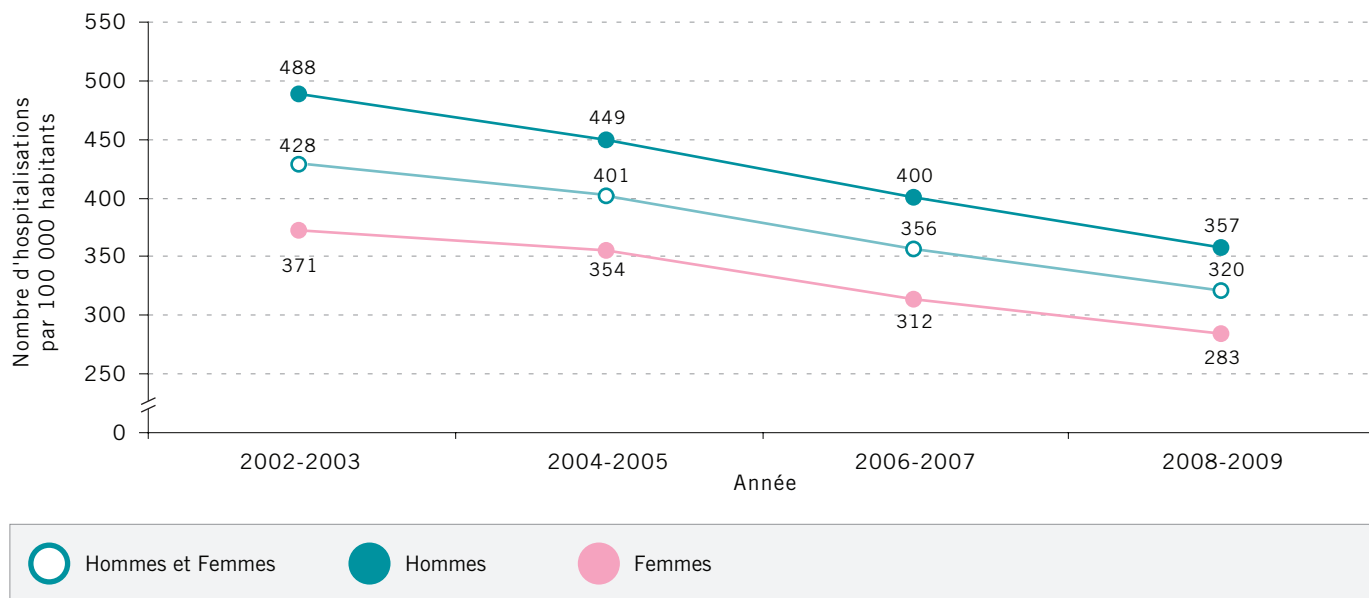
Les taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire sont en baisse depuis 2002-2003

Les taux d'hospitalisation pour des affections chroniques pouvant être traitées au sein de la communauté sont en baisse pour les hommes et les femmes. Pour les deux sexes confondus, les données les plus récentes (2008-2009) ont révélé que le taux d'admission était de 320 admissions par 100 000 habitants, ce qui représente une baisse par rapport à la période précédente (2006-2007), où il était de 356 admissions par 100 000 habitants, et par rapport à 2002-2003, où il était de 428 admissions par 100 000 habitants.

Pour les hommes, le taux est descendu à 357 admissions par 100 000 hommes en 2008-2009, alors qu'il était de 400 admissions par 100 000 hommes en 2006-2007, et de 488 admissions par 100 000 hommes en 2002-2003. Pour les femmes, le taux est descendu à 283 admissions par 100 000 femmes en 2008-2009, alors qu'il était de 312 admissions par 100 000 femmes en 2006-2007, et de 371 admissions par 100 000 femmes en 2002-2003. Les hommes canadiens continuent à avoir des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des femmes (357 admissions par 100 000 hommes contre 283 admissions par 100 000 femmes en 2008-2009). Cette différence entre les taux des hommes et des femmes est moins importante qu'en 2002-2003.

Figure 9 Conditions propices au traitement ambulatoire

Taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire, par 100 000 habitants de moins de 75 ans, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2002-2003 à 2008-2009



Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière. Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Remarques : En 2006-2007, la définition de l'indicateur a été révisée, et les données ont été recalculées en commençant par l'exercice 2001-2002. Il est déconseillé d'établir des comparaisons avec les données des versions antérieures au rapport *Les Canadiens et les Canadiennes en santé de 2008*. Il ne tient pas compte des patients non hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée, des patients de 75 ans et plus et des patients décédés avant d'avoir obtenu leur congé de l'hôpital. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les soins de santé primaires de qualité sont un élément primordial des systèmes de santé efficaces et rentables. Les soins primaires comprennent de nombreux services qui sont souvent difficiles à mesurer. De plus, on dispose de peu de données sur les soins de santé primaires. Néanmoins, le taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire peut servir d'indicateur de la disponibilité et de la qualité du système de soins de santé primaires étant donné qu'il représente le volume d'activité hospitalière potentiellement évitable par la prestation de soins primaires efficaces en temps opportun^{63, 64}.

Les soins préventifs, les soins primaires et la gestion de ces affections au sein de la communauté n'élimineront pas toutes les hospitalisations, mais permettront peut-être d'en éviter un grand nombre. Par exemple, même si toutes les admissions liées à des conditions propices au traitement ambulatoire ne sont pas évitables, on tient pour acquis qu'un traitement ambulatoire approprié (c.-à-d., des soins communautaires) pourrait éviter l'apparition de ce type de maladies ou d'affections, permettrait de contrôler une maladie ou une affection épisodique aiguë et de gérer une maladie ou une affection chronique⁶⁵.

Le statut socio-économique pourrait jouer un rôle majeur dans les taux d'hospitalisation liée à des conditions propices au traitement ambulatoire. Plusieurs études menées aux États-Unis ont montré que les minorités raciales et ethniques étaient plus susceptibles que les personnes d'origine caucasienne d'être hospitalisées en raison de conditions propices au traitement ambulatoire^{66, 67}, et les taux d'hospitalisation étaient supérieurs pour les personnes ayant un niveau d'éducation ou de revenus plus faible⁶⁸, les habitants des zones rurales^{69, 70}, les personnes non assurées^{67, 71} et les bénéficiaires du programme américain Medicare^{67, 70}. Même dans les pays dotés d'un système universel d'assurance-maladie tels que le Canada et l'Australie, les patients désavantagés sur le plan économique étaient plus susceptibles d'avoir des taux d'hospitalisation plus élevés pour certaines conditions propices au traitement ambulatoire que ceux appartenant à la fourchette des revenus les plus élevés^{63, 72}. Certains ont avancé que les taux de visite et d'hospitalisation plus élevés chez les personnes défavorisées pourraient s'expliquer par la prévalence plus importante des maladies, la gravité accrue des maladies et de nombreuses comorbidités chez ces personnes, tout ceci découlant d'un manque de soins primaires dans leur voisinage⁶².

L'optimisation de la gestion et du traitement des conditions propices au traitement ambulatoire contribuera à l'amélioration des résultats au niveau de la santé des patients et à une utilisation plus efficace des ressources⁷³.

Avantages du traitement ambulatoire

- Baisse des coûts liés aux soins de santé
- Les patients peuvent rester à la maison au lieu d'être hospitalisés
- Moins de risques d'infections nosocomiales
- Meilleur état de santé général de la communauté
- Patients en meilleure santé

Conséquences des hospitalisations non nécessaires

- Augmentation du temps d'attente dans les salles d'urgence des hôpitaux, pour tous les patients
- Accroissement des coûts pour le système de soins de santé
- Risque accru d'infections nosocomiales
- Occupation de lits d'hôpital qui pourraient servir à des cas plus graves

Ce que vous pouvez faire pour éviter une hospitalisation liée à des CPTA

- Parlez à votre fournisseur de soins de santé de tout soin de routine ou de suivi dont vous pourriez avoir besoin en raison de votre état, ou des ressources et des services de soins de santé disponibles dans votre communauté
- Dans les situations d'urgence, il peut être nécessaire d'avoir recours aux services hospitaliers

11. TAUX DE RÉADMISSION À LA SUITE D'UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM)

Messages clés

- L'examen des taux de réadmission des hôpitaux pour certaines affections est une manière de mesurer la qualité et l'efficacité des soins
- Il a été prouvé que les interventions multidimensionnelles fournies dans la communauté par différents professionnels de la santé font diminuer le taux de réadmission à la suite d'un IAM
- Le taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde est en baisse

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le taux ajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'un IAM. Un cas est considéré comme une réadmission à l'hôpital si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et si elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode initial de soins pour un IAM. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

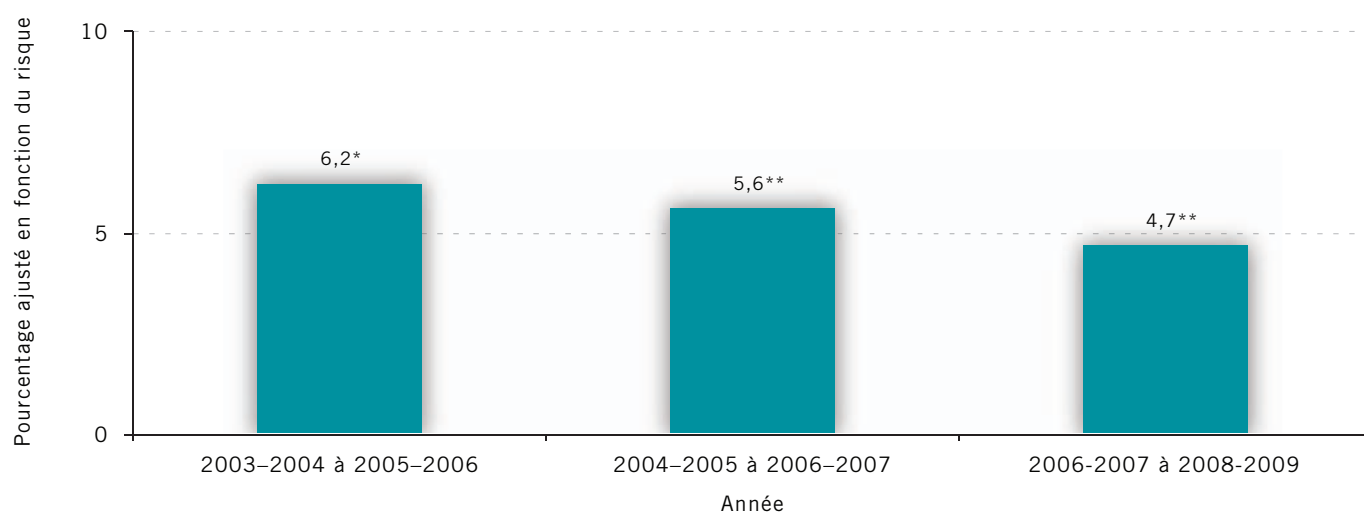
Pour les périodes de 2003-2004 à 2005-2006, les critères de sélection des cas ont été révisés pour tenir compte du fait qu'un nombre croissant de patients victimes d'IAM subissent une revascularisation (intervention coronarienne percutanée et pontage aortocoronarien) lors de leur admission initiale. Dans le cas des procédures de revascularisation, il n'est pas toujours indiqué dans le dossier du patient que le diagnostic d'un IAM est la cause de l'admission à l'hôpital. Par conséquent, même si ces changements sont censés faciliter les comparaisons entre les juridictions, il faut user d'une certaine prudence lorsque l'on compare le taux de 2003-2004 à 2005-2006 à ceux des années précédentes.

Le taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde est en baisse

Le taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde pour la période allant de 2006-2007 à 2008-2009 était de 4,7 % (chaque pourcentage est une moyenne couvrant une période de trois ans). Cela représente une baisse par rapport au taux de la période 2004-2005 à 2006-2007, où il était de 5,6 %, et au taux de la période 2003-2004 à 2005-2006, où il était de 6,2 %.

Figure 10 Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Hommes et femmes, Canada, *, ** 2003-2004 à 2008-2009



Sources : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires. Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Remarques : *En raison de différences dans sa base, les données du Québec et du Manitoba ne sont pas prises en compte dans la moyenne de 2003-2004 à 2005-2006. **En raison de différences dans sa base, les données du Québec ne sont pas prises en compte dans la moyenne de 2004-2005 à 2006-2007, et de 2006-2007 à 2008-2009. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Une réadmission après la sortie de l'hôpital est de plus en plus considérée comme un indicateur de la qualité et de l'efficacité des soins⁷⁴. Les facteurs qui peuvent influencer sur la réadmission sont les suivants : médicaments prescrits lorsqu'une personne sort de l'hôpital la première fois; adhésion au traitement par le patient; qualité des soins de suivi dans la communauté; et qualité et exhaustivité des soins pendant la première hospitalisation⁷⁵. Certains de ces facteurs sont directement liés aux soins prodigués à l'hôpital alors que d'autres sont associés à la disponibilité des services appropriés dans la communauté.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de diverses interventions en vue d'améliorer la qualité telles que l'attribution d'un pair-conseiller aux patients après leur sortie⁷⁶, les programmes de gestion de la maladie administrés par des infirmières à domicile⁷⁷, et l'inscription des patients à des programmes de réadaptation cardiologique^{78, 79}, toutes ces mesures pouvant être utilisées pour diminuer le risque de

réadmission et améliorer les résultats pour les patients victimes d'un IAM. Ces exemples suggèrent que dans de nombreux cas, les taux de réadmission après une hospitalisation en raison d'un IAM peuvent être réduits si les fournisseurs de soins de santé des hôpitaux mettent leurs patients en relation avec les services communautaires compétents à leur sortie⁸⁰.

Bien que la réadmission en raison de troubles médicaux puisse être due à des facteurs échappant au contrôle direct de l'hôpital, des taux de réadmission élevés sont souvent le signe que les hôpitaux doivent examiner plus attentivement leurs pratiques, et notamment le risque associé à une sortie prématurée du patient et la relation avec les médecins et les soins communautaires⁷⁵.

Avantages de ne pas être réadmis à l'hôpital à la suite d'un IAM

- Les patients sont traités au sein de la communauté plutôt qu'à l'hôpital
- Meilleures connaissances et gestion des facteurs de risque pour le patient
- Le patient a plus de contrôle sur sa santé
- Coût moins élevé pour le système de soins de santé

Risques associés à l'IAM

- Tabagisme
- Sédentarité
- Alimentation riche en gras saturés et en gras trans
- Alimentation riche en sodium
- Taux élevé de cholestérol sanguin
- Hypertension artérielle
- Obésité
- Diabète
- Abus d'alcool
- Stress
- Antécédents familiaux de maladies cardiaques

Ce que vous pouvez faire pour éviter d'être réadmis en raison d'un IAM

Parlez des choses suivantes avec votre fournisseur de soins de santé :

- Modification du mode de vie et traitement des facteurs de risque
- Inscription à un programme de réadaptation cardiologique
- Attribution d'un pair-conseiller après la sortie de l'hôpital afin d'encourager la participation active à des programmes de réadaptation cardiologique
- Programmes de gestion de la maladie disponibles au sein de votre communauté

THÈME – VIABILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

12. NOMBRE DE MÉDECINS DE FAMILLE

13. NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

14. NOMBRE D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS

15. NOMBRE D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES AUTORISÉS

Messages clés

- Le nombre, la répartition et l'agencement des médecins de famille, des médecins spécialistes et des infirmières et infirmiers a une incidence sur l'accès aux soins de santé d'une population (et par conséquent sur l'état de santé de cette population)
- Le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes a augmenté au cours de la période de 2000 à 2008
- Le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés actifs a augmenté de près de 2 % chaque année depuis 2004
- L'âge moyen des médecins de famille, des médecins spécialistes et des infirmières et infirmiers autorisés est à la hausse
- Des stratégies de gestion des ressources humaines en santé sont en place au Canada

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces indicateurs mesurent le nombre de médecins généralistes/de famille (médecins de famille et médecins urgentistes) et de médecins spécialisés (médecins spécialistes, chirurgiens spécialistes et spécialistes de laboratoire) ainsi que le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés qui étaient actifs au 31 décembre de l'année de référence, par 100 000 habitants.

Il existe trois professions infirmières réglementées au Canada : les infirmières et infirmiers autorisés (incluant les infirmières et infirmiers praticiens), les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. Les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (main-d'œuvre totale de 5 162 en 2008) sont réglementés et ne peuvent travailler que dans les quatre provinces de l'Ouest, soit le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Par conséquent, l'indicateur national des infirmières et infirmiers comprend uniquement les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.

Les infirmières et infirmiers praticiens sont un sous-groupe réglementé d'infirmières et infirmiers autorisés qui ont une formation et une expérience complémentaires. Les infirmières et infirmiers praticiens sont

réglementés dans toutes les provinces et territoires, sauf au Yukon où la réglementation est en attente. Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens actifs a doublé au cours de la période de 2004 à 2008, passant de 800 à 1 626⁸¹.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

En raison des différentes méthodes de collecte, de traitement et de publication des données, les données de l'ICIS pourraient être différentes de celles obtenues des provinces et territoires. Le lecteur doit éviter de tirer des conclusions sur le bien-fondé des ressources offertes en se basant uniquement sur les ratios de médecins et d'infirmières et infirmiers.

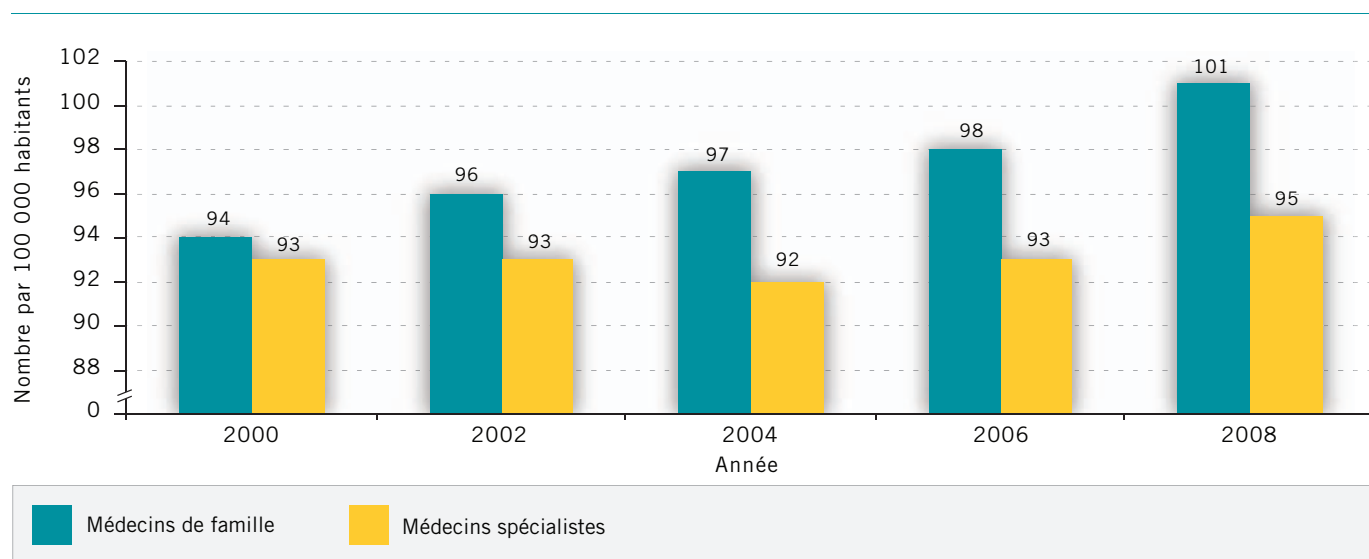
Voir l'annexe 2 pour obtenir de plus amples renseignements.

Le nombre de médecins de familles, de médecins spécialistes et d'infirmières et infirmiers est à la hausse

Comparativement à la période de 2000 à 2006, un nombre plus élevé de médecins de famille et de médecins spécialistes étaient actifs au Canada en 2008 (101 et 95 par 100 000 habitants, respectivement). On remarque une tendance similaire avec les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés actifs au Canada (786 et 223 par 100 000 habitants, respectivement). Selon l'ICIS, le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés actifs au Canada a augmenté de près de 2 % chaque année depuis 2004⁸¹.

Figure 11 Nombre de médecins de famille et spécialistes

Par 100 000 habitants, Canada, 2000-2008

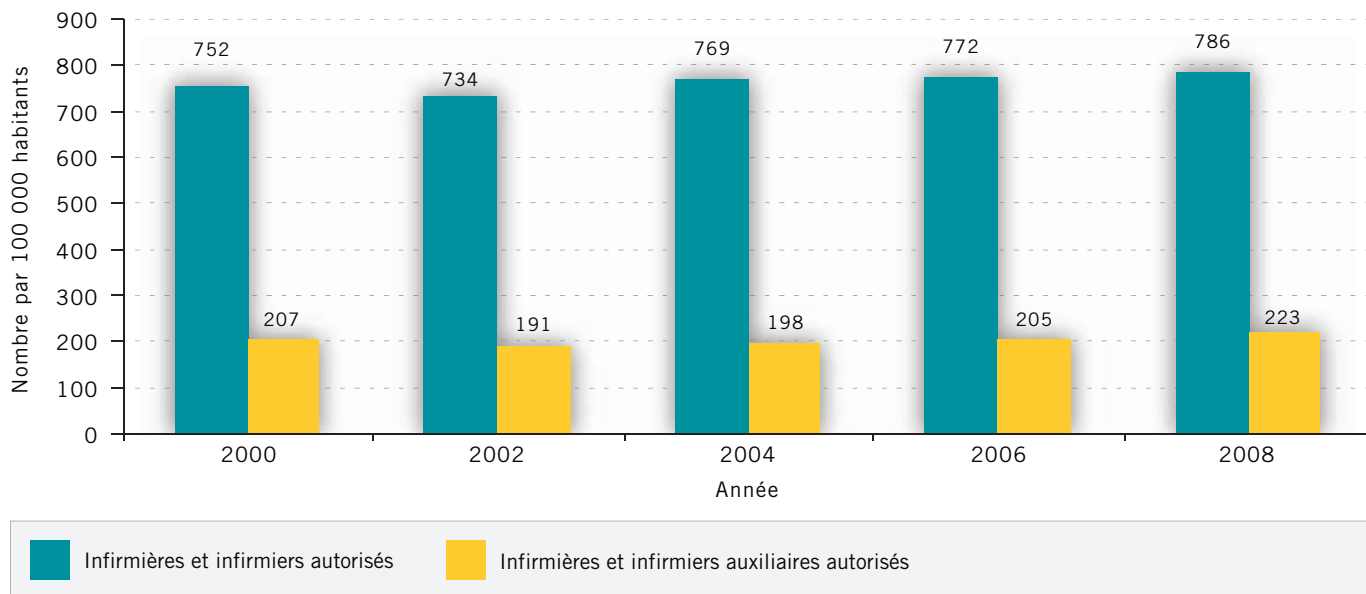


Source : Institut canadien d'information sur la santé. Base de données médicales Scott's.

Remarques : Les spécialistes non agréés sont classés comme médecins de famille pour toutes les juridictions à l'exception de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador (depuis 2004), et de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Yukon (depuis 2007), puisqu'ils sont classés parmi les médecins spécialistes. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 12 Nombre d'infirmières et infirmiers autorisés actifs et en exercice, et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés actifs et en exercice

Par 100 000 habitants, Canada, 2000-2008



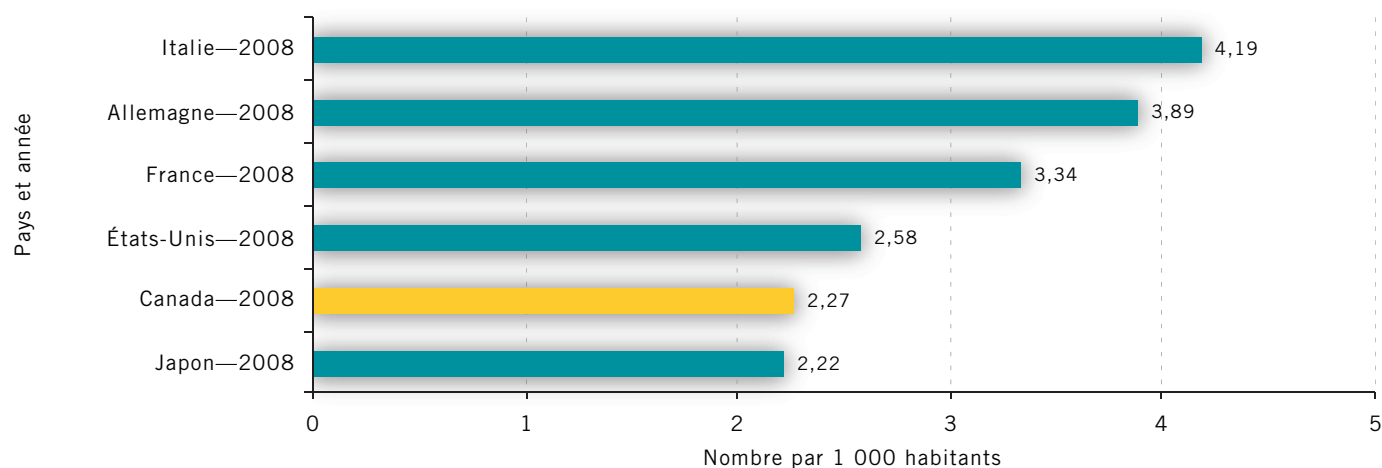
Source : Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2002-2010*.

Remarques : Comme les intervalles de confiance ne sont pas disponibles pour les infirmières et infirmiers, aucune analyse statistique n'est possible pour ce groupe de professionnels.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et les données du Canada pourraient être différentes pour le même indicateur montré ici, selon que la source de données originale ait fait l'objet d'une révision périodique ou que les pays utilisent des années de référence différentes. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

Sur le plan international, en ce qui a trait aux médecins en 2008, le Canada se classait cinquième parmi les six pays du G7 pour lesquels les données étaient disponibles, soit 2,27 médecins actifs par 1 000 habitants. Quant aux infirmières et infirmiers, le Canada se classait en troisième place parmi les cinq pays du G7 pour lesquels les dernières données étaient disponibles, soit 10,32 infirmières et infirmiers actifs par 1 000 habitants.

Figure 13 Médecins professionnellement actifs
Par 1 000 habitants, selon les pays et années sélectionnés

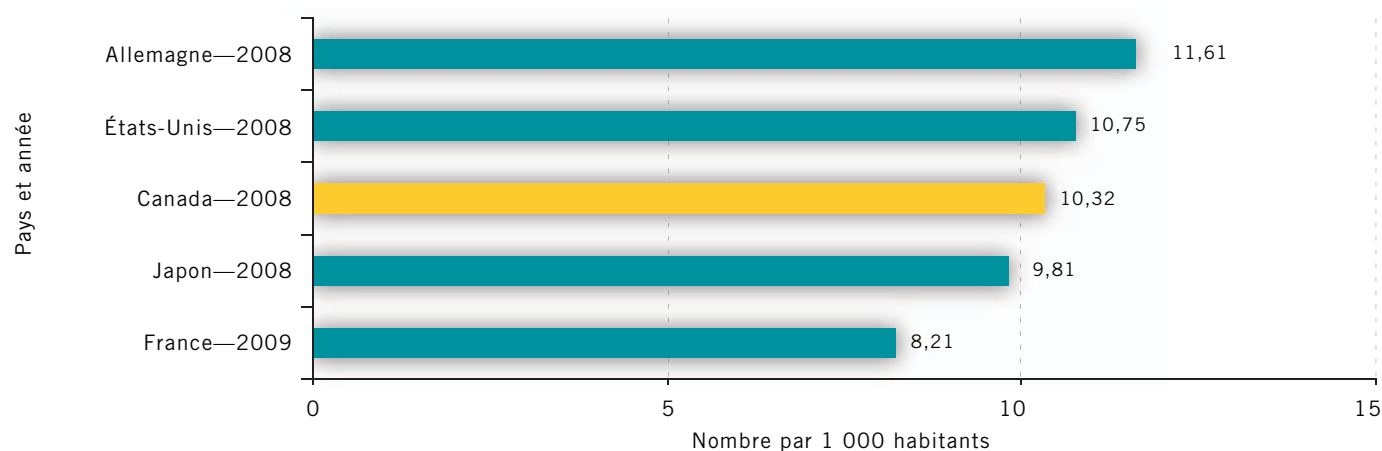


Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données n'étaient pas disponibles pour le Royaume-Uni.

Les données canadiennes présentées dans ce graphique de l'OCDE ne sont pas comparables aux données canadiennes sur les mêmes indicateurs présentées ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*, puisque les données originales peuvent avoir été révisées périodiquement. Inclut les médecins ayant un contact avec les patients, ainsi que les gestionnaires, professeurs, chercheurs, etc. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 14 Infirmières et infirmiers professionnellement actifs
Par 1 000 habitants, selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données n'étaient pas disponibles pour l'Italie et le Royaume-Uni.

Inclut les infirmières et infirmiers autorisés actifs et en exercice, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés actifs et en exercice, ainsi que les infirmières et infirmiers travaillant en administration, en gestion et en recherche. Les données canadiennes présentées dans ce graphique de l'OCDE ne sont pas comparables aux données canadiennes sur les mêmes indicateurs présentées ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*, puisque les données originales peuvent avoir été révisées périodiquement. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Le nombre, la répartition et l'agencement des ressources humaines en santé ont une grande incidence sur la santé de la population. En effet, c'est la nature même de ces ressources, basé surtout sur la connaissance qui leur permet de dispenser des services aux personnes et aux collectivités de façon rentable et en temps opportun⁸², ce qui influe réellement sur les résultats en matière de santé⁸³. Par conséquent, pour aider à améliorer l'état de santé des personnes et des collectivités, les décideurs doivent comprendre les besoins en matière de santé de ces dernières et adapter le nombre et la répartition des ressources humaines en santé de façon efficace.

Selon l'ICIS, le profil démographique des médecins change⁸⁴. En effet, en 2008, l'âge moyen des médecins de famille et spécialistes combinés était de 49,8 ans, soit une légère augmentation comparativement à 48,5 ans en 2004. De plus, le nombre de médecins de sexe masculin a augmenté de 3,8 % entre 2004 et 2008, tandis que le nombre de médecins de sexe féminin a augmenté de 16,3 %. En 2008, 52,1 % des nouveaux médecins de familles et 45,1 % des nouveaux médecins spécialistes étaient des femmes. Par ailleurs, en 2008, 34,7 % de l'effectif de médecins était des femmes, une hausse comparativement à 32,1 % en 2004.

Pour ce qui est des infirmières et infirmiers, leur profil démographique change aussi⁸¹. En 2008, l'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés était de 45,1 ans, une légère hausse par rapport à 2004. Cependant, l'âge moyen des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés était de 43,4 ans en 2008, une légère diminution comparativement à 2004. De plus, en 2008, plus de 92 % de l'effectif chez ces deux groupes était des femmes.

La Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (RHS), notamment, issue des accords sur la santé de 2003 et de 2004, appuie divers projets novateurs entrepris par les juridictions et les parties intéressées. Ces projets visent à accroître la capacité de planification des RHS et à optimiser la prestation des services de soins de santé en vue de mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Grâce à son Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI), Santé Canada est en mesure d'aborder les enjeux politiques relatifs aux soins infirmiers au sein du Ministère. Par exemple, le BPSI met l'accent sur les mesures à prendre concernant l'effectif des soins infirmiers pour s'assurer que tous les Canadiens et Canadiennes ont accès à des services de santé, à l'endroit et au moment où ils en ont besoin, que ces services sont continuellement améliorés, que le système est en mesure d'offrir les soins requis aujourd'hui et qu'il a la capacité de relever les besoins émergents et les enjeux à venir et de s'y adapter.

Renseignements supplémentaires sur le nombre de médecins et d'infirmières au Canada

- Consultez les documents de l'ICIS pour obtenir de plus amples renseignements sur le nombre de médecins (http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SMDB_2008_f.pdf) et d'infirmières (<https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US>) au Canada
- La Stratégie en matière de ressources humaines en santé du gouvernement du Canada (<http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-fra.php>)
- Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/spb-dgps/onp-bpsi/index-fra.php>)

16. NOMBRE D'APPAREILS D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

17. NOMBRE D'EXAMENS D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

18. NOMBRE D'APPAREILS DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

19. NOMBRE D'EXAMENS DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

Messages clés

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les appareils de tomodensitométrie (TDM) sont d'importants outils diagnostiques qui aident à la détection de maladies et autres problèmes de santé
- Au premier janvier 2010, 281 appareils d'IRM et 484 appareils de TDM étaient fonctionnels au Canada, une augmentation comparativement à 149 appareils d'IRM et 325 appareils de TDM en 2003

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces indicateurs mesurent le nombre d'appareils d'IRM et de TDM, respectivement, et le nombre d'examens d'IRM et de TDM, respectivement.

L'**examen d'IRM** est un examen sans douleur et non effractif utilisé pour détecter des problèmes dans l'organisme ou le cerveau, ainsi que des anomalies internes à partir de l'extérieur du corps. Les appareils d'IRM permettent d'obtenir des images sous plusieurs angles.

L'**examen de TDM** est un examen sans douleur et non effractif utilisé pour détecter des problèmes dans l'organisme ou le cerveau, ainsi que des anomalies internes à partir de l'extérieur du corps. Les appareils de TDM permettent d'obtenir des images en coupe transversale.

IRM ou TDM ?

Le choix de l'appareil d'imagerie médicale comme outil diagnostique d'un problème de santé dépend en partie des ressources disponibles (p. ex., l'accès aux appareils et aux techniciens qualifiés), du type de maladie soupçonnée et du type de tissu ou de la structure touché. Les appareils d'IRM sont reconnus pour donner des images plus détaillées. Les appareils de TDM sont plus efficaces pour les os ou les tissus durs, tandis que les appareils d'IRM donnent de meilleurs résultats avec les tissus mous. L'IRM ne peut pas être utilisée si le patient a un implant métallique dans son organisme.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

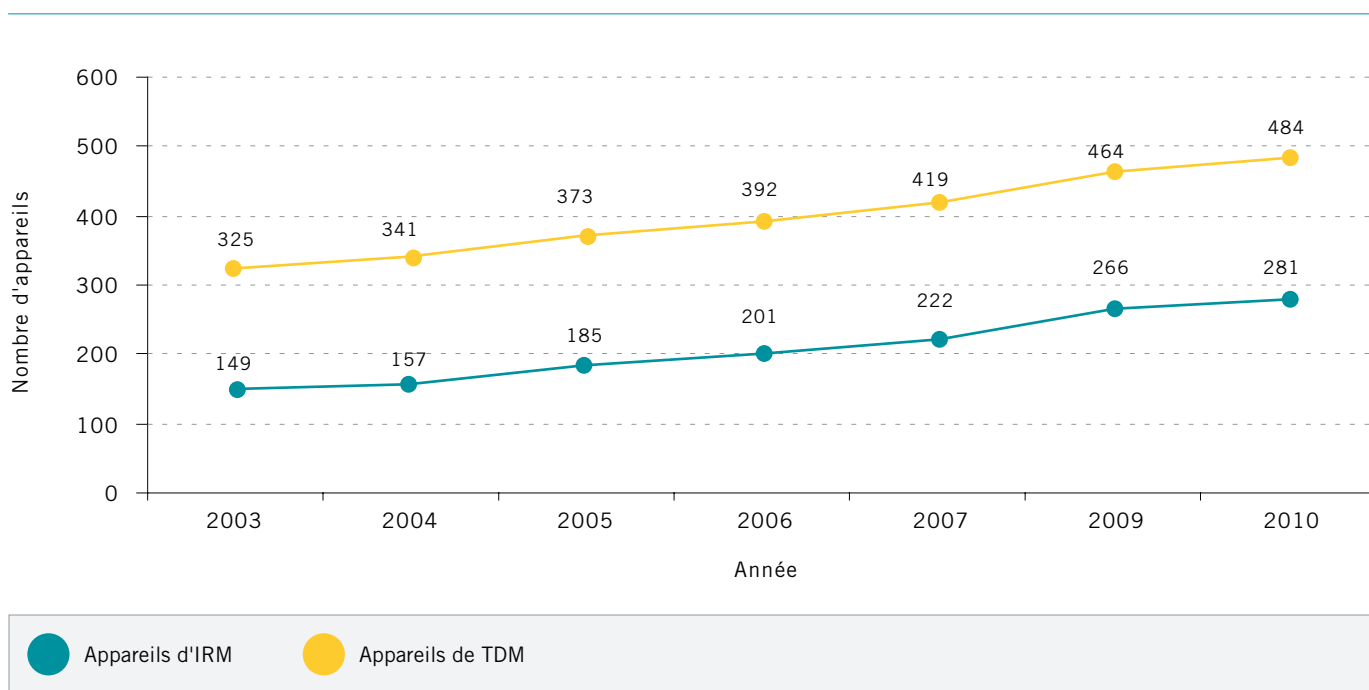
Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'utilisation de ces appareils varie énormément dans l'ensemble du Canada⁸⁵.

Le nombre d'appareils d'IRM et de TDM continue d'augmenter au Canada

En 2010, 281 appareils d'IRM et 484 appareils de TDM étaient accessibles au Canada, ce qui représente une augmentation comparativement à 149 appareils d'IRM et 325 appareils de TDM en 2003, et 266 appareils d'IRM et 464 appareils de TDM en 2009⁸⁵.

Figure 15 Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM)

Canada, 2003-2010



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale.

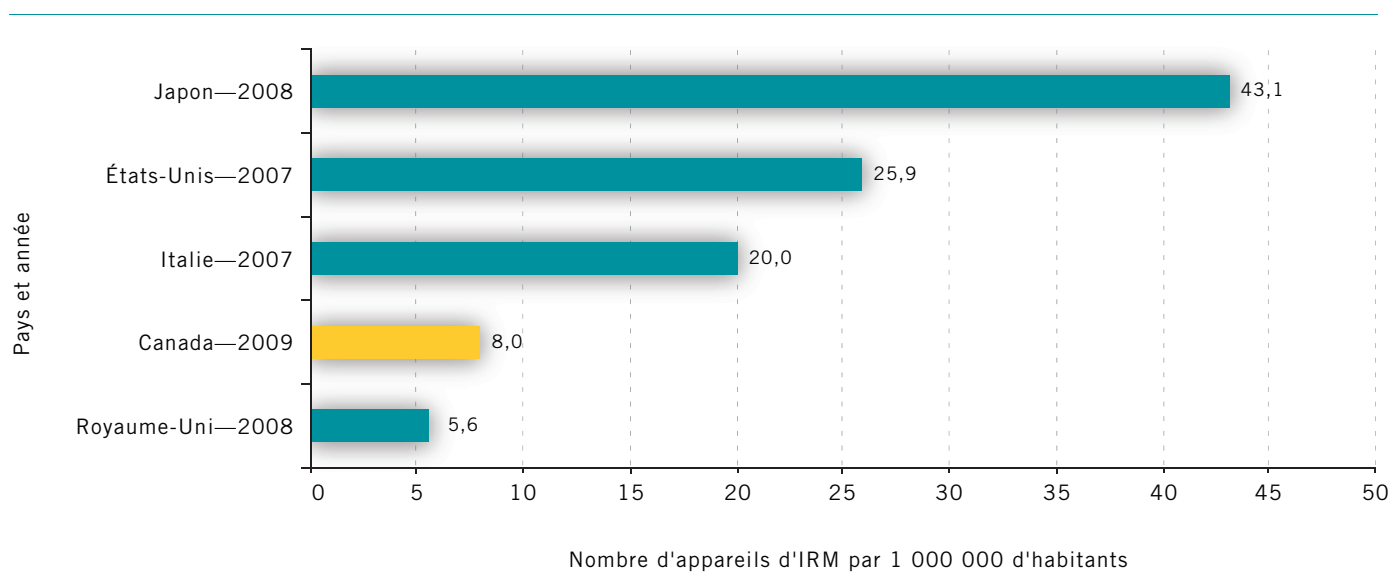
Remarques : Les données pour 2008 n'étaient pas disponibles.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

À l'échelle internationale, en 2009, le Canada se classait quatrième parmi les cinq pays du G7 pour lesquels des données étaient disponibles, avec 8,0 appareils d'IRM par million d'habitants, et 13,9 appareils de TDM par million d'habitants. Il existe une très grande variation dans le nombre d'appareils d'IRM et de TDM accessibles parmi les pays de l'OCDE.

Figure 16 Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par 1 000 000 d'habitants

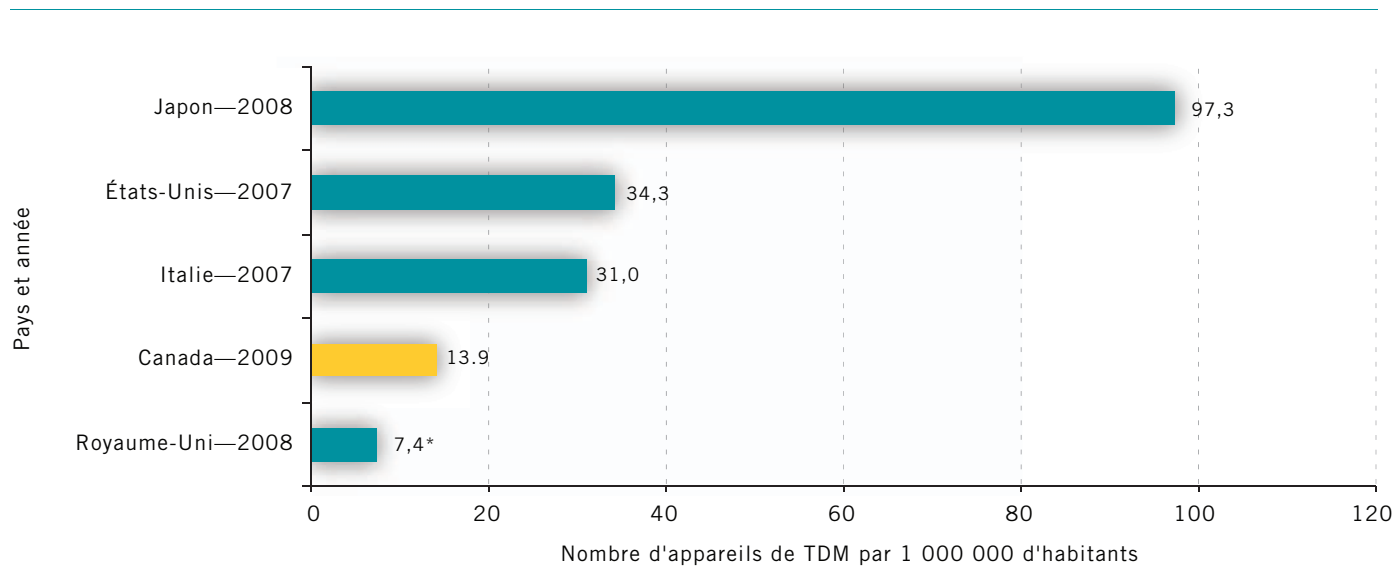
Selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données n'étaient pas disponibles pour la France et l'Allemagne.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 17 Nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) par 1 000 000 d'habitants
Selon les pays et années sélectionnés



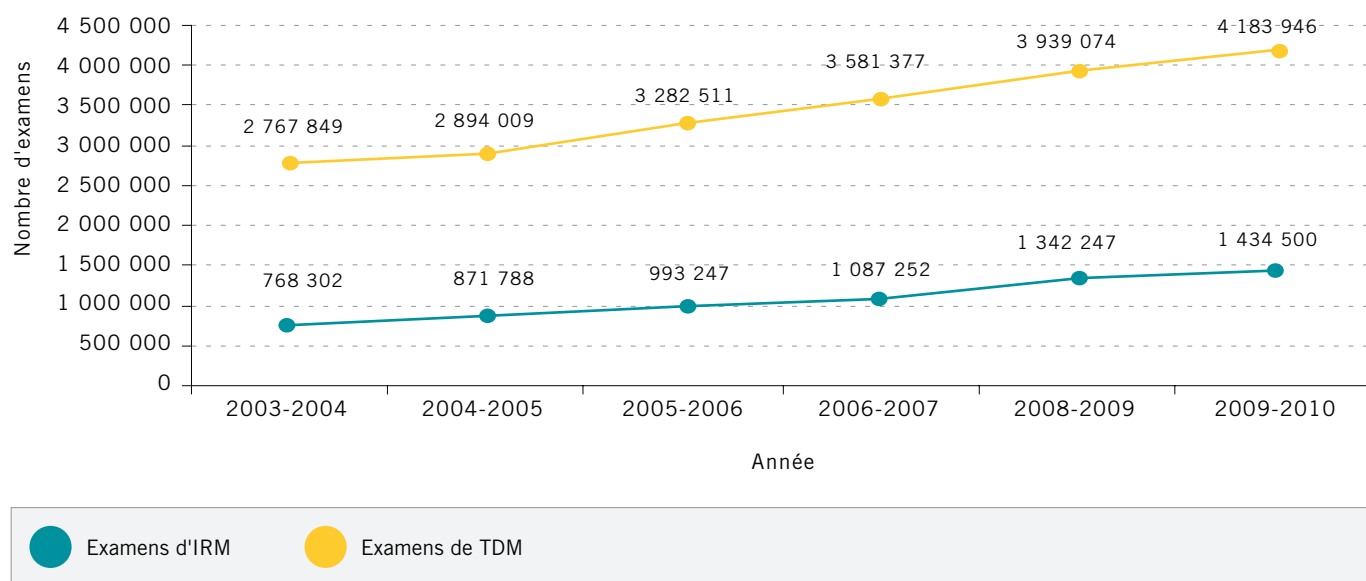
Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : *Les données pour le Royaume-Uni sont des estimations.
Les données n'étaient pas disponibles pour la France et l'Allemagne.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

En 2009-2010, 1 434 500 examens d'IRM et 4 183 946 examens de TDM ont été effectués au Canada, une augmentation comparativement à 768 302 examens d'IRM et 2 767 849 examens de TDM en 2003-2004.

Figure 18 Nombre d'examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM)

Canada, 2003-2004 à 2009-2010



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale.

Remarques : Chaque année, des examens ne sont pas rapportés pour certains appareils d'IRM et de TDM. Les examens de ces appareils ont été imputés par l'ICIS selon une méthode universelle de 2003-2004 à 2006-2007, et selon une autre méthode pour 2008-2009, ce qui a interrompu la série. Ainsi, le nombre d'examens en 2008-2009 n'est pas comparable aux années précédentes. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Même si les médecins peuvent diagnostiquer de nombreuses maladies au moyen d'un examen clinique, ils ont souvent besoin de technologies plus sophistiquées pour accroître leurs compétences diagnostiques, améliorant ainsi les résultats pour le patient. Les appareils d'IRM et de TDM sont d'importants outils diagnostiques qui aident à la détection de maladies et autres problèmes de santé. De plus, à mesure que la population vieillit, ces technologies seront certainement plus en demande⁸⁶. Et même si ce sont deux outils très utiles pour diagnostiquer toutes sortes de problèmes de santé, chacun présente des forces et des faiblesses.

Des travaux de recherche suggèrent que, comparativement à d'autres technologies, les appareils d'IRM permettent de détecter avec plus de précision des cas d'hémorragie cérébrale ou d'ischémie⁸⁷, de fractures⁸⁸, et certaines tumeurs gastrointestinales (p. ex., évaluation de métastases hépatiques)⁸⁹.

Les appareils de TDM ont également de nombreuses utilités. Par exemple, ils sont beaucoup plus efficaces que la radiographie ordinaire pour le dépistage de blessures cervicales chez les patients qui présentent un risque élevé⁹⁰, ils sont extrêmement efficaces pour éliminer une possible maladie coronarienne chez les patients qui présentent une douleur thoracique⁹¹ et, comparativement à l'IRM, ils peuvent mieux détecter certaines tumeurs gastrointestinales comme des métastases mésentériques⁹⁰.

Toutefois, l'utilisation de ces appareils comporte certains risques⁹². Par exemple, l'IRM peut déplacer un implant métallique (comme un stimulateur cardiaque, une tige ou une agrafe métallique) et déchirer des tissus mous; c'est pourquoi les patients qui ont un implant, une tige ou une agrafe métallique, et même un tatouage⁹³ ne sont pas de bons candidats pour cet examen. Ces objets peuvent également causer des brûlures. De plus, le champ magnétique de l'IRM peut magnétiser des objets environnants qui risquent de devenir des projectiles dangereux dans la salle d'examen. Les appareils d'IRM sont aussi très bruyants et restreignent le mouvement des patients. Par conséquent, ces appareils provoquent parfois de la claustrophobie ou de l'anxiété⁹⁴. Néanmoins, les appareils d'IRM ne posent aucun danger pour les patients qui n'ont pas de métal dans leur organisme.

Cependant, les appareils de TDM peuvent exposer le patient à des taux très élevés de radiation, soit de 500 à 1 000 fois plus élevés que ceux émis par la radiographie de routine, ce qui augmente le risque de développer un cancer lié à la radiation. Il est permis de croire que les risques liés aux appareils de TDM sont plus élevés que ceux liés aux appareils d'IRM.

Les appareils d'IRM et de TDM requièrent l'utilisation d'un agent de contraste, qui est une solution que le patient reçoit par voie orale ou par injection, pour augmenter le contraste de l'image. Ces agents peuvent causer des effets secondaires allant d'effets bénins (comme un mauvais goût dans la bouche) à des effets plus graves (comme la fibrose systémique néphrogène); toutefois, les effets secondaires néfastes sont rares dans une pratique typique des soins de santé^{95, 96, 97}.

Le nombre idéal d'appareils d'IRM et de tomodensitométrie ou le volume adéquat d'examen pour une population donnée ne font pas l'unanimité. De plus en plus de chercheurs se penchent sur la « pertinence » des tests dans certaines situations, c'est-à-dire si le test est rentable et si ses avantages l'emportent sur les risques potentiels. D'après l'Association canadienne des radiologistes, pas moins de 30 % des études d'imagerie sont inappropriées et ne fournissent aucun renseignement utile, ce qui gaspille des ressources, augmente les temps d'attente et pourrait avoir une incidence négative sur la qualité des soins⁹⁸. C'est pourquoi on s'efforce de plus en plus de faire en sorte que le bon test soit administré au bon moment, ce qui permet d'accroître l'efficacité des appareils d'imagerie et des ressources humaines en santé et de renforcer la sécurité des malades, grâce notamment à une exposition réduite aux rayonnements inutiles⁹⁹.

Avantages de subir un examen d'IRM et de TDM

- Détection accrue d'un possible problème de santé ou des besoins de traitement
- Meilleure qualité de l'image comparativement à d'autres méthodes d'imagerie
- Possibilité d'obtenir des images de plusieurs angles et, dans certains cas, une représentation anatomique en 3D
- Procédure non effractive
- Possibilité d'améliorer ou de confirmer un diagnostic

Risques si vous ne subissez pas un examen recommandé d'IRM ou de TDM à des fins diagnostiques

- Très peu de renseignements permettant de poser un diagnostic et de déterminer les options de traitement
- Morbidité accrue
- Décès

Ce que vous pouvez faire pour être mieux informés sur l'IRM et la TDM

- Demandez toujours au fournisseur de soins de santé si l'examen est nécessaire et si les avantages dépassent les risques connus (comme l'exposition à des taux élevés de radiation)
- De plus amples renseignements sur les appareils d'IRM et de TDM sont disponibles sur le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/med/mri-irm-fra.pdf)

THÈME – SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE

20. ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES DUES AU SUICIDE

21. ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES DUES AUX BLESSURES ACCIDENTELLES

Messages clés

- Les blessures sont la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes au Canada
- Nombre de ces blessures sont évitables
- Les résidents des régions habitées par les Inuits sont plus susceptibles de se blesser que l'ensemble de la population canadienne
- Le taux d'années potentielles de vie perdues dues au suicide est plus important chez les hommes canadiens et les résidents des régions habitées par les Inuits que chez les femmes canadiennes et les Canadiens en général

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces indicateurs mesurent les années potentielles de vie perdues dues au suicide ou aux blessures accidentelles, soit le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément », c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans, par 100 000 habitants. Par exemple, une personne qui se suicide ou qui meurt prématurément à cause d'une blessure accidentelle à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie.

Les données concernant la mortalité des Inuits ne sont pas uniformément captées dans les bases de données administratives du pays. Toutefois, une méthode permettant d'utiliser des identificateurs géographiques pour connaître l'état de santé des Inuits au Canada a été élaborée. Certaines communautés du Nord canadien ont une forte proportion d'Inuits. Ces communautés peuvent être organisées en quatre régions inuites (région inuvialuite, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut). Les indicateurs de santé pour les habitants de ces régions peuvent servir de substituts aux indicateurs de santé propres aux Inuits. Il convient de noter que, du fait que ces données incluent également les habitants non inuits de ces régions, qui sont généralement en meilleure santé que la population inuite de ces mêmes régions, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Bien que ces renseignements ne soient pas propres aux Inuits, ils peuvent être utilisés pour se faire une idée de la santé des Inuits au Canada.

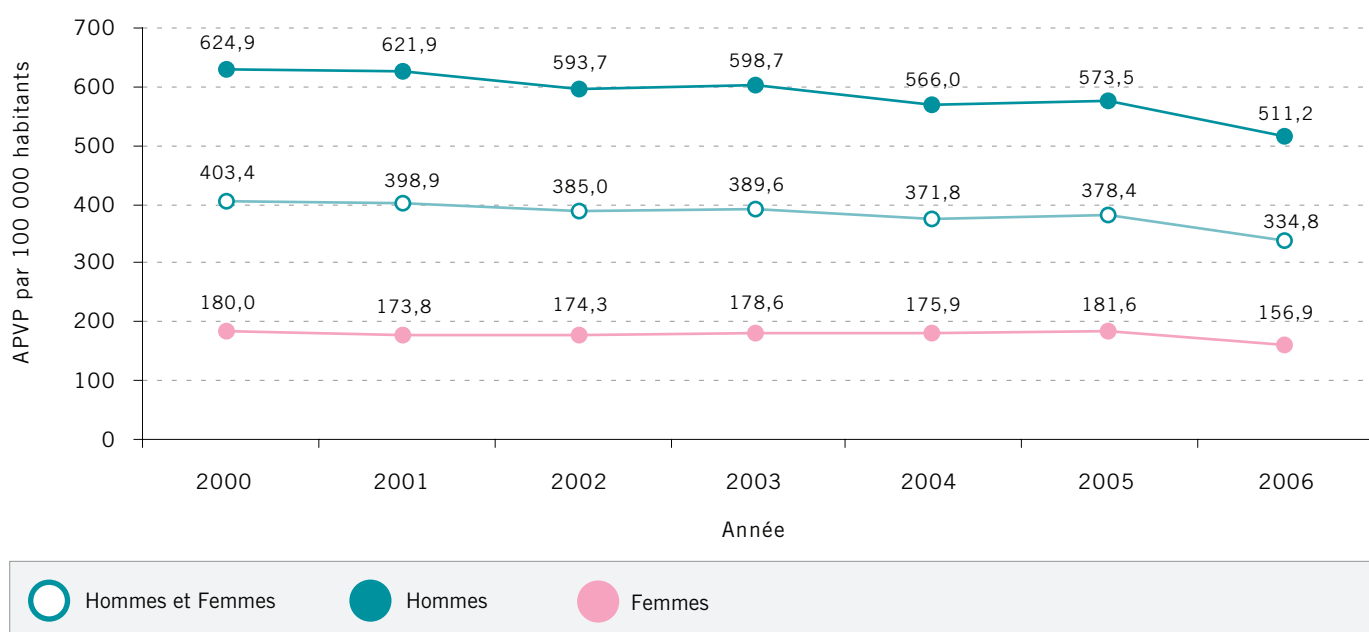
Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

Des études portant sur la qualité des certificats de décès ont montré qu'environ un tiers des certificats de l'enquête « Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès » contenaient des erreurs majeures, principalement en raison de l'inscription d'une cause de décès non spécifique et de causes de décès concurrentes¹⁰⁰. La classification erronée de la cause des blessures pourrait également représenter une limite¹⁰¹. De plus, il est important de se rappeler que le nombre réel de suicides au Canada pourrait être sous-déclaré. Les autorités médicales et judiciaires n'indiquent le suicide comme cause d'un décès que lorsque l'intention de la victime est clairement prouvée¹⁰².

Le taux d'années potentielles de vie perdues dues au suicide diminue pour les hommes et les deux sexes confondus depuis 2000

En 2006, le taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide au Canada était de 334,8 ans par 100 000 habitants. Les taux d'APVP dues au suicide pour les hommes et les femmes étaient respectivement de 511,2 ans par 100 000 hommes et de 156,9 ans par 100 000 femmes. Le taux d'APVP dues au suicide diminue pour les hommes et pour les deux sexes confondus depuis 2000.

Figure 19 Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide
Par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada, 2000-2006



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès, et Division de la démographie (estimations démographiques). Institut de la Statistique du Québec.

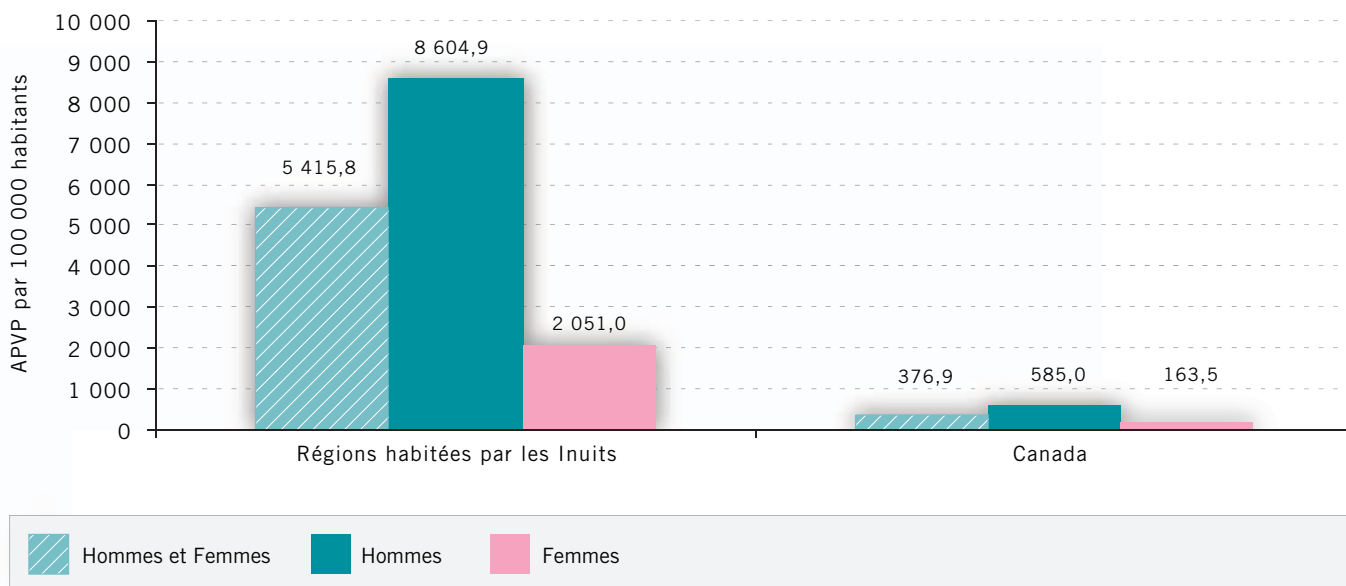
Remarques : Les APVP sont calculées pour les gens âgés de moins de 75 ans. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux d'années potentielles de vie perdues dues au suicide est bien plus élevé chez les résidents des régions habitées par les Inuits

Entre 1999 et 2003, le taux d'années potentielles de vie perdues dues au suicide ou à des blessures auto-infligées chez les résidents des régions habitées par les Inuits était de 5 415,8 ans par 100 000 habitants. Les taux d'APVP dues au suicide pour les hommes et les femmes résidant dans les régions habitées par les Inuits étaient respectivement de 8 604,9 ans par 100 000 hommes et de 2 051,0 ans par 100 000 femmes. Comparé aux taux concernant l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes pour cette même période, les taux d'années potentielles de vie perdues dues au suicide ou à des blessures auto-infligées étaient respectivement 14,7 fois et 12,5 fois plus élevés chez les hommes et chez les femmes des régions habitées par les Inuits.

Figure 20 Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au suicide et à une automutilation intentionnelle

Par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès, et Division de la démographie (estimations démographiques). Institut de la Statistique du Québec.

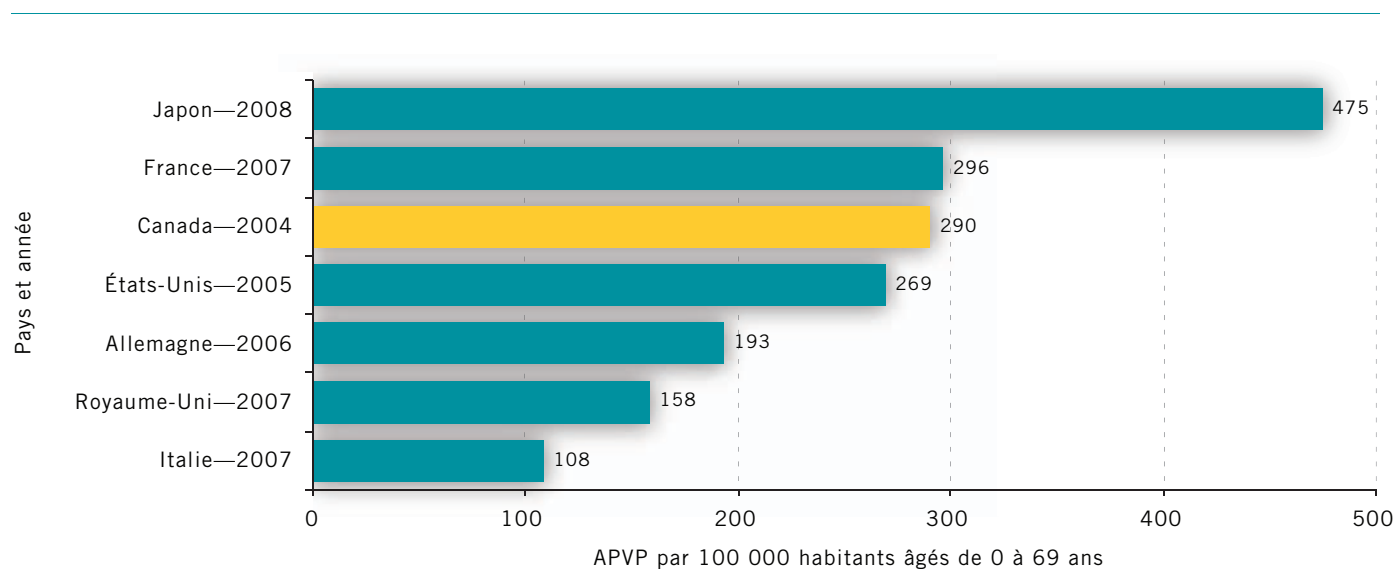
Remarques : Le nombre d'APVP est calculé pour les gens âgés de moins de 75 ans. Les données du présent tableau se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données sur les décès. Normalisé selon l'âge en fonction de la population de l'Inuit Nunangat de 2001. De grandes variations existent dans les intervalles de confiance pour les APVP chez les résidents des régions où vivent les Inuits. Ainsi, les comparaisons entre les données des résidents des régions habitées par les Inuits et celles de la population générale devraient être interprétées avec prudence. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. De plus, les données de l'OCDE sont normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE en 1980, alors que les données canadiennes (présentées dans le graphique *Années potentielles de vie perdues dues au suicide*) ne sont pas normalisées selon l'âge. Enfin, l'âge limite d'inclusion dans les APVP est de 70 ans pour l'OCDE et de 75 ans au Canada. En conséquence, les données des graphiques canadiens et de l'OCDE ne sont pas directement comparables.

Le Canada a le troisième plus haut taux parmi les pays du G7 pour ce qui est des APVP dues aux automutilations intentionnelles, avec 290 APVP par 100 000 habitants.

Figure 21 Années potentielles de vie perdues (APVP) dues à une automutilation intentionnelle

Par 100 000 habitants âgés de 0 à 69 ans, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

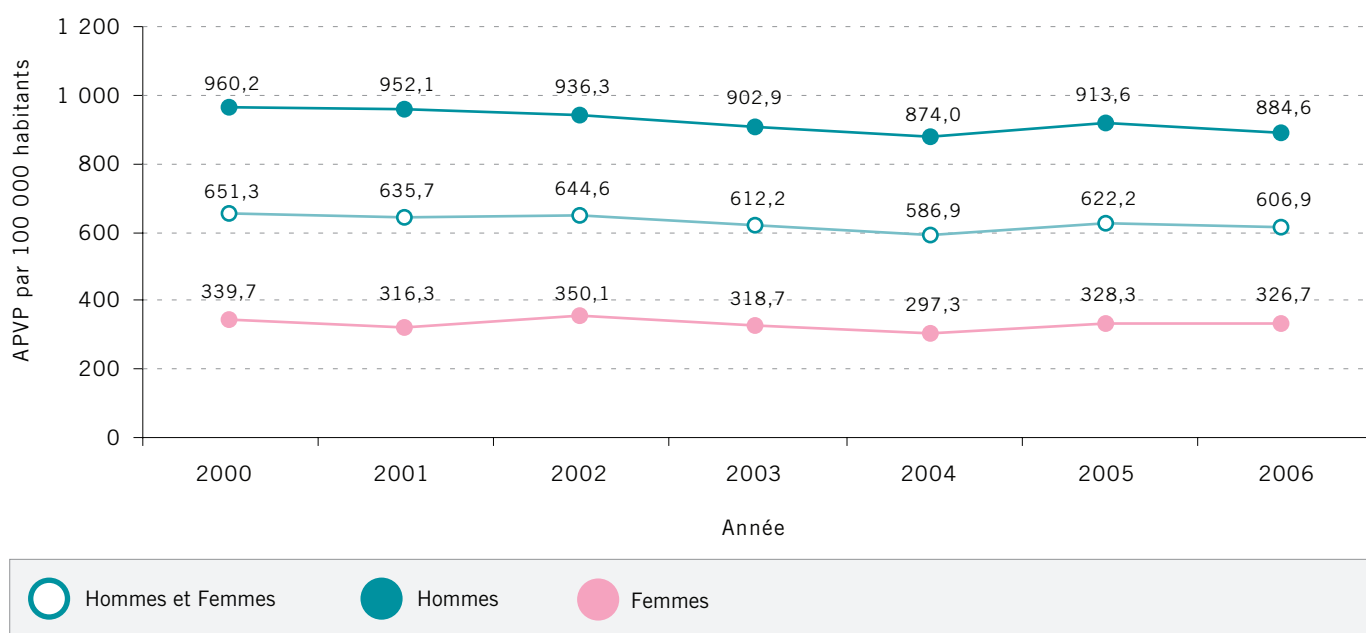
Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.

Ces données ne peuvent être comparées à celles des tendances canadiennes pour l'indicateur *Années potentielles de vie perdues dues au suicide*, car les données de l'OCDE sont normalisées selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE en 1980, alors que les données pour le Canada ne sont pas normalisées en fonction de l'âge. En outre, les APVP sont calculées pour les gens âgés de 70 ans ou moins, plutôt que pour ceux âgés de 75 ans ou moins. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux d'années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles a diminué chez les hommes depuis 2000

En 2006, le taux d'APVP dues aux blessures accidentelles au Canada était de 606,9 ans par 100 000 habitants. Les taux d'APVP pour les hommes et les femmes étaient respectivement de 884,6 ans par 100 000 hommes et de 326,7 ans par 100 000 femmes. Le taux d'APVP dues aux blessures accidentelles a diminué chez les hommes depuis 2000.

Figure 22 Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles
Par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada, 2000-2006



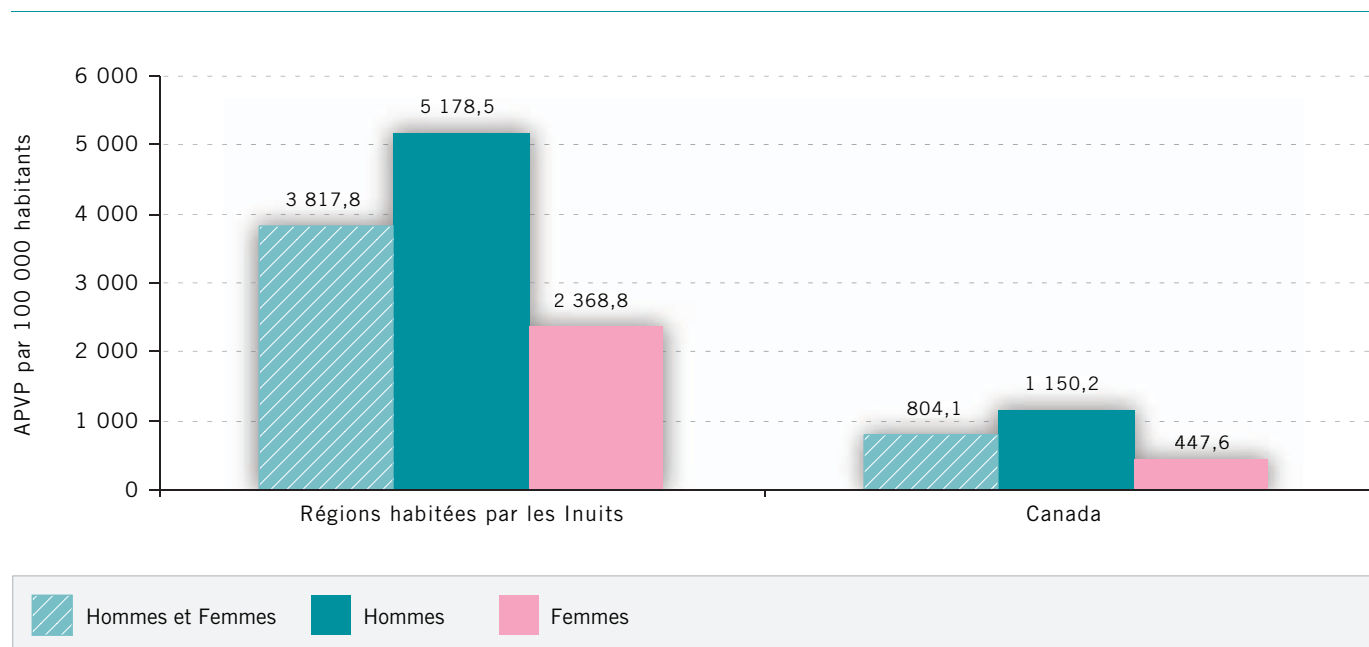
Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès, et Division de la démographie (estimations démographiques). Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Le nombre potentiel d'années de vie perdues est calculé jusqu'à 75 ans. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux d'années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles est bien plus élevé chez les résidents des régions habitées par les Inuits

En 1999-2003, le taux d'APVP dues aux blessures accidentelles chez les résidents des régions habitées par les Inuits du Canada était de 3 817,8 ans par 100 000 habitants. Les taux d'APVP pour les hommes et les femmes résidant dans les régions habitées par les Inuits étaient de 5 178,5 ans par 100 000 hommes et de 2 368,8 ans par 100 000 femmes. Par rapport aux taux concernant l'ensemble de la population canadienne pour cette même période, les taux d'années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles étaient respectivement quatre fois et demie et cinq fois plus élevés chez les hommes et chez les femmes des régions habitées par les Inuits.

Figure 23 Années potentielles de vie perdues (APVP) dues aux blessures accidentelles
Par 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans, selon le sexe, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès, et Division de la démographie (estimations démographiques). Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Le nombre potentiel d'années de vie perdues est calculé jusqu'à 75 ans. Les données du présent tableau se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données sur les décès. Normalisé selon l'âge en fonction de la population de l'Inuit Nunangat de 2001. De grandes variations existent dans les intervalles de confiance pour les APVP concernant les résidents des régions habitées par les Inuits. Ainsi, les comparaisons entre les données des résidents des régions habitées par les Inuits et celles de la population générale devraient être interprétées avec prudence. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les blessures sont un problème de santé publique grave qui a des conséquences majeures sur la vie des Canadiens et Canadiennes. C'est la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes, et c'est l'une des principales causes d'hospitalisation chez les enfants, les jeunes adultes et les personnes âgées¹⁰³. Les blessures sont également l'une des principales causes d'infirmité et d'invalidité à court et à long terme chez les Canadiens et Canadiennes¹⁰⁴.

Les blessures intentionnelles sont des blessures qu'une personne s'inflige volontairement, notamment le suicide, ou que quelqu'un d'autre lui inflige (p. ex., homicide, violence familiale, agression). Les blessures peuvent être accidentelles comme dans le cas d'accidents de la route, de chutes, d'incendies ou d'empoisonnement¹⁰⁴. Les blessures accidentelles sont la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes canadiens âgés d'un à dix-neuf ans¹⁰⁵.

La différence entre les maladies et les blessures est que ces dernières arrivent d'un coup. Une personne peut être en parfaite santé à un moment, et être blessée, handicapée ou mortellement blessée l'instant d'après¹⁰⁴. En outre, les blessures réduisent la qualité de vie, car elles entraînent de l'anxiété, de la douleur, une invalidité, une limitation des activités, ou même le deuil associé à la perte d'un être cher si elles sont mortelles¹⁰⁶. Des études suggèrent également que les blessures ont un poids économique^{106, 107, 108}. De nombreuses blessures sont évitables en mettant en place des mesures telles que l'élaboration d'une politique¹⁰⁹, une sensibilisation et une éducation appropriées¹⁰⁸, une surveillance pour identifier les comportements à haut risque¹⁰⁸, la prestation de conseils préventifs¹¹⁰, le traitement et la restriction des armes¹⁰⁸.

Avantages d'une bonne santé mentale

- Réduit le risque de dépression, de problèmes sociaux et psychologiques
- Permet de profiter de la vie, de l'environnement et des personnes autour de soi
- Aide à créer, à apprendre, à essayer de nouvelles choses et à prendre des risques calculés
- Aide à affronter les périodes difficiles dans votre vie personnelle et professionnelle
- Empêche l'apparition de maladies mentales ou physiques, ou les rechutes

Prévenir le suicide

- Participez régulièrement à des activités collectives
- Entourez-vous de camarades qui vous soutiennent
- Participez fréquemment à des activités parascolaires ou paraprofessionnelles
- Consultez les conseillers et les infirmières de votre communauté

Avantages d'adopter des comportements sécuritaires

- Réduit le risque de vous blesser ou de blesser les autres
- Réduit les limitations d'activité dues aux blessures accidentelles
- Réduit les congés de maladie dus aux blessures accidentelles
- Contribue à la tranquillité d'esprit et à la sécurité des environnements

Conseils de sécurité utiles au quotidien

- Choisissez des produits de nettoyage écologiques ou non toxiques
- Regardez votre maison avec les yeux d'un enfant
- Introduisez de nouvelles activités extérieures avec prudence et patience
- Assurez-vous que les espaces de jeu intérieurs et extérieurs soient sécuritaires
- Gardez constamment un œil sur les enfants près de l'eau, dans les parcs et les lieux publics
- Portez un équipement de protection approuvé par l'Association canadienne de normalisation (CSA) au besoin
- Respectez les règles et les lois du code de la route : attachez votre ceinture de sécurité, ralentissez et supprimez toute distraction
- Ne vous servez pas de votre téléphone portable et n'envoyez pas de message texte lorsque vous êtes au volant
- Vous pouvez trouver d'autres conseils de sécurité utiles pour éviter les blessures sur le site Web de Santé Canada consacrée à la sécurité et aux blessures (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/securit/work-travail/index-fra.php>)

22. TAUX D'INCIDENCE DU CANCER DU POUMON

23. TAUX D'INCIDENCE DU CANCER DE LA PROSTATE

24. TAUX D'INCIDENCE DU CANCER DU SEIN

25. TAUX D'INCIDENCE DU CANCER COLORECTAL

Messages clés

- Le cancer du poumon est le cancer le plus communément diagnostiqué dans le monde
- Les taux d'incidence de ces cancers sont soit stables, soit en baisse, sauf pour le cancer du poumon chez les femmes
- Malgré la baisse des taux d'incidence, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès liés à cette maladie continue à progresser de façon constante à mesure que la population canadienne augmente et vieillit
- L'adoption d'un mode de vie sain peut fortement atténuer les risques de cancer

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces quatre indicateurs mesurent le nombre de cas de cancers primaires nouvellement diagnostiqués, au cours d'une année donnée, pour les sites du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, par 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population si la distribution par âge avait été la même que pour la population type.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

Les taux d'incidence présentés sont normalisés selon l'âge. Les taux normalisés selon l'âge sont relativement stables, mais globalement, les nombres réels augmentent en raison du vieillissement de la population canadienne; la maladie pourrait donc représenter un fardeau plus lourd pour le système de soins de santé. Les changements relatifs à la taille et à la structure d'âge de la population sont les principales causes de la progression du cancer chez les Canadiens et Canadiennes¹¹¹.

Les taux d'incidence sont influencés par deux facteurs :

1. Le taux implicite d'incidence du cancer, qui reflète en partie la prévalence passée de facteurs de risque tels que le tabagisme, et par conséquent, le succès des efforts de prévention primaire du passé;
2. Le taux de détection et de diagnostic des cancers, qui peut dépendre de la portée et de l'efficacité des programmes de dépistage du cancer.

Cependant, ces deux facteurs ont un fonctionnement opposé. Par exemple, une hausse de l'incidence mesurée du cancer pourrait traduire soit une détérioration du style de vie de la population, soit une augmentation du dépistage (détection d'un cancer qui ne provoquerait jamais de symptôme ou la mort durant la vie du

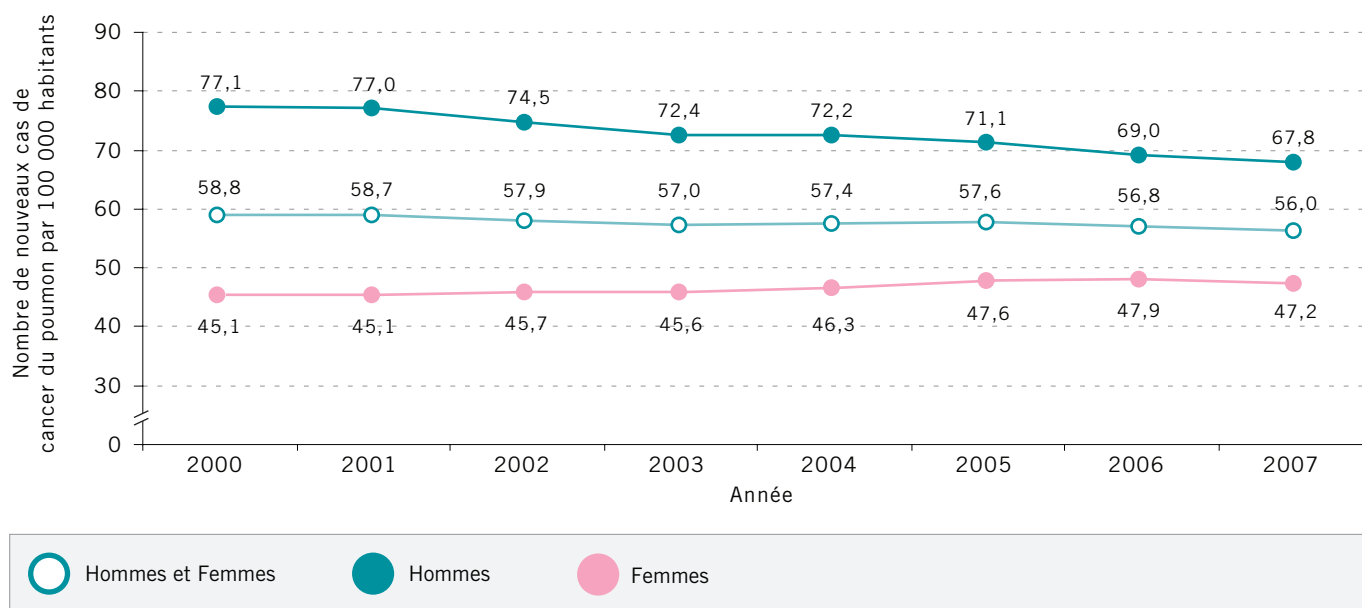
patient). Cependant, cette augmentation du dépistage est peu susceptible de perdurer, de sorte qu'une baisse de l'incidence du cancer suggère généralement un changement positif au niveau de la santé de la population. Ce problème d'interprétation est résolu par l'ajout de données de « stadification » aux systèmes des registres du cancer. La stadification du cancer fournit des renseignements sur l'état d'avancement du cancer (détermination du stade) au moment du diagnostic.

Le taux d'incidence du cancer du poumon diminue chez les Canadiens en général et chez les hommes, mais augmente chez les femmes

En 2007, le taux d'incidence global du cancer du poumon était de 56,0 nouveaux cas par 100 000 habitants, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 58,8 nouveaux cas par 100 000 habitants enregistré en 2000. Ce taux a diminué chez les hommes, passant de 77,1 nouveaux cas par 100 000 hommes en 2000 à 67,8 nouveaux cas par 100 000 hommes en 2007. Chez les femmes, il était de 47,2 nouveaux cas par 100 000 femmes en 2007, ce qui représente une augmentation par rapport au taux de 45,1 nouveaux cas par 100 000 femmes enregistré en 2000. Cependant, la légère diminution du taux d'incidence chez les femmes de 2006 à 2007 peut annoncer le début d'une diminution à plus long terme de ce taux chez les femmes. Le taux d'incidence du cancer du poumon continue à être plus élevé chez les hommes que chez les femmes, bien que la différence entre les deux groupes ait diminué depuis 2000.

Figure 24 Taux d'incidence du cancer du poumon

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Registre canadien du cancer.
Institut de la Statistique du Québec.

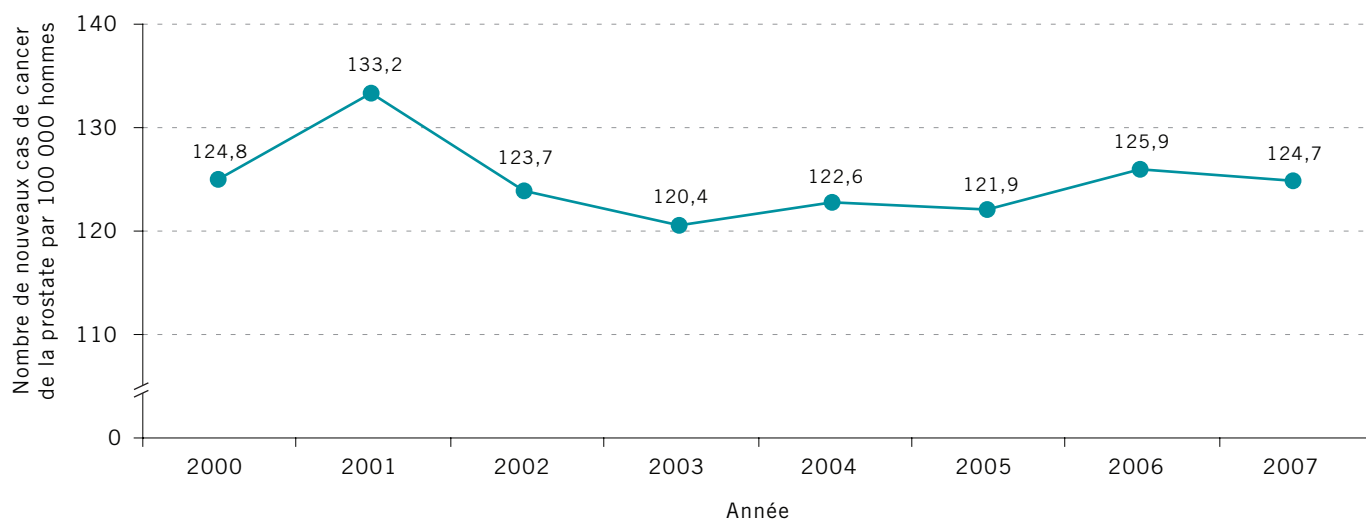
Remarques : Comprend les cancers du poumon et des bronches (CIM-O-3, code C34 excluant les types morphologiques M-9590-9989, M-9050-9055, et M-9140).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate reste stable

En 2007, le taux d'incidence du cancer de la prostate était de 124,7 nouveaux cas par 100 000 hommes, presque le même qu'en 2000, où il était de 124,8 nouveaux cas par 100 000 hommes. Le plus haut taux en 2001 peut être attribué à une augmentation du nombre de tests de dépistage du cancer de la prostate.

Figure 25 Taux d'incidence du cancer de la prostate

Par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



● Hommes

Sources : Statistique Canada. Registre canadien du cancer.
Institut de la Statistique du Québec.

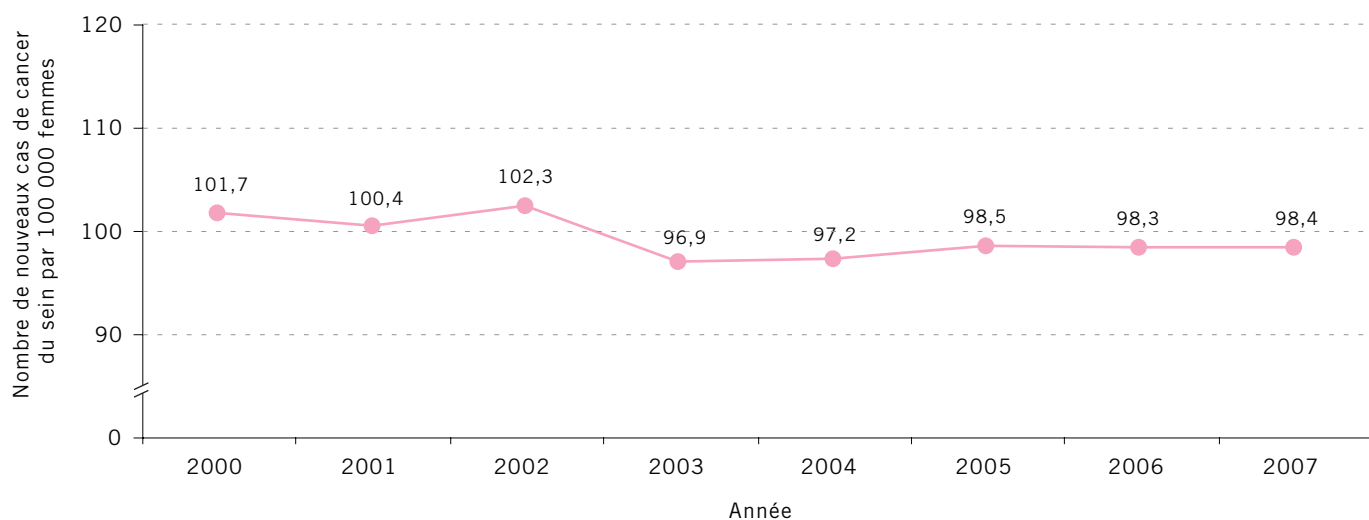
Remarques : Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3, code C61).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux d'incidence du cancer du sein a diminué depuis 2000, mais reste stable depuis 2006

En 2007, le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes était de 98,4 nouveaux cas par 100 000 femmes, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 101,7 nouveaux cas par 100 000 femmes enregistré en 2000.

Figure 26 Taux d'incidence du cancer du sein

Par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



● Femmes

Sources : Statistique Canada. Registre canadien du cancer.
Institut de la Statistique du Québec.

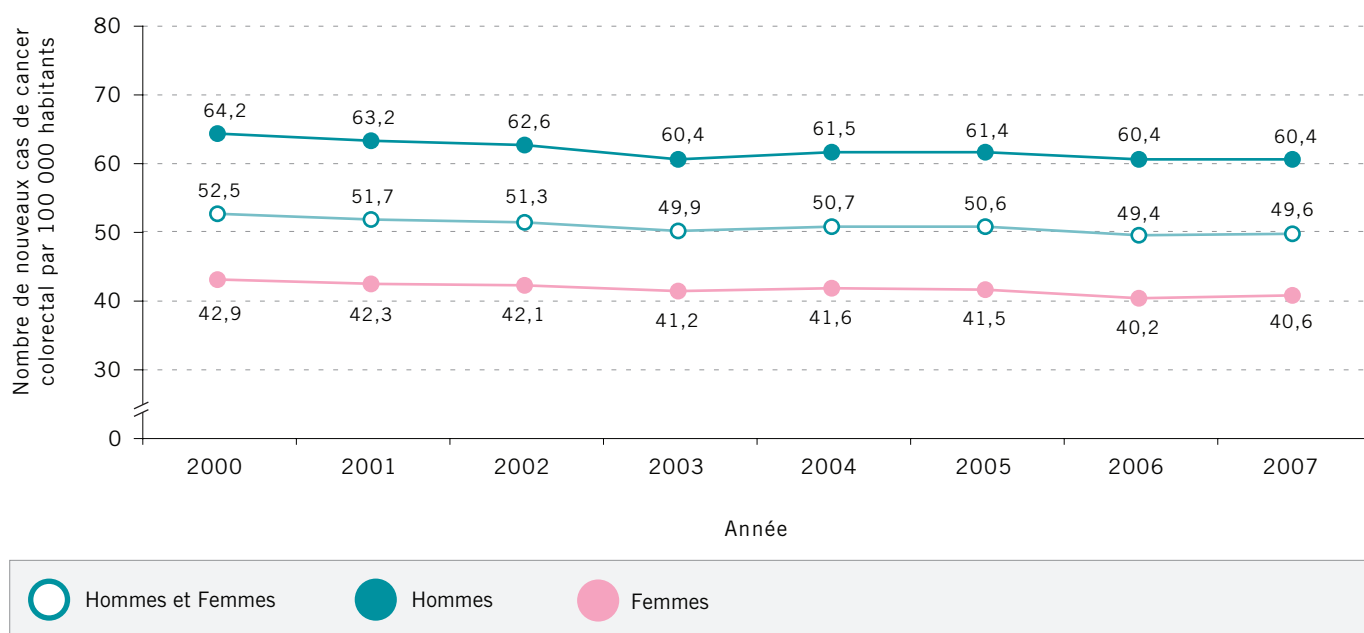
Remarques : Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3, code C50).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux d'incidence du cancer colorectal sont en baisse

En 2007, le taux d'incidence global du cancer colorectal au Canada était de 49,6 nouveaux cas par 100 000 habitants, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 52,5 nouveaux cas par 100 000 habitants enregistré en 2000. Chez les hommes, en 2007, ce taux était de 60,4 nouveaux cas par 100 000 hommes, ce qui représente une diminution par rapport au taux de 64,2 nouveaux cas par 100 000 hommes enregistré en 2000. En 2007 également, chez les femmes, ce taux était de 40,6 nouveaux cas par 100 000 femmes, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 42,9 nouveaux cas par 100 000 femmes enregistré en 2000.

Figure 27 Taux d'incidence du cancer colorectal

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Registre canadien du cancer.
Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Comprend les cancers du côlon, du rectum, de la jonction rectosigmoïdienne et du tractus intestinal, partie non-spécifiée (CIM-O-3, codes C18-C20, C26,0).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Malgré la baisse des taux d'incidence, le nombre total de nouveaux cas de cancer et de décès liés à cette maladie continue à progresser de façon constante au Canada à mesure que la population canadienne augmente et vieillit. Bien que les facteurs génétiques puissent jouer un rôle déterminant, le mode de vie d'une personne a un effet très important sur le risque de cancer. Ainsi, l'adoption d'un mode de vie sain peut fortement atténuer le risque de cancer. Même une fois le cancer diagnostiqué, l'adoption d'un mode de vie sain peut avoir une certaine influence sur le ralentissement de la progression de la maladie et éventuellement prévenir le décès du patient^{112, 113, 114}.

Le tabagisme est un facteur de risque bien connu pour plusieurs maladies, dont l'asthme, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer. La consommation élevée de tabac multiplie le risque de cancer du poumon par trente environ, et le tabagisme est à l'origine de plus de 80 % des cancers du poumon dans les pays occidentaux¹¹⁵. Le tabagisme est aussi un facteur de risque pour d'autres cancers tels que ceux du larynx, du pharynx, de l'oesophage, du pancréas, de l'estomac, de la vessie, du rein, du col de l'utérus et de l'endomètre¹¹⁶. Par conséquent, l'arrêt du tabac est le facteur de risque modifiable le plus efficace pour le cancer.

Après le tabagisme, les infections chroniques, et éventuellement l'obésité¹¹⁷, l'alcool est la principale cause de cancer. Un lien de cause à effet a été établi entre la consommation d'alcool et les cancers du côlon et du sein¹¹⁸ et l'on soupçonne l'existence d'un lien similaire entre la consommation d'alcool et le cancer du poumon chez les grands consommateurs d'alcool¹¹⁷.

Une alimentation saine peut également réduire le risque de certains cancers¹¹⁹. Par exemple, une alimentation riche en tomates (qui contiennent du lycopène) a été associée à un risque réduit de cancer de la prostate¹²⁰, et la consommation de fruits et de légumes pourrait contribuer à la protection contre le cancer du poumon, en particulier chez les femmes¹²¹. Toutefois, la consommation élevée de viandes conservées et de viandes rouges a été associée à une augmentation de l'incidence du cancer colorectal et du cancer de la prostate, ainsi que de la mortalité associée à ceux-ci^{122, 123}.

Pour ce qui est de l'effet de l'alimentation sur l'incidence et la mortalité associée à d'autres cancers, plusieurs études font état de résultats contradictoires. Pour le développement du cancer colorectal, si l'apport en gras peut jouer un rôle, c'est la quantité totale d'énergie consommée qui prime¹²⁴. De la même manière, bien que certaines études montrent que la consommation élevée de fruits, de légumes et de fibres réduit le risque de cancer colorectal^{125, 126}, d'autres études concluent que cela n'a peut-être aucun effet bénéfique^{127, 128, 129}. De plus, la consommation importante de produits laitiers peut entraîner un cancer de la prostate¹²³.

L'obésité est un facteur de risque pour un large éventail de cancers, dont les cancers du sein, du côlon et de la prostate¹³⁰. De nombreuses données attestent que l'activité physique diminue le risque de cancers du côlon et du sein^{131, 132, 133}, et qu'elle a un effet modéré sur les cancers de la prostate et du poumon¹³¹.

Avantages d'un mode de vie sain

- Meilleure santé
- Meilleur contrôle de son poids
- Risque réduit de contracter des maladies, dont le cancer
- Meilleur contrôle d'une maladie
- Plus d'énergie pour combattre une maladie si le cas se présentait

Facteurs de risque du cancer

Cancer du poumon	Cancer de la prostate	Cancer du sein	Cancer colorectal
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme • Exposition à la fumée secondaire • Consommation d'alcool • Alimentation pauvre en fruits et légumes • Exposition à des polluants environnementaux (radon, amiante, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obésité • Sédentarité • Alimentation pauvre en tomates • Alimentation riche en gras saturés, en gras trans et en viandes rouges • Alimentation riche en produits laitiers • Alimentation pauvre en fruits et légumes 	<ul style="list-style-type: none"> • Obésité • Consommation d'alcool • Jeune âge aux premières règles • Âge avancé à la ménopause • Utilisation récente de contraceptifs oraux • Aucune grossesse menée à terme • Première grossesse menée à terme après l'âge de 30 ans • Pas d'allaitement • Sédentarité • Alimentation riche en gras saturés et en gras trans • Alimentation pauvre en fruits et légumes 	<ul style="list-style-type: none"> • Obésité • Consommation d'alcool • Sédentarité • Alimentation riche en viandes rouges ou en viandes conservées • Alimentation riche en matières grasses • Alimentation pauvre en fibre, en fruits et légumes

Ce que vous pouvez faire pour prévenir le cancer

- Ne fumez pas / Arrêtez de fumer
- Pratiquez une activité physique régulièrement
- Maintenez un poids santé
- Ne buvez pas d'alcool ou diminuez-en votre consommation
- Adoptez une alimentation saine
- Consultez régulièrement votre médecin et parlez-lui de tout changement physiologique brusque (sang dans les urines, les selles ou les expectorations, toux persistante, modification subite de votre poids, modification des habitudes de sommeil, masse au sein, etc.); n'attendez pas que votre état de santé se dégrade et de ne plus avoir le choix pour consulter votre médecin
- Suivez les conseils de votre médecin, qu'il vous recommande de passer des tests de dépistage ou de modifier votre mode de vie ou votre alimentation
- Consultez le site de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/cancer-fra.php>)

26. TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER DU POU MON

27. TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE

28. TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN

29. TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL

Messages clés

- Le cancer du poumon est la principale cause des décès dus à un cancer dans le monde, suivi du cancer du sein
- Les taux de mortalité associés à ces quatre cancers sont en baisse
- Malgré ces baisses, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès liés à cette maladie continue à progresser de façon constante à mesure que la population canadienne augmente et vieillit
- Le Canada a le deuxième taux de mortalité le plus élevé des pays du G7 pour les cancers du poumon, de la prostate et le cancer colorectal, et le troisième plus élevé pour le cancer du sein
- L'adoption d'un mode de vie sain peut fortement atténuer les risques de cancer et pourrait ralentir la progression de la maladie une fois celle-ci diagnostiquée
- Les taux de mortalité pour les cancers intestinal et rectal chez les Indiennes inscrites sont supérieurs à ceux des Canadiennes non autochtones
- Les taux de mortalité pour le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les résidents des régions habitées par les Inuits sont supérieurs à ceux de l'ensemble des Canadiens

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces quatre indicateurs mesurent le nombre de décès ayant pour cause sous-jacente le cancer du poumon, de la prostate, du sein ou le cancer colorectal par 100 000 habitants qui seraient survenus dans la population si la distribution des âges avait été la même que pour la population type.

Pour les Indiens inscrits, l'indicateur est le nombre de décès de personnes âgées de 25 ans et plus dont la cause sous-jacente est un cancer de la trachée/des bronches/du poumon, de la prostate, du sein ou un cancer rectal/intestinal, par 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population si la distribution des âges était la même que celle de la population type. Les données concernant les Indiens inscrits sont une moyenne des données enregistrées de 1991 à 2001 (centré sur 1996) afin d'assurer une plus grande stabilité dans les nombres.

Les données concernant la mortalité des Inuits ne sont pas uniformément consignées dans les bases de données administratives du pays. Toutefois, une méthode permettant d'utiliser des identificateurs géographiques pour connaître l'état de santé des Inuits au Canada a été élaborée. Certaines communautés du Nord canadien ont une forte proportion d'Inuits. Ces communautés peuvent être organisées en quatre régions inuites (région inuvialuite, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut). Les indicateurs de santé pour les habitants de ces régions peuvent servir de substituts aux indicateurs de santé propres aux Inuits. Il convient de noter que,

du fait que ces données incluent également les habitants non inuits de ces régions, qui sont généralement en meilleure santé que la population inuite de ces mêmes régions, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Bien que ces renseignements ne soient pas propres aux Inuits, ils peuvent être utilisés pour se faire une idée de la santé des Inuits au Canada.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

Les cancers du sein, du poumon et de la prostate et le cancer colorectal sont les quatre causes de décès par cancer les plus courantes. Les taux de mortalité présentés ici sont normalisés selon l'âge. Les taux normalisés selon l'âge sont utiles pour effectuer des comparaisons entre les années du fait du vieillissement de la population canadienne, mais pourraient sous-évaluer le fardeau que ces maladies représentent pour le système de soins de santé, étant donné que les changements relatifs à la taille et à la structure de l'âge de la population sont les principales causes de la progression du cancer chez les Canadiens.

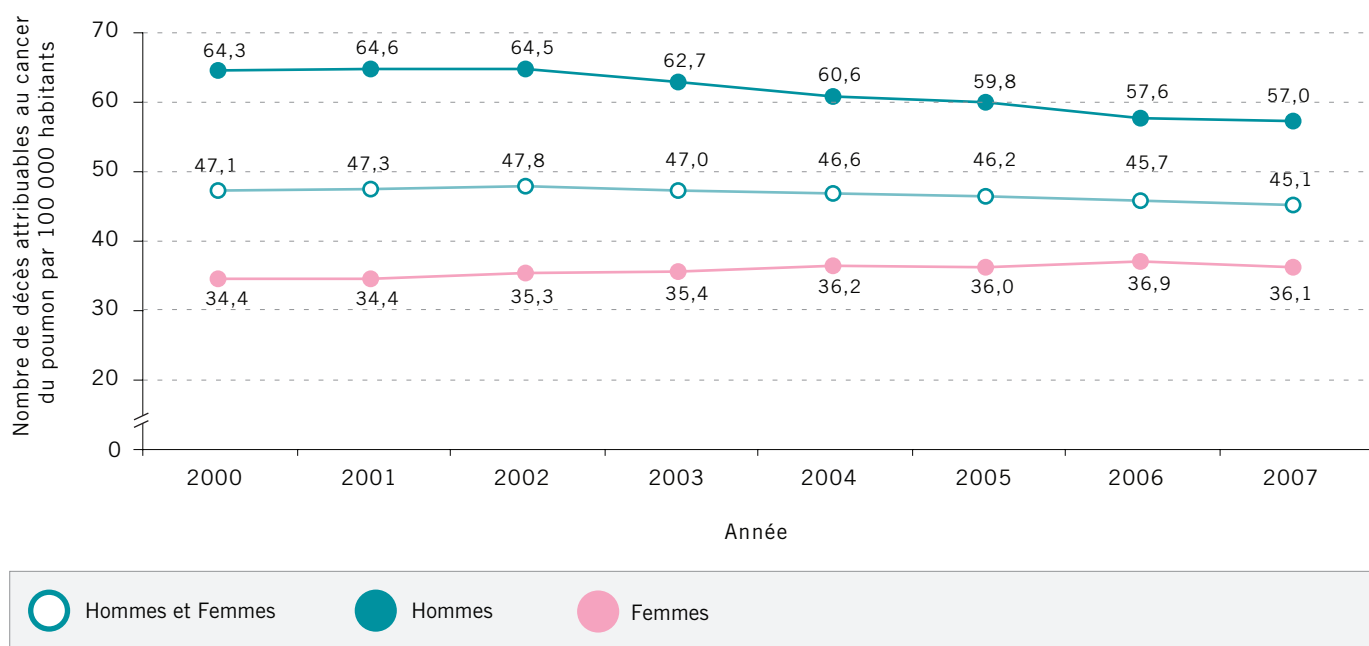
La prévention, le dépistage et le traitement peuvent contribuer à réduire les taux de mortalité associés au cancer ou aux maladies cardiovasculaires. Bien que les taux de mortalité soient en baisse pour certains problèmes de santé, ils augmentent dans d'autres domaines. En raison de l'inclusion du cancer de la jonction rectosigmoïde, les données internationales sur le taux de mortalité associé au cancer colorectal sont légèrement différentes de celles déclarées au Canada.

Le taux de mortalité par cancer du poumon baisse chez les hommes, mais augmente chez les femmes

En 2007, le taux de mortalité global pour le cancer du poumon au Canada était de 45,1 décès par 100 000 habitants. Chez les hommes, il a diminué, passant de 64,3 décès par 100 000 hommes en 2000 à 57,0 décès par 100 000 hommes en 2007. Chez les femmes, il a augmenté, passant de 34,4 décès par 100 000 femmes en 2000 à 36,1 décès par 100 000 femmes en 2007. Cependant, la légère diminution du taux de mortalité chez les femmes de 2006 à 2007 peut annoncer le début d'une diminution à plus long terme de ce taux chez les femmes.

Figure 28 Taux de mortalité par cancer du poumon

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès. Institut de la Statistique du Québec.

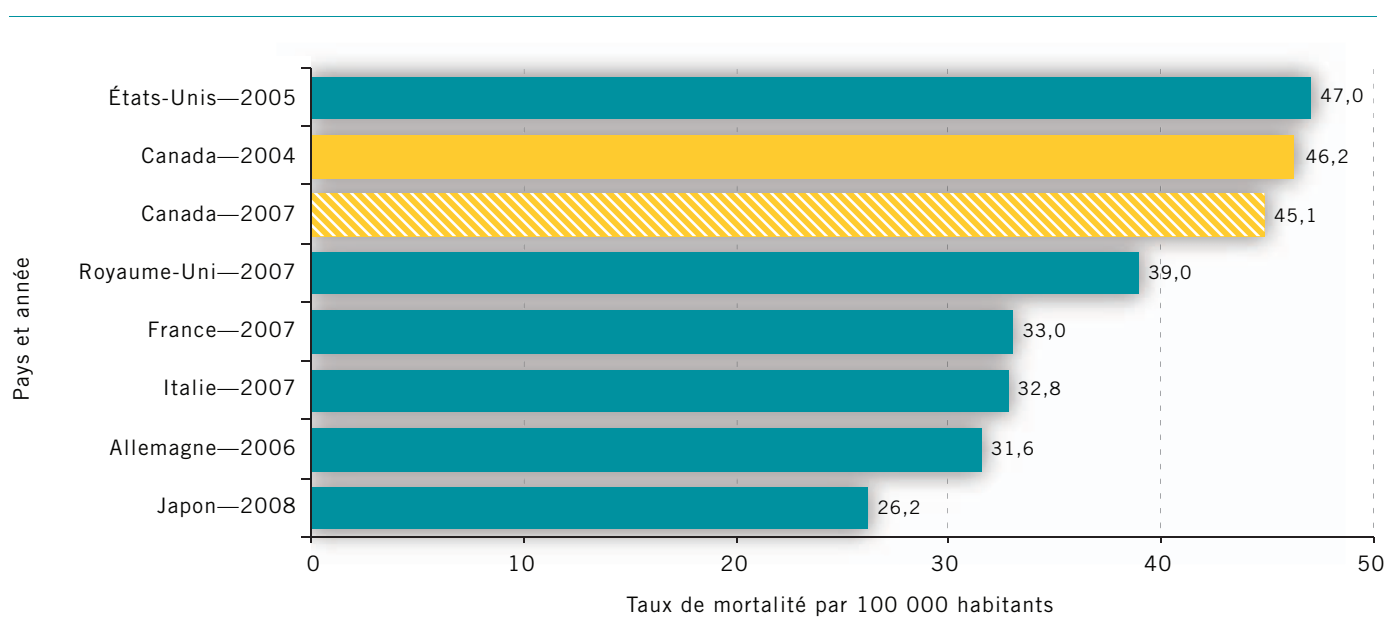
Remarques : Comprend les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10, codes C33 et C34). Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Les données de l'OCDE sont également normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données canadiennes (dans chaque graphique sur la mortalité au Canada) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population du Canada de 1991. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

En 2004, le Canada avait le deuxième taux de mortalité le plus élevé des pays du G7 pour le cancer du poumon avec 46,2 décès par 100 000 habitants, derrière les États-Unis. Cependant, en 2007, le taux de mortalité par cancer du poumon chez les Canadiens était de 45,1 décès par 100 000 habitants, ce qui le placerait toujours au deuxième rang parmi les pays du G7 pour le taux de mortalité par cancer du poumon.

Figure 29 Taux de mortalité par cancer du poumon

Par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



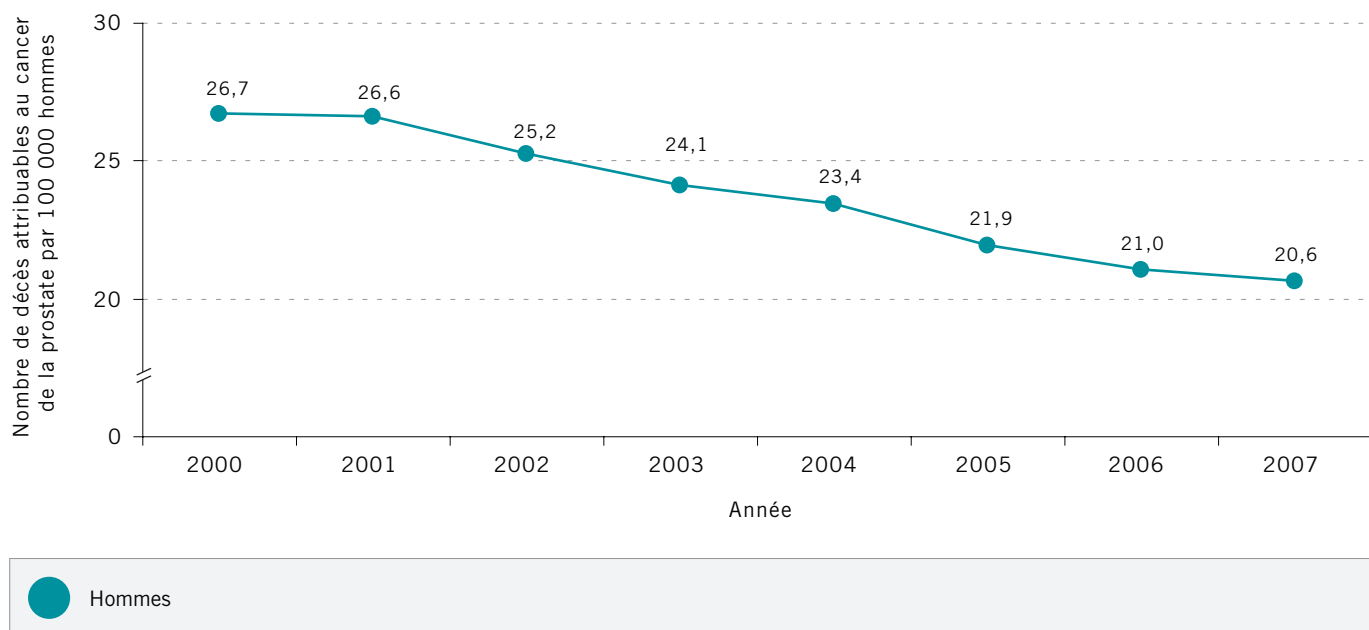
Sources : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.
 Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
 Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.
 Comprend les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (CIM-10, codes C33 et C34).
 Puisque les données les plus récentes de l'OCDE sur le Canada sont de 2004, des données canadiennes de 2007 produites par Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec sont également fournies. Parce que les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, et que les taux de Statistique Canada et de l'Institut de la Statistique du Québec le sont en fonction de la population canadienne de 1991, les comparaisons entre les taux du Canada en 2007 et les autres pays du G7 doivent être interprétées avec prudence. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux de mortalité par cancer de la prostate est en baisse

En 2007, le taux de mortalité par cancer de la prostate était de 20,6 décès par 100 000 hommes, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 26,7 décès par 100 000 hommes en 2000.

Figure 30 Taux de mortalité par cancer de la prostate
Par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
Institut de la Statistique du Québec.

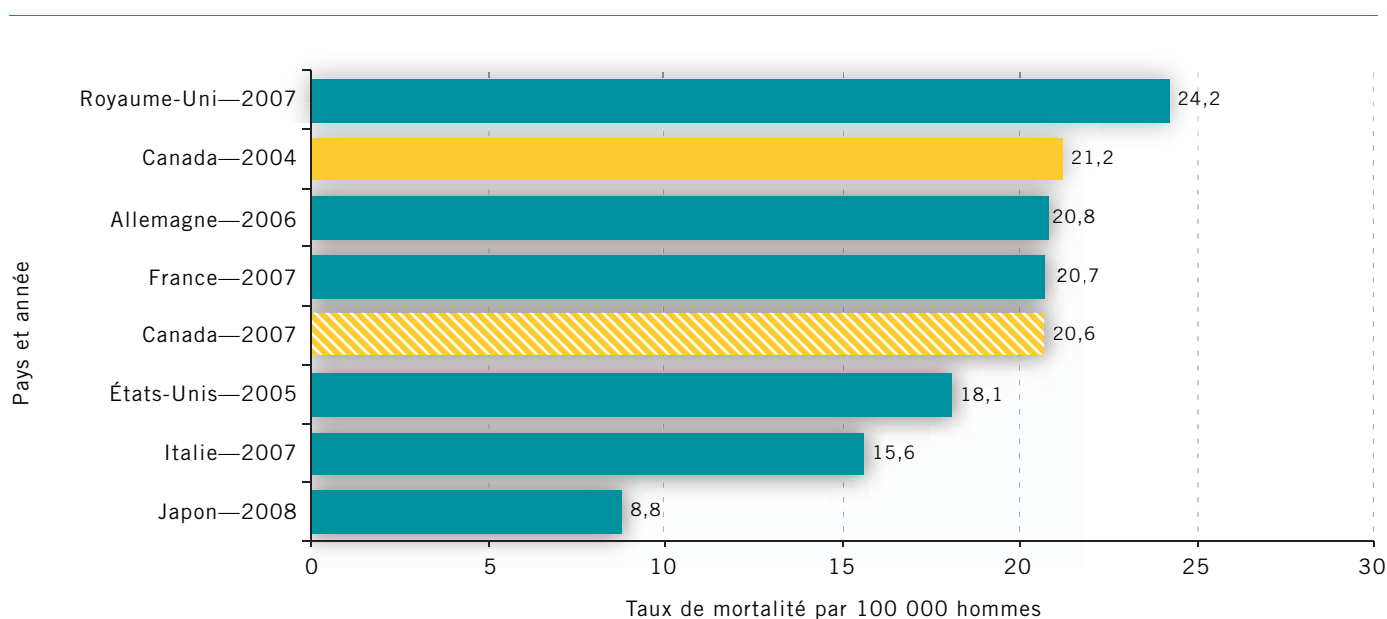
Remarques : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, code C61).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Les données de l'OCDE sont également normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données canadiennes (dans chaque graphique sur la mortalité au Canada) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population du Canada de 1991. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

En 2004, le Canada avait le deuxième taux de mortalité le plus élevé des pays du G7 pour le cancer de la prostate avec 21,2 décès par 100 000 hommes, derrière le Royaume-Uni. Cependant, en 2007, le taux de mortalité par cancer de la prostate chez les Canadiens était de 20,6 décès par 100 000 hommes, ce qui le placerait au quatrième rang parmi les pays du G7 pour le taux de mortalité par cancer de la prostate.

Figure 31 Taux de mortalité par cancer de la prostate

Par 100 000 hommes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.
 Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
 Institut de la Statistique du Québec.

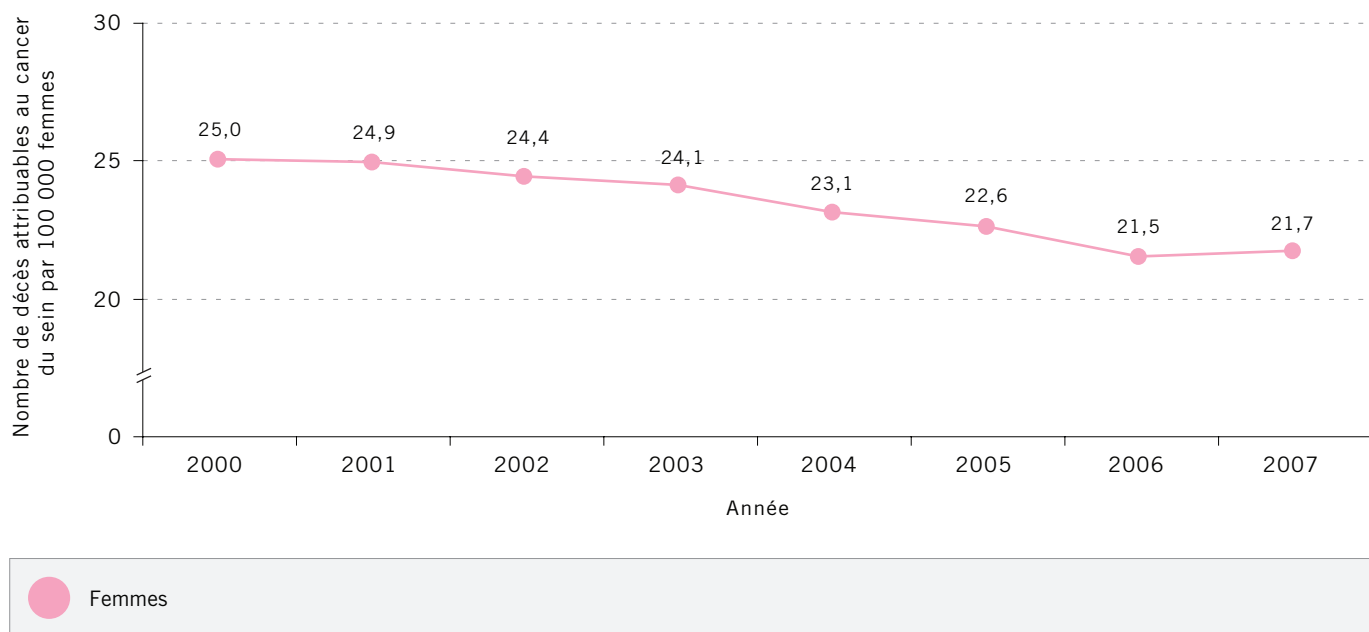
Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.
 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, code C61).
 Puisque les données les plus récentes de l'OCDE sur le Canada sont de 2004, des données canadiennes de 2007 produites par Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec sont également fournies. Parce que les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, et que les taux de Statistique Canada et de l'Institut de la Statistique du Québec le sont en fonction de la population canadienne de 1991, les comparaisons entre les taux du Canada en 2007 et les autres pays du G7 doivent être interprétées avec prudence.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux de mortalité par cancer du sein est en déclin

En 2007, le taux de mortalité par cancer du sein était de 21,7 décès par 100 000 femmes, comparativement à 25,0 décès par 100 000 femmes en 2000.

Figure 32 Taux de mortalité par cancer du sein

Par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



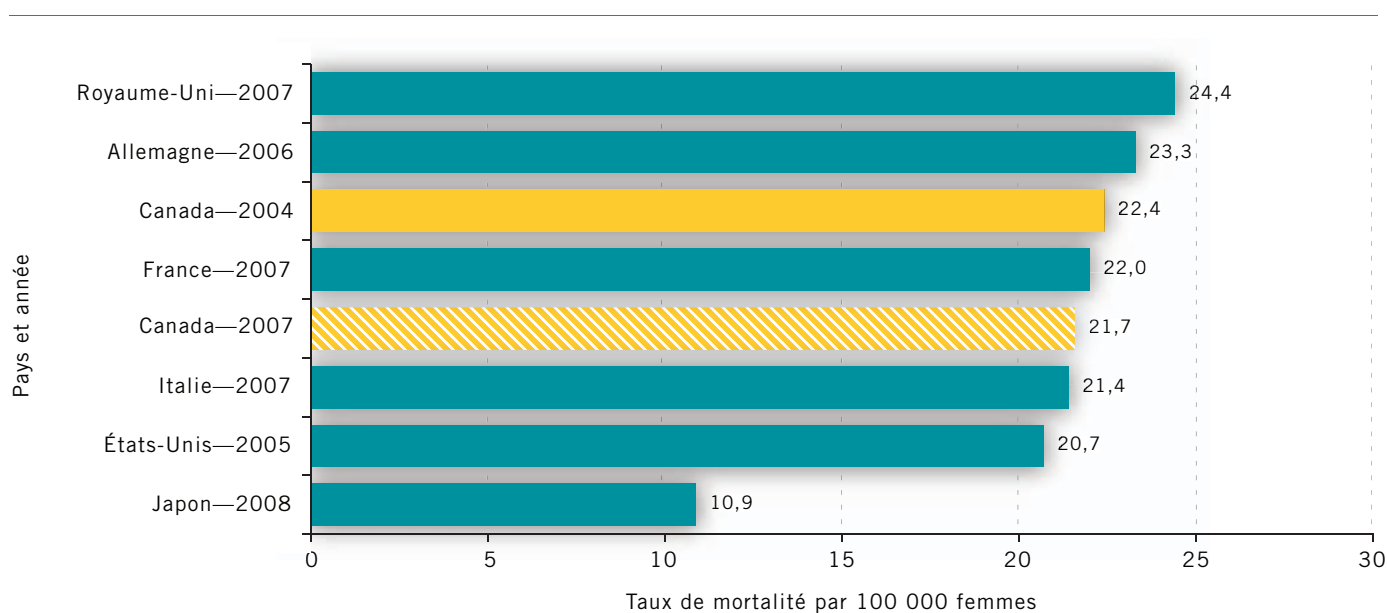
Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, code C50).
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Les données de l'OCDE sont également normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données canadiennes (dans chaque graphique sur la mortalité au Canada) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population du Canada de 1991. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

En 2004, le Canada avait le troisième taux de mortalité le plus élevé des pays du G7 pour le cancer du sein, avec 22,4 décès par 100 000 femmes, derrière le Royaume-Uni et l'Allemagne. Cependant, en 2007, le taux de mortalité par cancer du sein chez les Canadiennes était de 21,7 décès par 100 000 femmes, ce qui le placerait au quatrième rang parmi les pays du G7 pour le taux de mortalité par cancer du sein.

Figure 33 Taux de mortalité par cancer du sein
Par 100 000 femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.
Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
Institut de la Statistique du Québec.

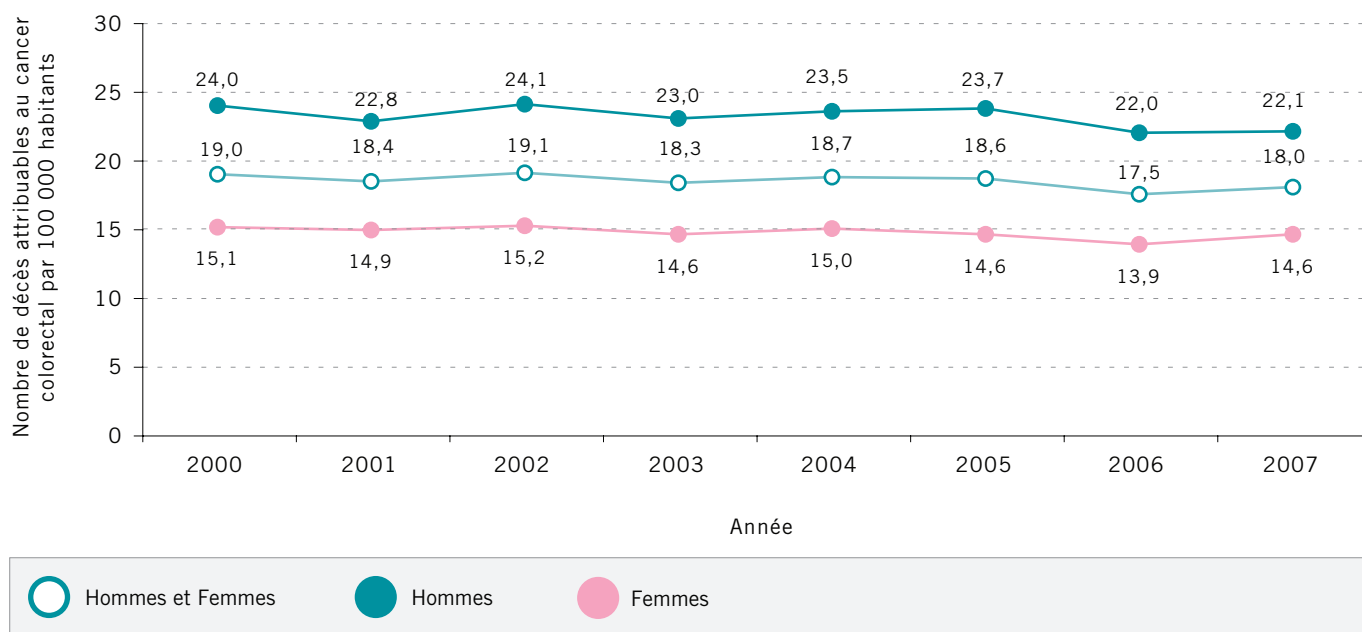
Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, code C50).
Puisque les données les plus récentes de l'OCDE sur le Canada sont de 2004, des données canadiennes de 2007 produites par Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec sont également fournies. Parce que les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, et que les taux de Statistique Canada et de l'Institut de la Statistique du Québec le sont en fonction de la population canadienne de 1991, les comparaisons entre les taux du Canada en 2007 et les autres pays du G7 doivent être interprétées avec prudence. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux de mortalité par cancer colorectal est plus élevé chez les hommes que chez les femmes

En 2006, le taux de mortalité global pour le cancer colorectal au Canada était de 18,0 décès par 100 000 habitants. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, avec 22,1 décès par 100 000 hommes contre 14,6 décès par 100 000 femmes.

Figure 34 Taux de mortalité par cancer colorectal

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès. Institut de la Statistique du Québec.

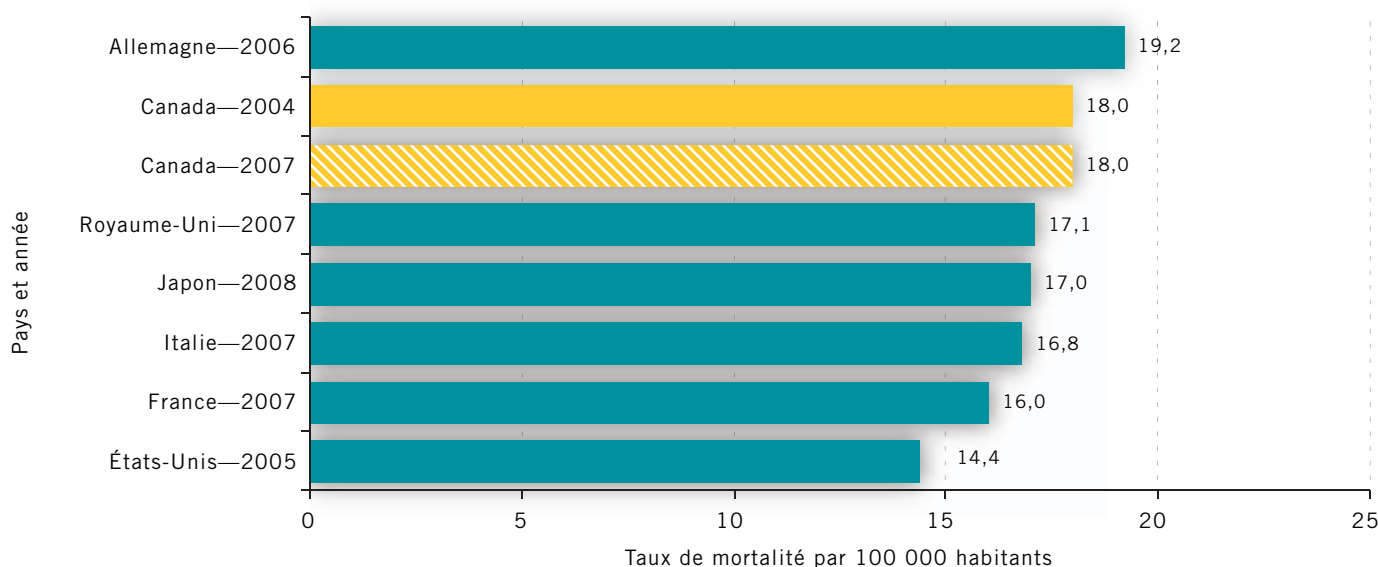
Remarques : Comprend les cancers du côlon, du rectum et de l'anus (CIM-10, codes C18, C20-C21). Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Il est important de noter que les définitions de l'OCDE et du Canada diffèrent : les données de l'OCDE comprennent les décès attribuables aux cancers du côlon, du rectum, de la jonction rectosigmoïde et de l'anus, alors que les données du Canada portent sur les cancers du côlon, du rectum et de l'anus. Les données de l'OCDE sont également normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données canadiennes (dans chaque graphique sur la mortalité au Canada) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population du Canada de 1991. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

En 2004, le Canada avait le deuxième taux de mortalité le plus élevé des pays du G7 pour le cancer du côlon avec 18,0 décès par 100 000 habitants, après l'Allemagne. Cependant, en 2007, le taux de mortalité par cancer du côlon chez les Canadiens était de 18,0 décès par 100 000 habitants, ce qui le placerait toujours au deuxième rang parmi les pays du G7 pour le taux de mortalité par cancer du côlon.

Figure 35 Taux de mortalité par cancer du côlon

Par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Sources : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.
 Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.
 Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.
 Les données de l'OCDE comprennent les décès attribuables aux cancers du côlon, du rectum, de la jonction rectosigmoïde et de l'anus (CIM-10, codes C18 à C21).
 Puisque les données les plus récentes de l'OCDE sur le Canada sont de 2004, des données canadiennes de 2007 produites par Statistique Canada et l'Institut de la Statistique du Québec sont également fournies. Parce que les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, et que les taux de Statistique Canada et de l'Institut de la Statistique du Québec le sont en fonction de la population canadienne de 1991, les comparaisons entre les taux du Canada en 2007 et les autres pays du G7 doivent être interprétées avec prudence.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux de mortalité pour les cancers intestinal et rectal chez les Indiennes inscrites sont supérieurs à ceux des Canadiennes non autochtones

Pour la période 1991-2001 (taux centré sur 1996), le taux de mortalité pour les cancers intestinal et rectal était plus élevé chez les Indiennes inscrites (22,6 décès par 100 000 années-personnes) que chez les Canadiennes non autochtones (14,8 décès par 100 000 années-personnes). Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée pour les autres types de cancer¹³⁴.

Tableau 4 Taux de mortalité pour différents cancers sélectionnés

Chez les Indiens inscrits et non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge, 1991-2001 (centré sur 1996))

Cancers	Hommes		Femmes	
	Indiens inscrits	Non-autochtones Canadiens	Indiennes inscrites	Non-autochtones Canadiennes
Poumon	49,6	56,8	30,1	28,9
Prostate	15,8	17,4	---	---
Sein	---	---	25,0	28,9
Intestin/Rectum	18,3	23,1	22,6	14,8

Source : Tjepkema, M., Wilkins, R., Sénécal, S., Guimond, E., Penney, C. (2009). La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. *Rapports sur la santé* (Composante du produit no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada) 20(4) : 1-23. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11034-fra.htm>.

Remarques : Cancers de la trachée, bronches et poumon (CIM-10, codes C33-C34).
Cancer de la prostate (CIM-10, code C61).
Cancer du sein (CIM-10, code C50).
Cancer de l'intestin et du rectum comprend les cancers de l'intestin grêle, du côlon, de la jonction rectosigmoïde, du rectum, de l'anus et du tractus intestinal, partie non spécifiée (CIM-10, codes C17-C21, C26.0)
Normalisé selon l'âge en fonction de la population autochtone (années-personnes à risque) totale de 1991 à 2001, centré sur 1996.
Les Indiens inscrits se rapportent aux Premières nations avec statut.
Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les non-autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles.
Pour d'autres limites, veuillez vous reporter à l'article indiqué dans « Source ».

Les taux de mortalité pour le cancer colorectal et le cancer du poumon chez les résidents des régions habitées par les Inuits sont supérieurs à ceux de l'ensemble des Canadiens et Canadiennes

Entre 1999 et 2003, les résidents et résidentes des régions habitées par les Inuits avaient des taux de mortalité plus élevés pour le cancer colorectal et le cancer du poumon que l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les résidents des régions habitées par les Inuits et l'ensemble des Canadiens pour les cancers de la prostate et du sein.

Tableau 5 Taux de mortalité pour différents cancers sélectionnés

Chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003

Cancers	Hommes		Femmes	
	Régions habitées par les Inuits	Tous les Canadiens	Régions habitées par les Inuits	Toutes les Canadiennes
Poumon	54,7	19,9	53,2	12,4
Prostate	7,0	5,2	----	----
Sein	----	----	6,1	10,3
Colorectal	18,3	8,3	17,7	5,5

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

Remarques : Le cancer du poumon comprend les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10, codes C33-C34).

Cancer de la prostate (CIM-10, code C61).

Cancer du sein (CIM-10, code C50).

Le cancer colorectal comprend les cancers du côlon, de la jonction rectosigmoïde, du rectum et de l'anus (CIM-10, codes C18-C21).

Normalisé selon l'âge en fonction de la population de l'Inuit Nunangat de 2001.

Les données du présent tableau se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données sur les décès.

Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les Non-Autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Malgré la baisse des taux de mortalité, le nombre total de nouveaux cas de cancer et de décès liés à cette maladie continue à progresser de façon constante au Canada à mesure que la population canadienne augmente et vieillit. Bien que les facteurs génétiques puissent jouer un rôle déterminant, le mode de vie d'une personne a un effet très important sur le risque de cancer. Ainsi, l'adoption d'un mode de vie sain peut fortement atténuer le risque de cancer. Même une fois le cancer diagnostiqué, l'adoption d'un mode de vie sain peut avoir une certaine influence sur le ralentissement de la progression de la maladie et la mortalité associée^{112, 113, 114}.

Le tabagisme est un facteur de risque bien connu pour plusieurs maladies, dont l'asthme, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer. La consommation élevée de tabac multiplie le risque de cancer du poumon par trente environ, et le tabagisme est à l'origine de plus de 80 % des cancers du poumon dans les pays occidentaux¹¹⁵. Le tabagisme est aussi un facteur de risque pour d'autres cancers tels que ceux du larynx, du pharynx, de l'oesophage, du pancréas, de l'estomac, de la vessie, du rein, du col de l'utérus et de l'endomètre¹¹⁶. Par conséquent, l'arrêt du tabac est le facteur de risque modifiable le plus efficace pour le cancer.

Après le tabagisme, les infections chroniques, et éventuellement l'obésité¹¹⁷, l'alcool est la principale cause de cancer. Un lien de cause à effet a été établi entre la consommation d'alcool et les cancers du côlon et du sein¹¹⁸ et l'on soupçonne l'existence d'un lien similaire entre la consommation d'alcool et le cancer du poumon chez les grands consommateurs d'alcool¹¹⁷.

L'obésité est un facteur de risque pour un large éventail de cancers, dont les cancers du sein, du côlon et de la prostate¹³⁰. De nombreuses données attestent que l'activité physique diminue le risque de cancers du côlon et du sein^{131, 132, 133}, et qu'elle a un effet modéré sur les cancers de la prostate et du poumon¹³¹.

Une alimentation saine peut également réduire le risque de certains cancers¹¹⁹. Par exemple, une alimentation riche en tomates (qui contiennent du lycopène) a été associée à un risque réduit de cancer de la prostate¹²⁰, et la consommation de fruits et de légumes pourrait contribuer à la protection contre le cancer du poumon, en particulier chez les femmes¹²¹. Toutefois, la consommation élevée de viandes conservées et de viandes rouges a été associée à une augmentation de l'incidence du cancer colorectal et du cancer de la prostate, ainsi que de la mortalité associée à ceux-ci^{122, 123}.

Pour ce qui est de l'effet de l'alimentation sur l'incidence et la mortalité associée à d'autres cancers, plusieurs études font état de résultats contradictoires. Pour le développement du cancer colorectal, si l'apport en gras peut jouer un rôle, c'est la quantité totale d'énergie consommée qui prime¹²⁴. De la même manière, bien que certaines études montrent que la consommation élevée de fruits, de légumes et de fibres réduit le risque de cancer colorectal^{125, 126}, d'autres études concluent que cela n'a aucun effet bénéfique^{127, 128, 129}. De plus, la consommation importante de produits laitiers peut entraîner un cancer de la prostate¹²³.

Ce que vous pouvez faire pour réduire le risque de décès lié au cancer

- Ne fumez pas / Arrêtez de fumer
- Pratiquez une activité physique régulièrement
- Maintenez un poids santé
- Ne buvez pas d'alcool ou diminuez-en votre consommation
- Adoptez une alimentation saine
- Consultez régulièrement votre médecin et parlez-lui de tout changement physiologique brusque (sang dans les urines, les selles ou les expectorations, toux persistante, modification subite de votre poids, modification des habitudes de sommeil, masse au sein, etc.); n'attendez pas que votre état de santé se dégrade et de ne plus avoir le choix pour consulter votre médecin
- Suivez les conseils de votre médecin, qu'il vous recommande de passer des tests de dépistage ou de modifier votre mode de vie ou votre alimentation
- Pour de plus amples renseignements sur les facteurs de risque associés à ces cancers, veuillez consulter la page 66 sur les taux d'incidence du cancer

30. TAUX DE MORTALITÉ PAR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM)

31. TAUX DE MORTALITÉ PAR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Messages clés

- Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès au Canada, représentant environ un tiers de tous les décès
- Ce type de maladie comprend, entre autres, les infarctus aigus du myocarde (IAM) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- Les taux de mortalité par IAM et par AVC sont en baisse depuis plusieurs décennies
- Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique et par maladie cérébrovasculaire étaient plus élevés chez les Indiens inscrits que chez les Canadiens non autochtones
- Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique des résidents des régions habitées par les Inuits ne différaient pas de ceux de la population canadienne dans l'ensemble
- Les taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire sont plus élevés chez les résidents des régions habitées par les Inuits que chez la population canadienne dans l'ensemble

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces indicateurs mesurent le nombre de décès dont la cause sous-jacente est un IAM ou un AVC, par 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population si la distribution des âges était la même que celle de la population type.

Pour les Indiens inscrits, l'indicateur est le nombre de décès de personnes âgées de 25 ans et plus dont la cause sous-jacente de la mort est un IAM ou un AVC, par 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population si la distribution des âges était la même que celle de la population type. Les données concernant les Indiens inscrits sont une moyenne des données enregistrées de 1991 à 2001 (centré sur 1996) afin d'assurer une plus grande stabilité dans les nombres.

Les données concernant la mortalité des Inuits ne sont pas uniformément consignées dans les bases de données administratives du pays. Toutefois, une méthode permettant d'utiliser des identificateurs géographiques pour connaître l'état de santé des Inuits au Canada a été élaborée. Certaines communautés du Nord canadien ont une forte proportion d'Inuits. Ces communautés peuvent être organisées en quatre régions inuites (région inuvialuite, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut). Les indicateurs de santé pour les habitants de ces régions peuvent servir de substituts aux indicateurs de santé propres aux Inuits. Il convient de noter que, du fait que ces données incluent également les habitants non inuits de ces régions, qui sont généralement en meilleure santé que la population inuite de ces mêmes régions, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Bien que ces renseignements ne soient pas propres aux Inuits, ils peuvent être utilisés pour se faire une idée de la santé des Inuits au Canada.

Comment peut-on définir une maladie cardiovasculaire ?¹³⁵

L'expression « maladie cardiovasculaire » englobe plusieurs maladies de l'appareil circulatoire, constitué du cœur et des vaisseaux sanguins. L'IAM et l'AVC constituent deux causes principales de maladie cardiovasculaire. L'IAM, communément appelé crise cardiaque, est causé par un blocage complet d'une artère du cœur, ce qui peut endommager les tissus cardiaques qui manquent alors d'oxygène. L'AVC se rapporte généralement à un problème semblable, mais avec les vaisseaux sanguins du cerveau.

La cardiopathie ischémique est une condition dans laquelle le myocarde (muscle du cœur) est endommagé ou ne fonctionne pas bien, car le sang ne l'atteint pas ou presque pas. Elle peut causer une crise cardiaque, une angine (douleur thoracique) ou une mort soudaine.

L'expression « maladie cérébrovasculaire » est un terme large qui englobe l'AVC et les troubles des vaisseaux sanguins du cerveau. L'AVC est le plus commun de toutes ces conditions.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

Au Canada, comme dans plusieurs autres pays, les taux de mortalité due à un IAM et un AVC sont en baisse depuis des décennies. On ignore dans quelle mesure cette baisse du taux de mortalité est due à la diminution de l'incidence de ces maladies ou à l'amélioration des traitements reçus par les personnes qui en sont victimes. Par exemple, l'amélioration du mode de vie^{136, 137, 138}, et donc la diminution des facteurs de risque, comme les taux élevés de cholestérol¹³⁹, l'hypertension artérielle¹⁴⁰ et le diabète¹⁴¹, pourrait réduire l'incidence des IAM et des AVC. Par ailleurs, la baisse du taux de mortalité peut aussi être attribuée à l'amélioration des traitements offerts aux victimes d'IAM et d'AVC, grâce aux progrès dans les domaines des interventions médicales et des traitements pharmaceutiques.

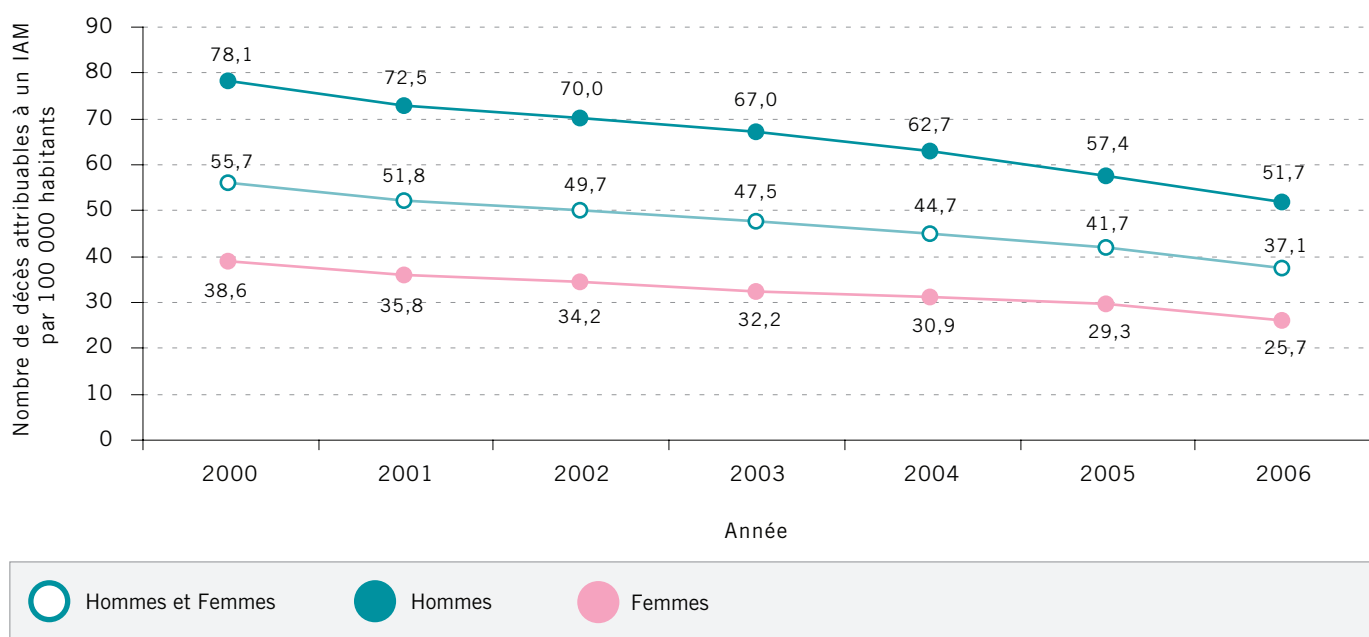
L'utilisation des taux de mortalité normalisés selon l'âge permet d'effectuer une meilleure comparaison au fil du temps en corrigeant les données sur le vieillissement de la population, mais peut sous-estimer les taux exacts et la charge réelle sur le système de soins de santé.

Le taux de mortalité due à l'IAM est en baisse

En 2006, le taux global de mortalité due à un IAM au Canada était de 37,1 décès par 100 000 habitants, soit 51,7 décès par 100 000 hommes et 25,7 décès par 100 000 femmes. Le taux de mortalité (et généralement, la prévalence et l'incidence de l'IAM) a toujours été plus élevé chez les hommes, mais avec le temps, l'écart entre les sexes s'est réduit. Les taux de mortalité due à un IAM diminuent de façon continue depuis 2000.

Figure 36 Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2006



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès. Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux de mortalité due aux cardiopathies ischémiques chez les Indiens inscrits étaient supérieurs à ceux des Canadiens et Canadiennes non autochtones

De 1991 à 2001 (centré sur 1996), les taux de mortalité due aux cardiopathies ischémiques chez les Indiens inscrits étaient de 155,0 cas par 100 000 hommes et de 74,8 cas par 100 000 femmes, taux qui dépassaient ceux des Canadiens et des Canadiennes non autochtones s'élevant à 123,2 cas par 100 000 hommes et à 48,8 cas par 100 000 femmes¹³⁴.

Tableau 6 Taux de mortalité par cardiopathie ischémique

Chez les Indiens inscrits et les non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge), 1991-2001 (centré sur 1996)

	Hommes		Femmes	
	Indiens inscrits	Non-autochtones Canadiens	Indiennes inscrites	Non-autochtones Canadiennes
Cardiopathie ischémique	155,0	123,2	74,8	48,8

Source : Tjepkema, M., Wilkins, R., Senécal, S., Guimond, E., Penney, C. (2009). La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. *Rapports sur la santé* (Composante du produit no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada) 20(4) : 1-23. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11034-fra.htm>.

Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population autochtone (années-personnes à risque) totale de 1991 à 2001, centré sur 1996. Les Indiens inscrits se rapportent aux Premières nations avec statut.

Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les non-autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles.

Pour d'autres limites, veuillez vous reporter à l'article indiqué dans « Source ».

Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique des résidents des régions habitées par les Inuits ne différaient pas sur le plan statistique de ceux de la population canadienne dans l'ensemble

De 1999 à 2003, les différences entre les taux de mortalité due aux cardiopathies ischémiques des résidents des régions habitées par les Inuits et ceux des Canadiens dans l'ensemble n'étaient pas statistiquement significatives.

Tableau 7 Taux de mortalité par cardiopathie ischémique

Chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003

	Hommes		Femmes	
	Régions habitées par les Inuits	Tous les Canadiens	Régions habitées par les Inuits	Toutes les Canadiennes
Cardiopathie ischémique	37,3	40,6	17,8	16,5

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

Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population de l'Inuit Nunangat de 2001.

Les données du présent tableau se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données sur les décès.

Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les Non-Autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles.

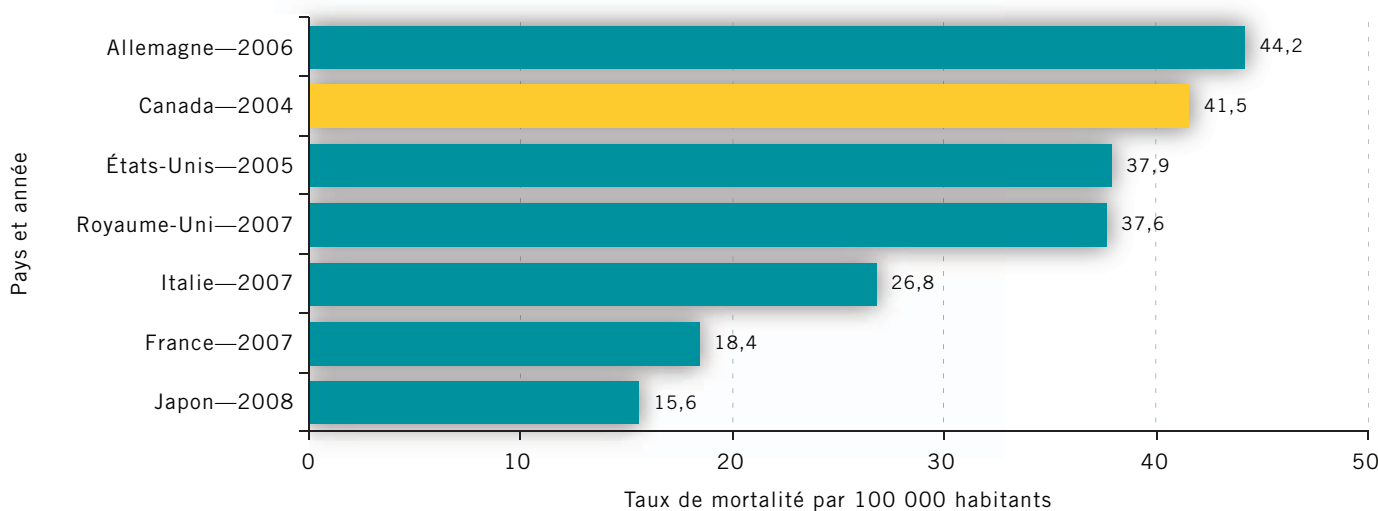
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Il est important de noter que les données de l'OCDE sont normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données du Canada (présentées dans le graphique *Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde*) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. En conséquence, les données présentées dans les graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

Le Canada détient le deuxième taux le plus élevé de mortalité due à un IAM (41,5 décès par 100 000 habitants) parmi les pays du G7, derrière l'Allemagne,

Figure 37 Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)

Par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.

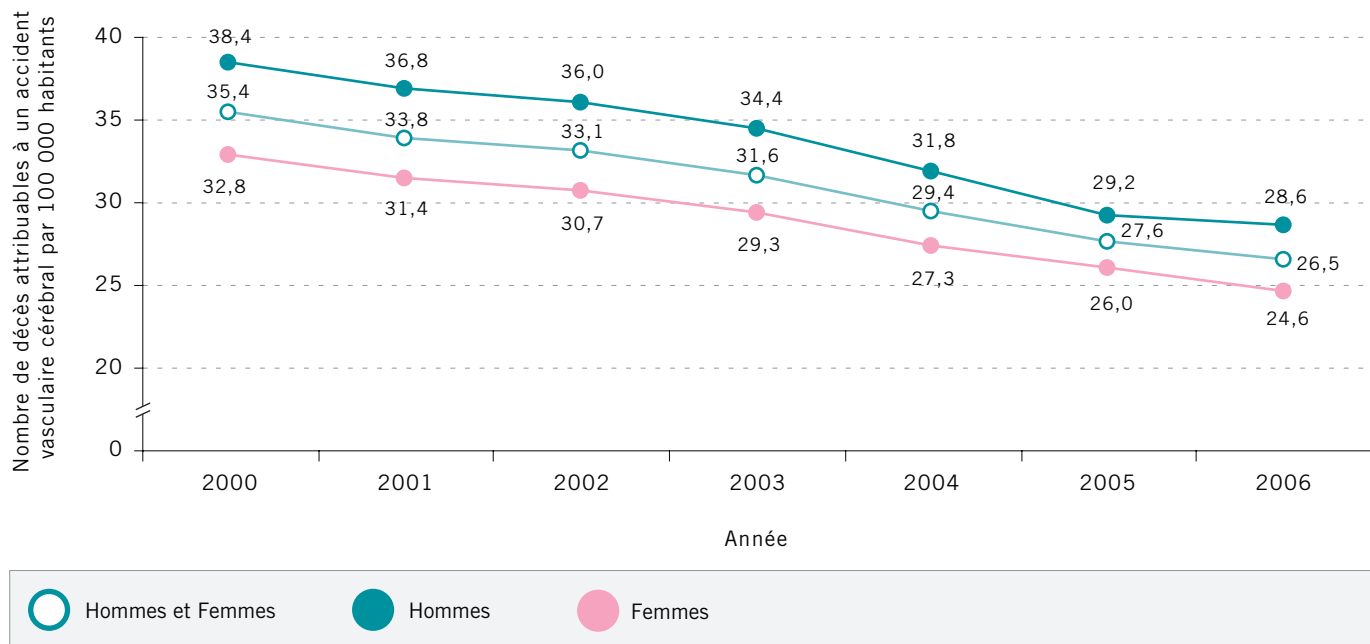
Ces taux ne peuvent être comparés à ceux des tendances canadiennes pour l'indicateur *Taux de mortalité par infarctus du myocarde (IAM)*, car les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, plutôt qu'en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Le taux de mortalité due à un AVC est en baisse

En 2006, le taux global de mortalité due à un AVC au Canada était de 26,5 décès par 100 000 habitants, soit 28,6 décès par 100 000 hommes et 24,6 décès par 100 000 femmes.

Figure 38 Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral

Par 100 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2006



Sources : Statistique Canada. Totalisation spéciale basée sur les Statistiques de l'état civil — Base de données sur les décès, et estimations de la population selon l'âge et le sexe pour les années 2000 à 2006.

Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux de mortalité due aux maladies cérébrovasculaires chez les Indiens inscrits étaient supérieurs à ceux des Canadiens non autochtones

Les taux de mortalité due aux maladies cérébrovasculaires des Indiens inscrits de 1991 à 2001 (centré sur 1996) étaient de 35,4 décès par 100 000 hommes et 40,9 décès par 100 000 femmes, taux supérieurs à ceux des Canadiens et Canadiennes non autochtones qui sont de 28,2 décès par 100 000 hommes et de 21,4 décès par 100 000 femmes¹³⁴.

Tableau 8 Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral

Chez les Indiens inscrits et les non-autochtones Canadiens âgés de 25 ans et plus (par 100 000 années-personnes), par sexe (normalisé selon l'âge), 1991-2001 (centré sur 1996)

	Hommes		Femmes	
	Indiens inscrits	Non-autochtones Canadiens	Indiennes inscrites	Non-autochtones Canadiennes
Accident vasculaire cérébral	35,4	28,2	40,9	21,4

Source : Tjepkema, M., Wilkins, R., Senécal, S., Guimond, E., Penney, C. (2009). La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. *Rapports sur la santé* (Composante du produit no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada) 20(4) : 1-23. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11034-fra.htm>.

Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population autochtone (années-personnes à risque) totale de 1991 à 2001, centré sur 1996. Les Indiens inscrits se rapportent aux Premières nations avec statut. Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les non-autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles. Pour d'autres limites, veuillez vous reporter à l'article indiqué dans « Source ».

Les taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire sont plus élevés chez les résidents des régions habitées par les Inuits que chez la population canadienne dans l'ensemble

Au cours de la période de 1999 à 2003, on a relevé des taux de mortalité due à une maladie cérébrovasculaire plus élevés chez les hommes et les femmes vivant dans les régions habitées par les Inuits que chez l'ensemble des Canadiens et Canadiennes.

Tableau 9 Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral

Chez les résidents des régions habitées par les Inuits et tous les Canadiens (par 100 000 habitants), selon le sexe (normalisé selon l'âge), 1999-2003

	Hommes		Femmes	
	Régions habitées par les Inuits	Tous les Canadiens	Régions habitées par les Inuits	Toutes les Canadiennes
Accident vasculaire cérébral	15,7	9,7	25,7	7,9

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

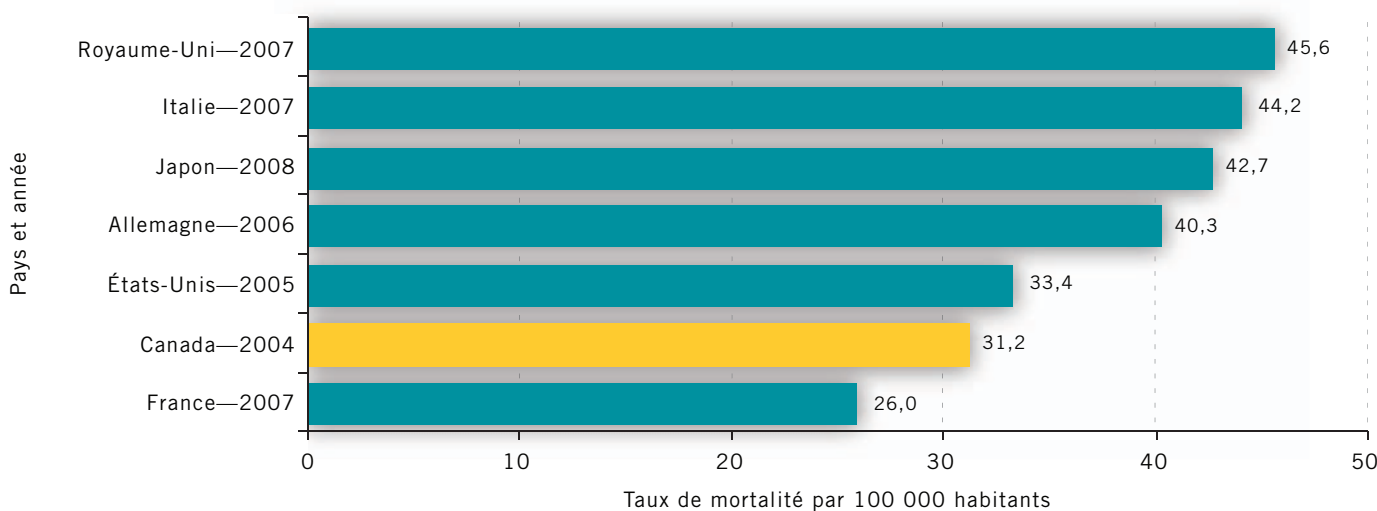
Remarques : Normalisé selon l'âge en fonction de la population de l'Inuit Nunangat de 2001.
 Les données du présent tableau se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données sur les décès.
 Ces statistiques sur la mortalité sont des estimations. Les taux pour les Non-Autochtones canadiens présentés dans ce tableau sont différents des taux de mortalité des Canadiens (pour les mêmes maladies) affichés ailleurs dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*; ainsi, ces données ne devraient pas être comparées entre elles.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. Il est important de noter que les données de l'OCDE sont normalisées selon l'âge en fonction de la population totale des pays de l'OCDE de 1980, alors que les données du Canada (présentées dans le graphique *Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral*) sont normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. En conséquence, les données des graphiques canadiens et celles des graphiques internationaux ne sont pas directement comparables.

Le Canada détient le deuxième plus bas taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires (31,2 décès par 100 000 habitants) parmi les pays du G7, derrière la France.

Figure 39 Taux de mortalité par maladie vasculaire cérébrale

Par 100 000 habitants, hommes et femmes (normalisé selon l'âge), selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données sont pour les années sélectionnées.

Ces taux ne peuvent être comparés à ceux des tendances canadiennes pour l'indicateur *Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral*, car les taux de l'OCDE sont normalisés selon l'âge en fonction de la population totale de l'OCDE de 1980, plutôt qu'en fonction de la population canadienne de 1991. En outre, les taux de l'OCDE portent sur les décès attribuables à une maladie vasculaire cérébrale (CIM-10, codes I60 à I69), alors que les taux des tendances canadiennes portent uniquement sur les accidents vasculaires cérébraux (CIM-10, codes I60 à I66). Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les maladies cardiovasculaires, notamment les IAM et les AVC constituent une cause principale de décès au Canada; elles représentent environ un tiers de tous les décès¹³⁵. Les maladies cardiovasculaires sont des affections chroniques permanentes qui résultent de l'interaction entre les comportements liés à la santé, les prédispositions génétiques et l'environnement. Heureusement, les traitements peuvent soulager les symptômes, améliorer la qualité de vie et réduire la probabilité de décès prématuré¹⁴². Néanmoins, il faut savoir qu'il est possible de prévenir ces maladies en ne fumant pas^{143, 144}, en faisant régulièrement de l'activité physique^{145, 146}, en s'alimentant sainement^{147, 148}, en maintenant un poids santé¹⁴⁹, en dépistant et en traitant tôt l'hypertension artérielle^{150, 151} et l'excès de cholestérol¹⁵², ainsi qu'en gérant efficacement le stress¹⁵³.

Au Canada, comme dans plusieurs autres pays, les taux de mortalité due à un IAM ou à un AVC sont en déclin depuis des décennies. On ne sait pas dans quelle mesure on doit attribuer cette baisse à un changement dans l'incidence de ces maladies, qui pourrait traduire des changements dans le mode de vie et les facteurs de risque, ou à une amélioration de la survie des personnes atteintes grâce aux meilleurs traitements offerts.

La prévention optimale des maladies cardiovasculaires nécessite l'utilisation de stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire, par la modification des facteurs de risque (p. ex., acquérir de saines habitudes alimentaires, pratiquer régulièrement une activité physique, etc.), peut réduire l'incidence de la maladie; la prévention secondaire, par l'identification et le traitement précoces des états pathologiques (p. ex., le traitement de l'hypertension artérielle, du cholestérol, etc.), peut augmenter la survie; la prévention tertiaire, par la réadaptation dans le cas d'une maladie établie, peut diminuer encore plus l'invalidité et la souffrance, et ainsi améliorer la qualité de vie.

Avantages d'une bonne santé cardiovasculaire

- Meilleure santé
- Un cœur et des poumons plus forts
- Une fatigue moins importante lorsque l'on accomplit des tâches particulières
- Un meilleur débit sanguin dans les artères
- Des risques moins élevés de contracter d'autres maladies graves

Facteurs de risque associés aux IAM et aux AVC

- Tabagisme
- Sédentarité
- Alimentation riche en gras saturés et en gras trans
- Alimentation riche en sodium
- Hypercholestérolémie
- Hypertension artérielle
- Obésité
- Diabète
- Abus de consommation d'alcool
- Stress
- Antécédents familiaux de maladies cardiaques

Ce que vous pouvez faire pour prévenir les maladies cardiaques

- Ne fumez pas et n'abusez pas de l'alcool
- Maintenez une alimentation équilibrée composée d'une variété d'aliments et de produits faibles en gras
- Faites régulièrement de l'activité physique
- Gérez efficacement votre stress
- Maintenez un poids santé
- Discutez avec votre professionnel de la santé des autres moyens d'améliorer la santé de votre cœur (p. ex., le dépistage et le traitement précoces de l'hypertension artérielle, du diabète ou le suivi de votre niveau de cholestérol dans le sang, etc.)
- Pour en apprendre davantage sur les façons de prévenir les maladies cardiovasculaires, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/s07-fra.php>)

32. MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) DÉCLARÉE

Messages clés

- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une cause principale de morbidité et de mortalité
- La MPOC est une maladie pulmonaire chronique caractérisée par des essoufflements, une toux et des sécrétions de mucus (expectoration), et comprend la bronchite chronique et l'emphysème
- Cette maladie progresse lentement pendant plusieurs années
- Elle se déclare généralement chez les personnes âgées de plus de 55 ans, mais les changements aux poumons commencent plusieurs années auparavant
- Un peu plus de 4 % des Canadiens âgés de 35 ans et plus ont déclaré souffrir d'une MPOC

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage des Canadiens et Canadiennes adultes qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'une MPOC. Le terme MPOC englobe les bronchites chroniques et l'emphysème.

Il est possible de prévenir les MPOC. Si vous êtes fumeur, la meilleure chose que vous pouvez faire pour réduire ou éliminer vos risques est d'arrêter de fumer.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

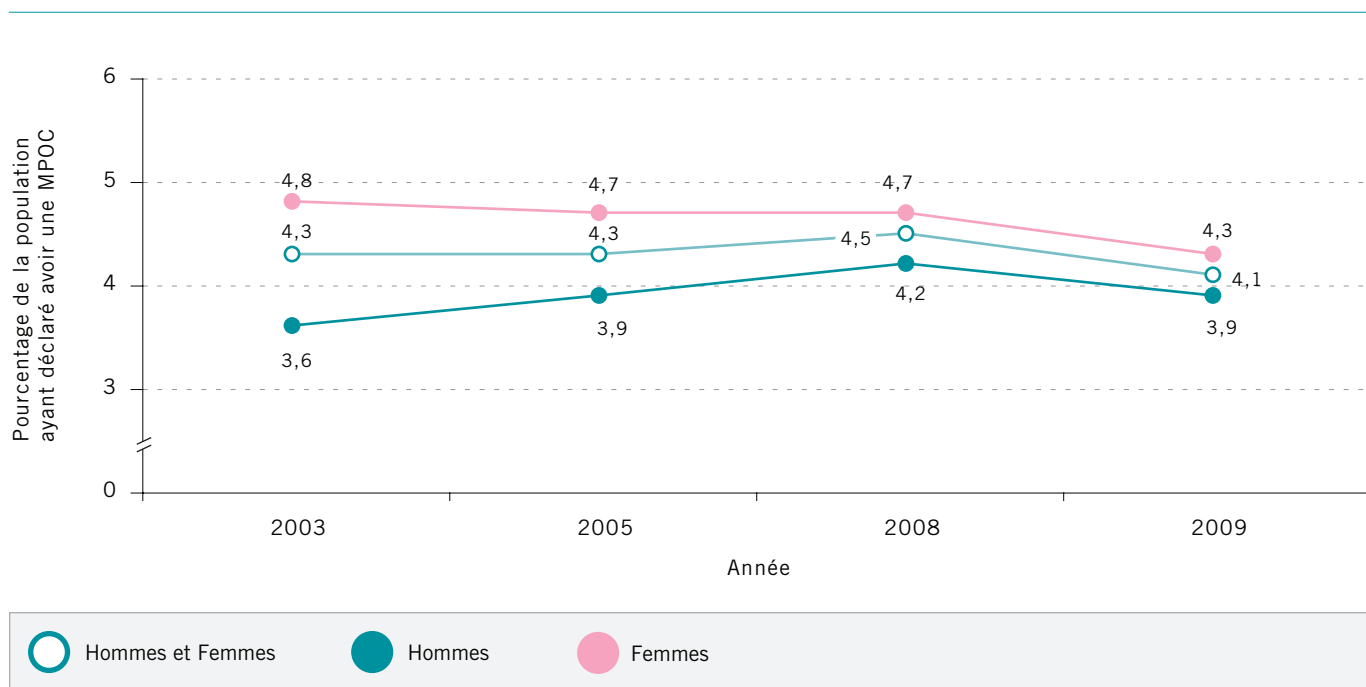
Bien que cet indicateur semble s'appuyer sur le diagnostic posé par un professionnel de la santé, il se fonde en réalité sur la déclaration des répondants et sur leur capacité à se rappeler ou à comprendre le diagnostic établi par leur professionnel de la santé. Dans ce cas, les données déclarées par ces personnes ne sont jamais aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

Peu de Canadiens et Canadiennes ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC

En 2009, 4,1 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 35 ans et plus ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils étaient atteints d'une MPOC. Les taux pour les hommes et pour les femmes étaient de 3,9 % et 4,3 % respectivement.

Figure 40 Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus qui a déclaré avoir une MPOC, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



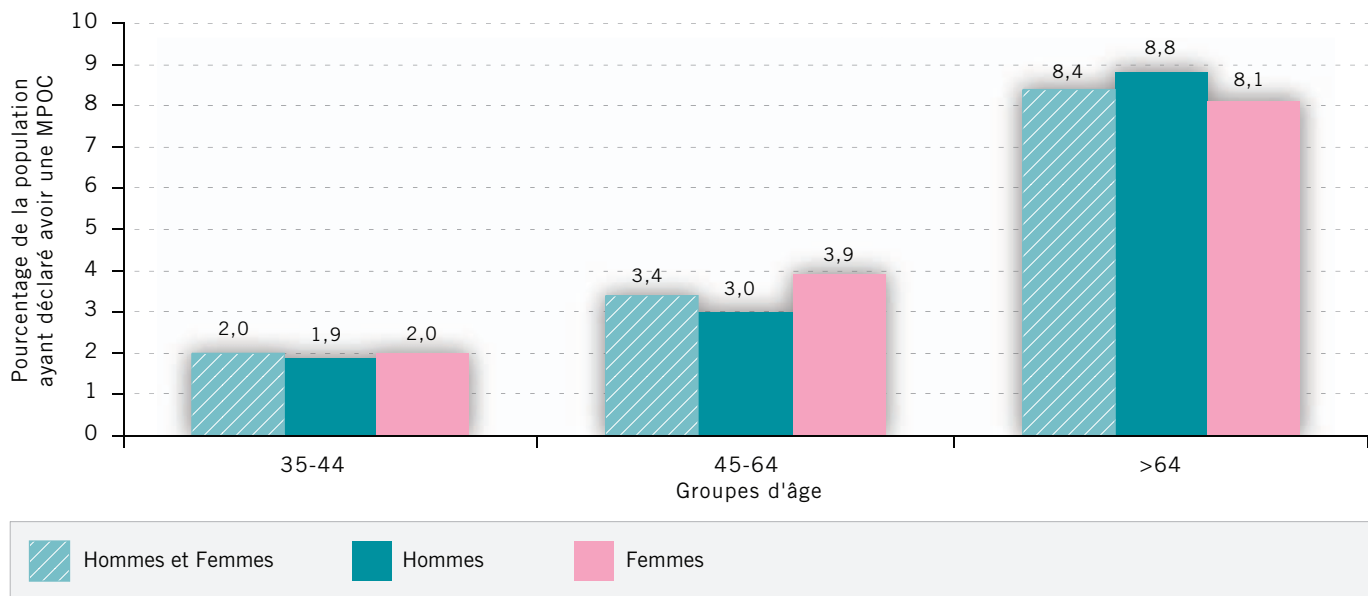
Sources : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 35 ans et plus ont précisé avoir été diagnostiqués comme ayant une MPOC par un professionnel de la santé. La MPOC comprend deux maladies principales : la bronchite chronique et l'emphysème. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Plus les personnes vieillissent, plus ils ont de risques de recevoir un diagnostic de MPOC.

Figure 41 Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus qui a déclaré avoir une MPOC, selon le sexe et les groupes d'âge (normalisé selon l'âge), Canada, 2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 35 ans et plus ont précisé avoir été diagnostiqués comme ayant une MPOC par un professionnel de la santé. La MPOC comprend deux maladies principales : la bronchite chronique et l'emphysème. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

La MPOC est une maladie chronique caractérisée par des essoufflements, de la toux et des sécrétions de mucus (expectoration). Elle progresse lentement pendant plusieurs années, et en s'aggravant, elle devient irréversible et cause une réduction importante de la circulation d'air et éventuellement le décès prématuré. Elle devient une maladie tellement débilitante que le niveau d'activité des personnes atteintes est limité, ce qui réduit leur qualité de vie.

Contrairement à la plupart des autres causes principales de décès et d'incapacité, on prévoit que les MPOC augmenteront partout dans le monde avec la hausse des taux de tabagisme et le vieillissement de la population^{154, 155}. De plus, certains chercheurs font observer que les taux de mortalité et de morbidité dues à une MPOC augmentent plus rapidement chez les femmes, ce qui pourrait s'expliquer par une augmentation de leur exposition au tabac ou à leur plus grande vulnérabilité^{156, 157, 158}.

Avantages d'avoir des poumons en bonne santé

Vos poumons constituent la fondation de l'appareil respiratoire, car ils permettent l'échange des gaz entre l'air atmosphérique et votre organisme. Vos poumons servent à fournir de l'oxygène à votre organisme (transporté par le sang) et à évacuer le dioxyde de carbone et les autres gaz. Ce processus s'appelle la respiration.

Voici les avantages d'avoir des poumons en bonne santé :

- Échange gazeux plus efficace et plus rapide entre l'air atmosphérique et l'organisme, par la voie des alvéoles
- Meilleure capacité à effectuer les tâches et activités quotidiennes, car la personne a moins le sentiment de manquer d'air (impression d'essoufflement)
- Fatigue moins importante pendant les activités physiques
- Formation moins importante de mucus ou d'expectoration dans l'appareil respiratoire

Facteurs de risque de la MPOC

- Dans 50 à 70 % des cas, le tabagisme est le facteur de risque principal
- L'exposition à la fumée secondaire peut également jouer un rôle important
- L'exposition professionnelle aux poussières, aux produits chimiques, aux vapeurs et à la fumée affecte de nombreuses personnes
- Les polluants de l'air intérieur des locaux comme la poussière et les poils d'animaux
- On associe la pollution de l'air extérieur à l'aggravation des symptômes dont ceux des MPOC, notamment l'essoufflement; toutefois, son incidence est moins importante que celle des polluants de l'air intérieur
- Des infections respiratoires répétées pendant l'enfance pourraient entraîner une diminution de la fonction respiratoire, ce qui peut prédisposer une personne à la MPOC
- Une déficience génétique de la protéase sérine alpha-1-antitrypsine, un enzyme qui protège les tissus pulmonaires, est aussi associée à l'augmentation du risque de MPOC

Ce que vous pouvez faire pour prévenir les MPOC

- Ne fumez pas
- Si vous fumez, cherchez à obtenir de l'aide pour arrêter, car le tabagisme constitue la cause principale des maladies pulmonaires
- Évitez la fumée secondaire
- Protégez-vous contre les risques présents au travail, particulièrement si vous êtes exposé à la poussière, aux produits chimiques, aux vapeurs et à la fumée dans votre environnement de travail; portez un masque protecteur
- Gérez la pollution de l'air à l'intérieur de votre domicile en entretenant les appareils comme le générateur d'air chaud et les événements, ventilez votre demeure et contrôlez la poussière
- Lors des journées où la qualité de l'air est mauvaise, en restant à l'intérieur et en évitant les activités extérieures exigeantes, vous pouvez aider à réduire vos symptômes et votre risque d'exacerbation de la MPOC
- Discutez avec un professionnel de la santé afin d'obtenir d'autres renseignements sur la MPOC
- De plus amples informations sont disponibles dans le document *La pollution de l'air et les maladies cardiovasculaires et pulmonaires* publié par Santé Canada (http://hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/air/heart_lung-cardio_pulmon-fra.php)
- Pour obtenir des renseignements sur les MPOC, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/mpoc-copd-fra.php>) ou le site Web de l'Association pulmonaire canadienne (http://www.poumon.ca/home-accueil_f.php)

33. ASTHME DÉCLARÉ

Messages clés

- L'asthme est un problème respiratoire dont les symptômes comprennent la toux, les essoufflements, l'oppression thoracique et la respiration sifflante
- De nombreux enfants et adultes partout dans le monde souffrent d'asthme
- Certains facteurs environnementaux peuvent augmenter ou réduire le risque de souffrir d'asthme
- Il est important de prendre les médicaments qui conviennent afin de contrôler votre asthme et de le faire en suivant les directives
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles souffrent d'asthme

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'asthme.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Certains symptômes de l'asthme, comme la respiration sifflante, ne se rapportent pas seulement à cette affection, mais également à d'autres maladies, comme la bronchiolite chez les enfants et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les personnes âgées¹⁵⁹. L'asthme varie également avec le temps de sorte qu'il est possible que l'un des symptômes ou l'ensemble de ceux-ci ne se manifestent pas à un moment précis¹⁶⁰.

De plus, bien que cet indicateur semble s'appuyer sur le diagnostic posé par un professionnel de la santé, il se fonde en réalité sur la déclaration des répondants et sur leur capacité à se rappeler ou à comprendre le diagnostic établi par leur professionnel de la santé. Dans ce cas, les données déclarées par ces personnes ne sont jamais aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

Qui souffre d'asthme ?

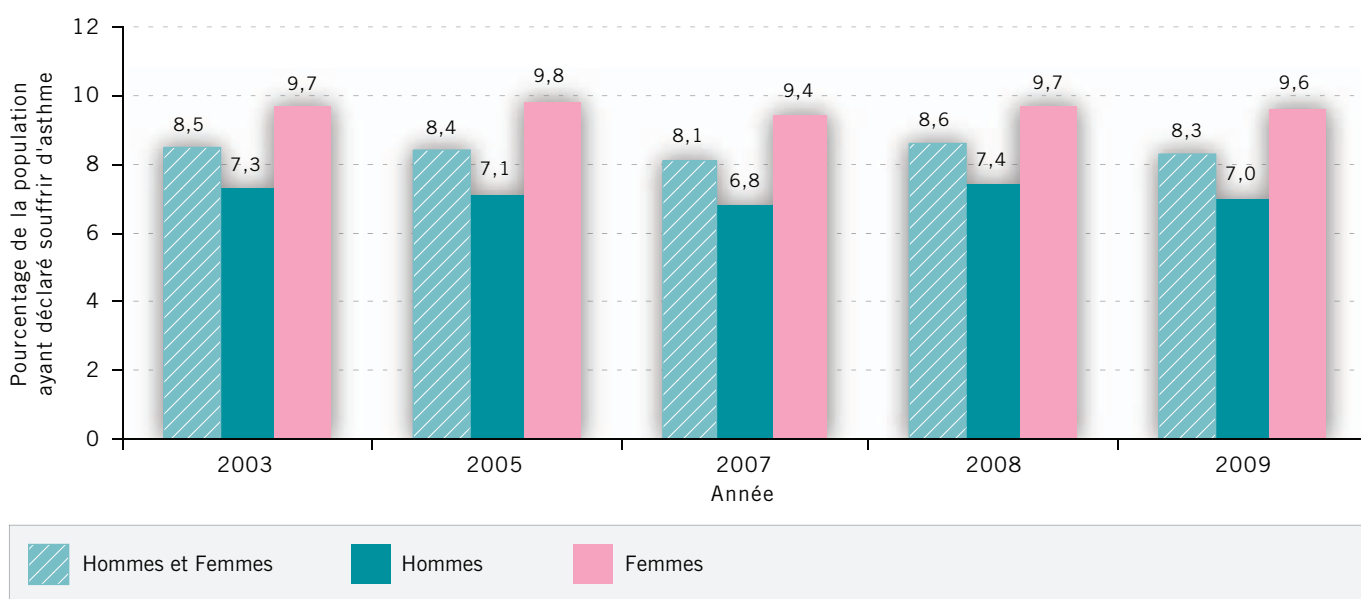
L'asthme touche environ trois millions de Canadiens et Canadiennes. L'asthme n'est pas contagieux, mais il peut être héréditaire ou causé par des facteurs environnementaux.

Les femmes canadiennes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles souffrent d'asthme

En 2009, 8,3 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'asthme. Dans l'ensemble, un pourcentage plus élevé de femmes (9,6 %) que d'hommes (7,0 %) ont déclaré souffrir d'asthme.

Figure 42 Asthme déclaré

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir d'asthme, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Les professionnels de la santé définissent l'asthme comme une maladie inflammatoire chronique qui affecte les voies respiratoires et qui est caractérisée par la toux, l'essoufflement, l'oppression thoracique et la respiration sifflante. En règle générale, les symptômes et les crises d'asthme (épisodes d'essoufflement grave) sont déclenchés par l'exercice, l'exposition à des allergènes, les infections respiratoires virales, des vapeurs ou des gaz irritants. Ces expositions causent l'inflammation de la paroi des voies respiratoires et un rétrécissement anormal de celles-ci, qui entraînent les symptômes de l'asthme¹⁶¹.

On associe de nombreux problèmes de santé et de société à l'asthme, comme l'absentéisme à l'école et au travail¹⁶², la déficience cognitive ou les troubles du sommeil¹⁶³, les problèmes de santé mentale¹⁶⁴, d'autres problèmes respiratoires¹⁶⁵, et même la mort.

Les antécédents familiaux ou prédispositions génétiques d'allergies et d'affections allergiques¹⁶¹ sont une cause importante de l'asthme. Parmi d'autres facteurs de risque, on relève l'humidité¹⁶⁶, les infections respiratoires fréquentes précoces^{167, 168}, le faible poids à la naissance¹⁶⁹, l'obésité^{170, 171} et le syndrome de détresse respiratoire¹⁷².

Il existe suffisamment de preuves pour conclure que la fumée de tabac ambiante est associée au développement de l'asthme chez les jeunes enfants¹⁶⁶. De plus, le tabagisme pendant et après la grossesse augmente le risque d'asthme dans les premières années d'existence. Chez les adultes, le risque d'asthme et l'exposition à la fumée de tabac ambiante dans le milieu de travail sont fortement liés¹⁷³.

D'autres études révèlent que l'exposition à certains facteurs environnementaux, comme la présence d'un chien ou d'un autre animal de compagnie dans la maison avant et après la naissance^{174, 175} ainsi que la fréquentation d'une garderie pendant la première année de l'enfant¹⁷⁶ peut l'aider à ne pas développer de l'asthme allergique¹⁷⁷.

Avantages d'une bonne respiration

- Vous procure plus d'énergie
- Vous aide à gérer et à combattre votre stress
- Améliore la circulation sanguine et soulage la congestion
- Augmente l'approvisionnement des cellules de tout l'organisme en oxygène et en nutriments, et l'évacuation du dioxyde de carbone (CO₂) et des autres gaz

Problèmes causés par l'asthme

- Absence de l'école ou du travail en raison des symptômes de l'asthme
- Privation du sommeil et trouble du rendement cognitif pendant le jour
- Limites dans vos tâches quotidiennes et vos activités physiques
- Risque plus élevé de développer des troubles de l'humeur et de l'anxiété, comme la dépression
- Risque plus élevé de développer une MPOC à l'âge adulte
- Décès

Ce que vous pouvez faire pour prévenir et traiter vos symptômes d'asthme

- Faites des échauffements avant de pratiquer des sports ou de faire de l'exercice afin de détendre vos voies respiratoires
- Demandez à vos amis et aux membres de votre famille de ne pas fumer dans votre maison ou votre automobile
- Adoptez des produits nettoyants non toxiques
- Ne laissez pas votre animal de compagnie entrer dans votre chambre à coucher ni monter sur les meubles
- Maintenez le taux d'humidité dans la maison en deçà de 50 %
- Passez l'aspirateur sur les tapis et moquettes au moins une fois par semaine
- Gardez vos fenêtres fermées afin d'empêcher le pollen d'entrer

- Par temps chaud et ensoleillé, évitez de sortir, particulièrement si la densité pollinique est très élevée ou que la qualité de l'air extérieur est mauvaise
- Apprenez les facteurs qui déclenchent votre asthme et évitez-les
- Établissez un plan d'action écrit contre l'asthme
- Apprenez à prendre les médicaments correctement
- Consultez un éducateur certifié dans le domaine respiratoire pour apprendre à contrôler votre asthme
- De plus amples informations sont disponibles dans le document *La pollution de l'air et les maladies cardiovasculaires et pulmonaires* publié par Santé Canada (http://hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/air/heart_lung-cardio_pulmon-fra.php)
- Pour obtenir d'autres conseils utiles concernant la prévention et le traitement des symptômes de l'asthme, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/asthme-asthma-fra.php>)

34. TAUX DE TABAGISME DÉCLARÉ CHEZ LES ADOLESCENTS

35. TAUX DE TABAGISME DÉCLARÉ CHEZ LES ADULTES

Messages clés

- Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée dans les pays développés
- Il est lié à plusieurs types de cancer
- Les taux de tabagisme chez les adolescents et l'ensemble des Canadiens et Canadiennes sont en baisse
- Le tabagisme est toujours un problème de santé important qui touche les Inuits

Que mesurent ces indicateurs ?

Ces indicateurs mesurent la proportion des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 à 19 ans (pour les adolescents), et de 12 ans et plus (pour l'ensemble des Canadiens et Canadiennes) qui ont déclaré être actuellement fumeurs (quotidien ou occasionnel) au moment du sondage. Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le terme « fumeur actuel » englobait les fumeurs quotidiens et occasionnels, le dernier type étant les personnes qui ne fument pas quotidiennement.

Pour les Inuits, cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement.

Le tabagisme est la première cause de décès évitable dans les pays développés.

Quelles sont les limites de ces indicateurs ?

On met souvent en doute la validité des taux de tabagisme déclaré à cause de la croyance commune selon laquelle les fumeurs sont prédisposés à sous-estimer la quantité de cigarettes fumées ou à nier complètement le fait qu'ils fument. Comme les médias et les tribunes publiques portent plus d'attention au sujet du tabagisme, il est possible que les fumeurs soient davantage sensibilisés aux comportements socialement souhaitables; ils peuvent donc être plus susceptibles de sous-estimer l'écart entre leur comportement et la *norme sociale perçue* qui proscriit le tabagisme. En fait, la recherche montre que le taux de tabagisme déclaré est d'environ 2 à 4 % inférieur au taux réel de tabagisme dans la population^{178, 179}.

De plus, il est possible que l'exactitude des taux de tabagisme déclaré par rapport aux taux réels soit influencée par la manière dont les données ont été recueillies. La recherche permet de penser que lorsque des questionnaires sont complétés par un intervieweur, les taux de tabagisme déclaré sont plus exacts que lorsque les répondants remplissent le questionnaire seul, car, de cette façon, l'intervieweur peut observer les signes évidents que la personne fume, ce qui ne serait pas le cas pendant un sondage téléphonique ou si la personne

remplissait seule un questionnaire¹⁸⁰. La moitié des données sur la population canadienne qui proviennent de l'ESCC a été recueillie par téléphone et l'autre moitié a été collectée en personne.

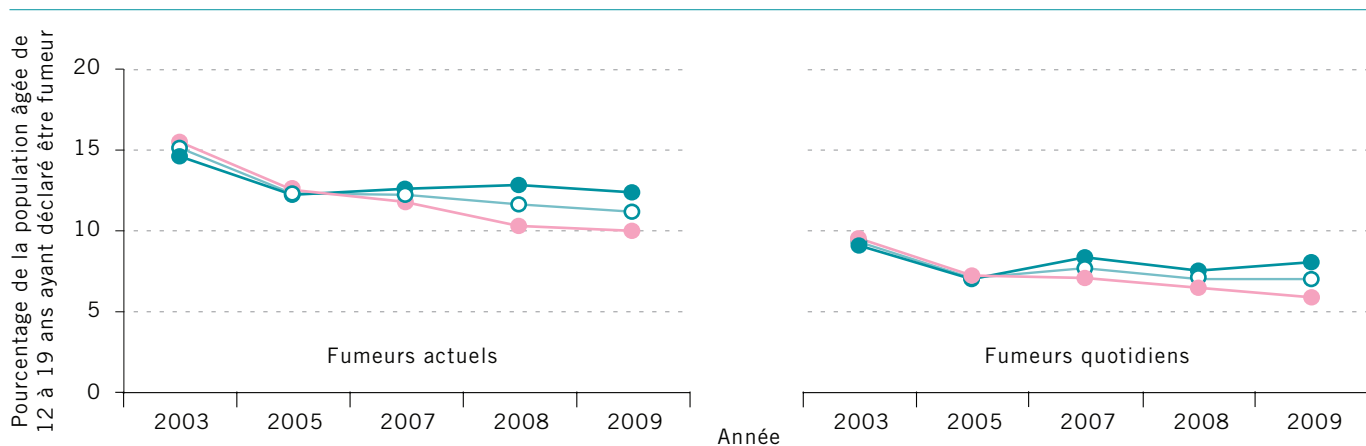
L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) a été effectuée au moyen d'entrevues personnelles dans des régions inuites, au Labrador et dans les Territoires du Nord-Ouest (sauf à Yellowknife). Ailleurs au Canada, on a effectué des entrevues téléphoniques.

Les taux de tabagisme chez les adolescents diminuent en général, mais il reste des défis à relever

En 2009, 11,0 % des adolescents Canadiens et Canadiennes ont déclaré être fumeurs actuels, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 14,9 % en 2003. Le pourcentage d'adolescentes actuellement fumeuses est passé de 15,3 % en 2003 à 9,8 % enregistré en 2009. Également en 2009, 6,8 % des adolescents Canadiens et Canadiennes ont déclaré fumer quotidiennement, soit une baisse par rapport au taux de 9,1 % enregistré en 2003. Le pourcentage des femmes qui fument quotidiennement a aussi diminué, passant de 9,3 % en 2003 à 5,7 % en 2009.

Figure 43 Taux de tabagisme déclarés chez les adolescents

Pourcentage de la population âgée de 12 à 19 ans ayant déclaré être des fumeurs actuels et quotidiens, selon le sexe, Canada, 2003-2009



Hommes et Femmes	14,9	12,1	12,0	11,4	11,0	9,1	6,9	7,5	6,8	6,8
Hommes	14,4	12,0	12,4	12,6	12,2	8,9	6,8	8,1	7,3	7,8
Femmes	15,3	12,3	11,6	10,1	9,8	9,3	7,0	6,9	6,3	5,7

○ Hommes et Femmes ● Hommes ● Femmes

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Les fumeurs actuels comprennent les fumeurs quotidiens et occasionnels.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux de tabagisme sont en baisse au Canada

En 2009, 20,5 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus ont déclaré être fumeurs actuels, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 23,4 % en 2003 et de 21,9 % en 2008. En 2009, 23,1 % des hommes âgés de 12 ans et plus étaient fumeurs actuels, une baisse par rapport au taux de 25,6 % en 2003 et de 25,0 % en 2008. Toujours la même année, le taux des fumeuses actuelles a diminué, passant de 21,3 % en 2003 à 18,0 % en 2009.

En 2009, 15,6 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus ont déclaré être fumeurs quotidiens, ce qui constitue une baisse par rapport au taux de 17,9 % en 2003 et de 16,9 % en 2008. Le pourcentage d'hommes fumant quotidiennement est passé à 17,5 % en 2009, alors qu'il était à 19,6 % en 2003 et à 19,4 % en 2008. Le pourcentage de fumeuses quotidiennes est passé de 16,3 % en 2003 à 13,7 % en 2009.

Figure 44 Taux de tabagisme déclarés chez les Canadiens

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré être des fumeurs actuels et quotidiens, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Hommes et Femmes	23,4	22,2	22,6	21,9	20,5	17,9	16,7	17,5	16,9	15,6
Hommes	25,6	24,4	25,5	25,0	23,1	19,6	18,5	19,7	19,4	17,5
Femmes	21,3	20,1	19,7	18,9	18,0	16,3	14,9	15,4	14,5	13,7

○ Hommes et Femmes ● Hommes ● Femmes

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

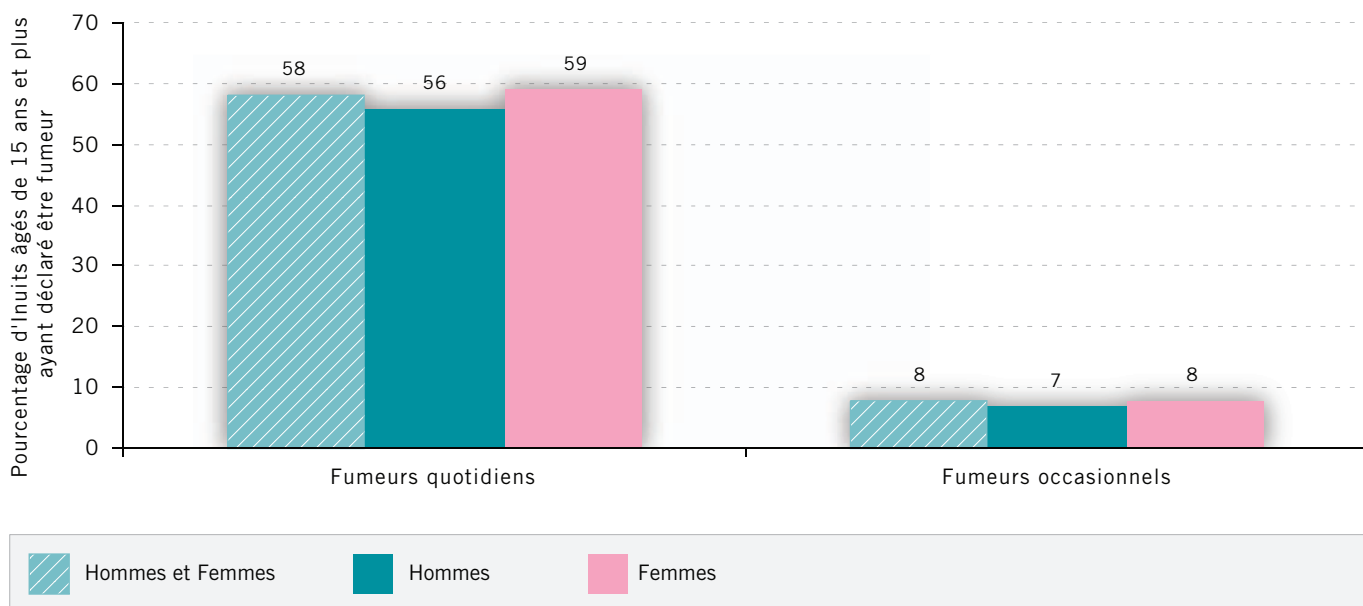
Remarques : Les fumeurs actuels comprennent les fumeurs quotidiens et occasionnels.
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les taux de tabagisme chez les Inuits sont très élevés

En 2006, 58 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré être fumeurs quotidiens. Également en 2006, 8 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré être fumeurs occasionnels. Les données des hommes et celles des femmes étaient semblables.

Figure 45 Taux de tabagisme déclarés

Pourcentage d'Inuits âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré être des fumeurs quotidiens et occasionnels, selon le sexe, Canada, 2006



Source : Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones, 2006.

Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré être des fumeurs quotidiens et occasionnels. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Le tabagisme est la première cause de décès évitable dans le monde¹⁸¹. On a estimé qu'en 2000, 4,83 millions de personnes sont décédées de causes liées au tabagisme, et que ce nombre augmentera probablement à moins que l'on ne prenne des mesures strictes et efficaces, particulièrement dans les pays en voie de développement¹⁸². Au Canada, on a estimé qu'en 2002, plus de 37 000 personnes sont décédées de causes liées au tabagisme¹⁸³.

On a prouvé à l'aide de nombreuses études que le tabagisme et la maladie étaient liés et qu'il était bénéfique d'arrêter de fumer¹⁸⁴. Le tabagisme est nocif pour pratiquement tous les organes du corps et détériore la santé des fumeurs en général. Par exemple, si l'on compare avec l'état des non-fumeurs, on estime que le tabagisme multiplie par 12 à 13 fois le risque des fumeurs de mourir d'une MPOC (comme d'une bronchite chronique ou d'emphysème)¹⁸⁴.

Le tabagisme est associé à plusieurs types de cancer. Dans une méta-analyse effectuée récemment, on a établi un lien étroit entre le tabagisme et les cancers du poumon, du larynx et du pharynx¹⁸⁴. Si l'on compare avec l'état des non-fumeurs, on estime que le tabagisme multiplie par 23 le risque des fumeurs de développer un cancer du poumon et par 13 celui des fumeuses¹⁸⁴. Le risque d'être atteint d'un cancer attribuable au tabagisme augmente généralement en fonction du nombre de cigarettes fumées et du nombre d'années durant lesquelles la personne a fumé, et ce risque diminue généralement lorsqu'elle arrête complètement.

On a également établi un lien direct entre le tabagisme et les maladies cardiaques¹⁸⁴. Le tabagisme augmente le risque de développer toutes les formes de maladies cardiovasculaires. La coronaropathie et les AVC sont les types principaux de maladies cardiovasculaires causées par le tabagisme. On estime que le tabagisme multiplie par 2 à 4 fois le risque de coronaropathie et d'AVC, si l'on compare l'état des fumeurs avec celui des non-fumeurs¹⁸⁴. La plupart des cas de maladie cardiaque liée au tabagisme sont causés par l'athérosclérose, le durcissement et rétrécissement des artères; le tabagisme accélère ce processus, même chez les jeunes fumeurs.

Avantages du renoncement au tabac

- Diminution de la morbidité attribuable au tabagisme
- Prolongement de l'espérance de vie
- Amélioration de la fonction respiratoire

Risques pour la santé associés au tabagisme

- Cancer du poumon
- Maladies cardiaques et affections vasculaires
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Augmentation du risque de développer des bronchites, des pneumonies ou de l'asthme
- Cancer du larynx et du pharynx

Ce que vous pouvez faire pour arrêter de fumer

- Fixez une date pour arrêter
- Obtenez l'aide des membres de votre famille et de vos amis
- Si possible, arrêtez en même temps qu'un ami
- Joignez-vous à un groupe de soutien de renoncement au tabac (offert dans nombre de municipalités)
- Élaborez votre plan d'action personnalisé comprenant des objectifs
- Repoussez le moment de fumer lorsque vous en sentez le besoin
- Distrayez-vous avec des pensées et des activités qui vous empêchent de penser à fumer jusqu'à ce que le désir et le besoin ne se fassent plus sentir
- Buvez de l'eau pour occuper vos mains et votre bouche
- Essayez la « respiration profonde » pour vous aider à rester concentré et détendu
- Commencez à faire des activités physiques
- Envisagez d'utiliser des thérapies de remplacement de la nicotine (comme les timbres et la gomme à la nicotine ou les inhalateurs de nicotine) ou d'autres médicaments pour vous aider à arrêter
- Discutez de votre désir d'arrêter avec votre professionnel de la santé ou votre pharmacien
- Consultez le site Web de Santé Canada pour obtenir d'autres renseignements sur les avantages pour la santé d'arrêter de fumer (http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/pdf/pubs/tobac-tabac/orq-svr/cbns-gdnf-fra.pdf)
- Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements au sujet des lois sur le tabac, consultez le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php>)

36. ARTHRITE DÉCLARÉE

Messages clés

- Le terme arthrite est utilisé pour décrire plus d'une centaine de maladies rhumatismales et d'affections qui atteignent les articulations et les tissus environnants, causant des douleurs, des enflures, des raideurs et menant souvent à l'incapacité
- La gravité des symptômes ainsi que l'endroit où ils se manifestent peuvent varier selon le type d'arthrite
- Les femmes souffrent davantage d'arthrite que les hommes

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'arthrite.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Bien que cet indicateur semble s'appuyer sur le diagnostic posé par un professionnel de la santé, il se fonde en réalité sur la déclaration des répondants et sur leur capacité à se rappeler ou à comprendre le diagnostic établi par leur professionnel de la santé. Par conséquent, les données fournies par ces personnes ne sont pas toujours aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

L'**arthrite** est un terme général utilisé pour décrire plus d'une centaine d'affections touchant les articulations et les tissus environnants, ainsi que d'autres tissus conjonctifs.

Plus de femmes que d'hommes souffrent d'arthrite

En 2009, 13,2 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'arthrite. Également en 2009, un nombre plus élevé de femmes que d'hommes ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite.

Figure 46 Arthrite déclarée

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a déclaré souffrir d'arthrite, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2007-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé. Étant donné que la question a changé en 2007, les données antérieures ne sont pas comparables et ne sont donc pas comprises dans ce graphique. Nous ne pouvons pas établir la signification statistique pour les hommes et femmes entre 2008 et 2009 puisque les valeurs prédictives requises n'étaient pas disponibles. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'arthrite est un terme général utilisé pour décrire plus d'une centaine d'affections touchant les articulations et les tissus environnants, ainsi que d'autres tissus conjonctifs. L'arthrite est généralement caractérisée par une inflammation, des douleurs et des raideurs dans une ou plusieurs articulations ou autour de celles-ci. Les effets sont souvent mineurs, mais peuvent parfois être débilitants. Les caractéristiques et la gravité des symptômes ainsi que l'endroit où ils se manifestent diffèrent considérablement selon la forme particulière de l'affection. On compte cinq formes principales d'arthrite : (1) arthrose; (2) polyarthrite rhumatoïde; (3) lupus érythémateux systémique; (4) goutte; et (5) arthrite juvénile.

L'Agence de la santé publique du Canada a estimé qu'en 2007-2008, plus de 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus ont déclaré souffrir d'arthrite, et selon les prévisions actuelles, ce nombre pourrait atteindre 6,7 millions en 2031 en raison du vieillissement de la population¹⁸⁵. Bien que l'arthrite touche surtout les personnes âgées, les gens de tous âges, y compris les enfants et les jeunes adultes, peuvent également en être atteints. Il n'existe actuellement aucune cure, mais on comprend de mieux en mieux ses causes, ce qui permet de progresser dans l'amélioration des médicaments et des traitements. La recherche montre également que l'on peut prendre plusieurs mesures afin de réduire le risque de développer certains types d'arthrite^{186, 187, 188, 189, 190}. Dans le cas de l'arthrose, en maintenant un poids santé et en veillant à la santé des articulations et des muscles grâce à l'activité physique et à la prévention des blessures ou du surmenage des articulations, il est possible de réduire le risque de développer ce type d'arthrite. En ce qui concerne la goutte, un poids santé, des exercices quotidiens et une consommation réduite d'aliments et de boissons riches en purine (comme la viande rouge, certains fruits de mer et l'alcool) peuvent aider à réduire le risque d'être atteint de cette affection.

Avantages d'avoir de saines articulations

- Meilleure santé globale
- Mobilité accrue procurant une plus grande indépendance
- Douleur moins forte
- Fatigue moins grande pendant l'accomplissement d'une tâche particulière

Facteurs de risque connus associés aux deux formes d'arthrite les plus répandues¹⁹¹

Arthrose

- Âge
- Sexe
- Facteurs génétiques
- Laxité et déformation articulaires
- Anomalies, fractures et maladies des os
- Blessures liées aux chutes
- Sédentarité
- Intervention chirurgicale à des articulations
- Obésité
- Stress et mouvements répétitifs au travail
- Blessures causées par la pratique de sports et la conduite de véhicules motorisées
- Traumatisme

Polyarthrite rhumatoïde

- Sexe
- Niveaux hormonaux
- Facteurs génétiques
- Ethnicité
- Agents infectieux
- Environnement
- Alimentation
- Sédentarité
- Obésité
- Tabagisme

Ce que vous pouvez faire pour prévenir ou traiter l'arthrite

- Maintenez un poids santé
- Adoptez une alimentation saine et équilibrée
- Faites de l'activité physique
- Tentez d'obtenir un diagnostic précoce lorsque vous éprouvez les premières douleurs; cela vous aidera à obtenir le traitement approprié pour votre état
- Évitez les charges à impact élevé
- Utilisez des appareils fonctionnels au besoin
- Discutez avec un professionnel de la santé afin d'obtenir d'autres renseignements
- Si vous souhaitez en apprendre davantage à propos de l'arthrite et de ses symptômes, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/index-fra.php>)

37. OSTÉOPOROSE DÉCLARÉE

Messages clés

- L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une perte de la densité osseuse qui entraîne une augmentation du risque de fracture
- On ne constate généralement aucun symptôme de la maladie avant qu'une fracture ne se produise
- Il existe des moyens pour aider à prévenir, à repousser et à traiter cette maladie
- En 2008-2009, plus de femmes que d'hommes ont reçu un diagnostic d'ostéoporose

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 45 ans et plus qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'ostéoporose en 2008-2009.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Bien que cet indicateur semble s'appuyer sur le diagnostic posé par un professionnel de la santé, il se fonde en réalité sur la déclaration des répondants et sur leur capacité à se rappeler ou à comprendre le diagnostic établi par leur professionnel de la santé. Par conséquent, les données fournies par ces personnes ne sont pas toujours aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

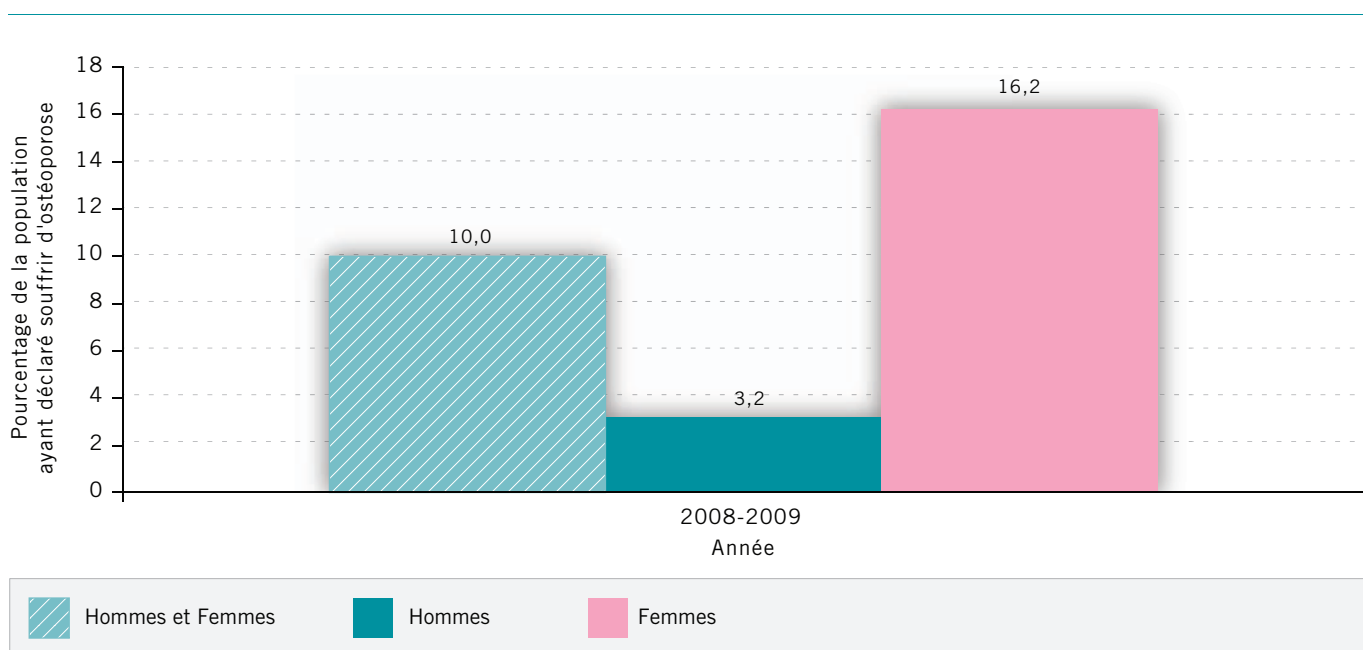
L'**ostéoporose** est une perte de la densité osseuse qui entraîne une augmentation du risque de fracture.

Plus de femmes que d'hommes souffrent d'ostéoporose

En 2008-2009, 10,0 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 45 ans et plus ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'ils souffraient d'ostéoporose. Plus de femmes (16,2 %) que d'hommes (3,2 %) ont déclaré souffrir de cette maladie.

Figure 47 Ostéoporose déclarée

Pourcentage de la population qui a déclaré souffrir d'ostéoporose, selon le sexe (non normalisé selon l'âge), Canada, 2008-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé, 2008-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres de 45 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'ostéoporose d'un professionnel de la santé. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une perte osseuse qui entraîne une augmentation du risque de fracture, d'incapacité et de difformité. On reconnaît et traite souvent mal l'ostéoporose, en partie parce que cette maladie ne présente pas de symptômes cliniques avant qu'une fracture ne survienne. Une femme sur trois de plus de cinquante ans subira des fractures ostéoporotiques, alors que ce sera le cas d'un homme sur cinq¹⁹².

Il est souvent possible de prévenir, de repousser ou de réduire la perte osseuse en ayant des habitudes de vie saines et équilibrées, par exemple en adoptant une alimentation saine et équilibrée comprenant du

calcium et de la vitamine D, en pratiquant quotidiennement une activité physique et en ne fumant pas¹⁹². L'optimisation de la densité osseuse pendant l'enfance et l'adolescence peut aider à réduire le risque d'être atteint d'ostéoporose. Le maximum de la masse osseuse est atteint entre 25 et 30 ans. Chez l'homme, une dégradation constante de sa masse osseuse survient après l'âge de 30 ans. Chez la femme, cela se produit jusqu'à sa ménopause, et pendant cette période la perte de sa masse osseuse s'accélère; cette dégradation peut donc durer de plusieurs mois à plusieurs années. Après la ménopause, le taux de perte de la masse osseuse ralentit.

Causes de l'ostéoporose

L'ostéoporose survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la formation de nouvelle masse osseuse et la résorption (ou dégradation) de la masse en place. Cela peut être causé parce que l'organisme n'a pas réussi à former une nouvelle masse osseuse suffisante, parce qu'une quantité trop importante de masse se détériore, ou les deux. Le minéral essentiel principal pour favoriser une formation normale de masse osseuse est le calcium. Si l'apport en calcium n'est pas suffisant, ou si l'organisme n'absorbe pas assez de calcium par l'alimentation, la production de masse osseuse est ralentie et le tissu osseux peut en souffrir. Par conséquent, il est possible que les os soient friables, fragiles et affaiblis, et se cassent donc facilement.

En plus de son rôle dans la formation des os, le calcium est essentiel au bon fonctionnement du cœur, du cerveau et d'autres organes.

La cause principale d'ostéoporose est un manque de certaines hormones, particulièrement l'œstrogène chez la femme et la testostérone chez l'homme. Lors de la ménopause, les niveaux d'œstrogènes diminuent, ce qui augmente le risque d'ostéoporose chez la femme¹⁹³. Parmi les autres facteurs pouvant contribuer à l'ostéoporose, on relève la génétique (les antécédents familiaux de faible teneur minérale de l'os et autres facteurs de risque de fracture)¹⁹⁴, un apport insuffisant en calcium et en vitamine D¹⁹⁵, un manque d'exercices de mise en charge¹⁹⁶, et d'autres changements liés à l'âge dans les fonctions endocrines (en plus d'un manque d'œstrogènes)¹⁹³. La consommation de caféine et d'alcool peut également jouer un rôle dans le développement de l'ostéoporose^{197, 198, 199}.

Avantages d'avoir des os forts et en santé

- Structure de soutien corporelle plus forte
- Meilleure posture, force et équilibre
- Meilleure résistance aux chocs et aux coups, diminuant les risques de fractures
- Meilleure protection contre les traumatismes pour plusieurs organes (p. ex., le cerveau, le cœur et les poumons)
- Grande réserve de vitamines et minéraux, notamment la vitamine D et le calcium
- Points d'attache solides pour les muscles

Facteurs de risque de l'ostéoporose

- Être une femme, bien que les hommes soient également atteints
- Âge : en vieillissant, le taux de dégradation des os devient plus rapide que celui de la formation de la masse osseuse
- Race : l'incidence d'ostéoporose chez les personnes de race noire est plus faible que chez les autres races ou les autres groupes ethniques
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Faible poids corporel
- Alimentation faible en calcium
- Carence en vitamine D
- Manque d'activité physique
- Tabagisme
- Consommation excessive de caféine ou d'alcool
- Troubles de l'alimentation comme l'anorexie et la boulimie
- Prise à long terme par voie orale de certains médicaments comme la cortisone, la prednisone ou les anticonvulsivants
- Ablation chirurgicale des ovaires ou ménopause prématurée (avant l'âge de 45 ans) sans traitement hormonal substitutif
- Les femmes ménopausées et les femmes dont les règles sont anormales ou absentes sur une longue période de temps, sont plus à risque

Ce que vous pouvez faire pour prévenir ou traiter l'ostéoporose

- Tentez de maintenir une alimentation équilibrée en choisissant des aliments des quatre groupes alimentaires de base (fruits et légumes, produits céréaliers, lait et substituts, et viandes et substituts)
- Soyez actif tous les jours, et incluez des activités physiques de mise en charge
- Ne fumez pas
- Consommez de l'alcool ou de la caféine modérément
- Discutez avec votre professionnel de la santé des avantages et des risques de prendre des suppléments de calcium et de vitamine D
- Les femmes peuvent envisager le traitement hormonal substitutif*
- Si vous souhaitez en apprendre davantage sur l'ostéoporose, consultez le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/seniors-aines-ost-fra.php>)
- Si vous souhaitez en apprendre davantage à propos de l'ostéoporose et les aînés, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/age/info/osteoporosis/osteo-fra.php>)
- Si vous souhaitez en savoir plus sur le *Guide alimentaire canadien*, consultez le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/index-fra.php>)

* Discutez avec votre professionnel de la santé pour en apprendre davantage sur les risques (comme le cancer du sein, les coronaropathies et les AVC) que présente le traitement hormonal substitutif pour la santé¹⁹³.

38. TAUX D'INCIDENCE POUR LA CHLAMYDIA

Messages clés

- La chlamydia est l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus répandue au Canada et est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*
- La chlamydia est connue sous le nom de « maladie silencieuse »; on estime que plus de 70 % des femmes infectées et 50 % des hommes infectés n'ont pas de symptômes et ignorent qu'ils sont atteints par la maladie
- Lorsqu'elle n'est pas traitée, la chlamydia peut entraîner des problèmes de santé et la stérilité
- Il est possible de dépister les chlamydioses génitales en analysant l'urine
- Il existe des antibiotiques efficaces pour traiter l'infection
- Le taux déclaré de chlamydia augmente de façon régulière au Canada depuis 1998

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le taux déclaré de nouvelles infections diagnostiquées par 100 000 habitants, pour chaque année civile.

Les laboratoires et les médecins doivent déclarer les infections causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis* aux autorités locales de santé publique, dans toutes les provinces et tous les territoires. On définit un cas selon une confirmation en laboratoire de l'infection – dépistage de la bactérie *Chlamydia trachomatis* par les techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons extragénitaux ou génito-urinaires.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

L'Agence de la santé publique du Canada publie des données provinciales et territoriales en fonction du sexe, ainsi que des données nationales en fonction de l'âge et du sexe (http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/index-fra.php).

Bien que l'Agence de la santé publique du Canada vérifie les données des maladies déclarées auprès des provinces et des territoires, il est possible que ceux-ci fassent des mises à jour après vérification des données, ce qui produit de petites différences entre les données nationales et celles des provinces et des territoires. Les provinces et les territoires auront toujours les données les plus récentes concernant leurs juridictions respectives.

L'utilisation, à compter de la fin des années 1990, de tests non effractifs (c.-à-d., les tests d'urine) pour la chlamydia pourrait avoir entraîné une hausse du nombre de tests de dépistage, ce qui pourrait avoir contribué en partie à l'augmentation des taux d'infection dans les juridictions. Il se peut que l'utilisation de tests plus sensibles (capables de dépister de façon plus précise l'infection chez les personnes atteintes) contribue également en partie à l'augmentation des taux, car on réussit à dépister plus de cas. Il convient de noter le calendrier de mise en place de ces types de tests d'une juridiction à l'autre au moment de comparer les taux déclarés.

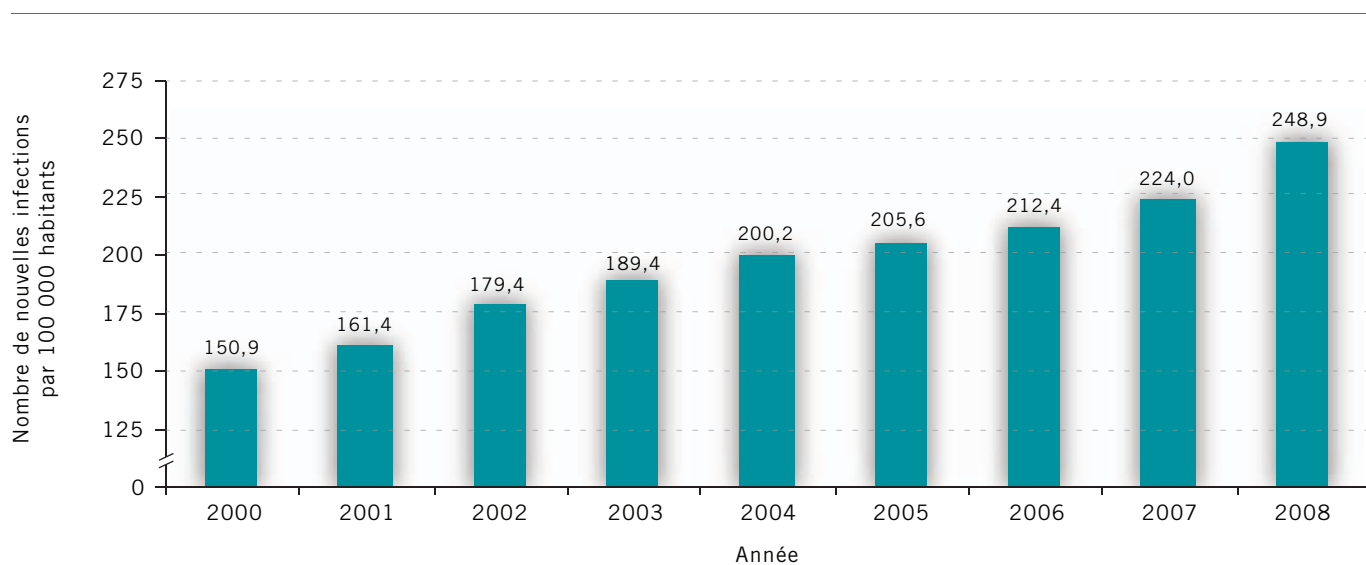
De légères variations dans les données pourraient apparaître lorsque celles-ci sont comparées avec d'autres publications fédérales, provinciales et territoriales à cause de délais de publication des données, de différentes dates limites, et de la date d'accès aux estimations démographiques de Statistique Canada.

Comme la majorité des personnes infectées ne présentent pas de symptômes et ne chercheront peut-être pas à subir de test, il est très probable que le nombre réel de personnes infectées dans la population canadienne dépasse le nombre de cas déclarés. Par ailleurs, il se peut que les personnes présentant des symptômes s'apparentant à ceux d'une chlamydie aient reçu un traitement sans passer de test analysé en laboratoire ou que des personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires chez qui l'on a dépisté une chlamydia grâce à des tests en laboratoire aient reçu un traitement sans avoir passé de test. Leur cas ne serait donc pas déclaré. Le système de surveillance n'enregistre que les cas diagnostiqués au moyen de tests en laboratoire et déclarés aux autorités de santé publique.

Le taux d'incidence de la chlamydia est en hausse

Le taux déclaré de chlamydie a augmenté et atteint 248,9 cas par 100 000 habitants en 2008, soit une hausse par rapport au taux de 150,9 cas par 100 000 habitants enregistré en 2000.

Figure 48 Taux d'incidence des infections par *Chlamydia trachomatis*
Canada, 2000-2008



Source : Agence de la santé publique du Canada. *Section de la surveillance et de l'épidémiologie de l'hépatite C et des ITS, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, 2009.*

Remarques : Bien que l'Agence de la santé publique du Canada vérifie les données des maladies déclarées avec les provinces et les territoires, des mises à jour peuvent être faites par ceux-ci après vérification des données, provoquant de légères divergences entre les valeurs nationales et provinciales/territoriales. Les provinces/territoires auront toujours les plus récentes données pour leurs juridictions respectives. On observe de légères variantes dans les données lorsqu'on les compare à celles d'autres publications fédérales, provinciales et territoriales, en raison des délais de production des rapports, des sources et de la date à laquelle on consulte les prévisions démographiques de Statistique Canada. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Bien que l'on dépiste le nombre le plus élevé de chlamydie chez les personnes de 15 à 24 ans^{200, 201}, les taux déclarés chez les adultes d'âge moyen (de 30 à 39 ans) ont plus que doublé depuis 2000²⁰². Un manque de sensibilisation aux risques chez ce dernier groupe pourrait contribuer à l'augmentation des taux, tout comme l'utilisation irrégulière des pratiques sexuelles sécuritaires, comme le port du condom^{200, 203, 204}. De plus, l'établissement de nouveaux partenariats sexuels à la suite d'un divorce constituent un autre facteur pouvant contribuer à la hausse du risque des adultes d'âge moyen de contracter une chlamydia et d'autres ITS²⁰⁵.

Les pratiques sexuelles qui exposent une personne au risque d'être infecté par une chlamydia l'exposent également à d'autres ITS, comme la gonorrhée et le VIH. Il est également possible d'être infecté par plus d'une ITS à la fois. De plus, une personne infectée par une ITS comme la chlamydia est plus vulnérable à la transmission et l'acquisition du VIH^{206, 207}.

Toute personne sexuellement active peut être infectée par la chlamydia, si elle y est exposée. Plus vous avez de partenaires, plus votre risque d'infection est élevé. Vous devez également vous rappeler qu'il est possible d'être infecté plus d'une fois par la chlamydia, puisque votre organisme ne produit pas de protection à long terme contre cette infection comme il le fait pour certaines autres maladies infectieuses. Étant donné que le taux déclaré de chlamydia a augmenté au cours de la dernière décennie et qu'une partie importante des personnes infectées ne présentent pas de symptômes et ignorent qu'elles sont atteintes de la maladie, si vous êtes à risque, vous devriez passer des tests.

Problèmes associés à la chlamydia non traitée

Comme il est indiqué précédemment, la majorité des personnes infectées ne présentent aucun symptôme de chlamydie et peuvent donc ne pas savoir qu'elles sont infectées à moins de subir un test. Si les symptômes se manifestent, ils apparaissent généralement de deux à trois semaines après l'infection, mais il se peut qu'ils apparaissent plus tard.

Symptômes d'infection :

Chez la femme :

- écoulement vaginal
- sensation de brûlure en urinant
- douleurs dans le bas de l'abdomen, s'accompagnant parfois de fièvre et de frissons
- douleurs lors des relations sexuelles
- saignements vaginaux entre les règles et/ou après les relations sexuelles

Chez l'homme :

- écoulement du pénis
- sensation de brûlure en urinant
- brûlure ou picotement à l'ouverture du pénis
- douleurs ou enflures aux testicules

Les symptômes d'une infection anale comprennent les douleurs rectales, les saignements et les écoulements. Les personnes infectées par des relations orales présentent habituellement peu de symptômes.

Un pourcentage pouvant s'élever à environ 40 % des femmes infectées par une chlamydia non-traitée peuvent développer une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP). Les effets d'une AIP comprennent des douleurs abdominales, de la fièvre, des abcès internes, des douleurs pelviennes persistantes et une cicatrisation des trompes de Fallope, ce qui peut causer l'infertilité et accroître le risque de grossesse ectopique (tubaire) pouvant mettre en danger la vie de la femme.

Les hommes atteints qui ne sont pas traités peuvent développer une cicatrisation dans la structure de leur système reproducteur, ce qui peut les rendre infertiles. Chez les deux sexes, il arrive, dans de rares cas, que les personnes développent un type d'arthrite, le syndrome oculo-uréthro-synovial – une inflammation et une enflure des articulations.

Si une femme enceinte est atteinte de chlamydie, son enfant risque de naître prématurément ou de développer une conjonctivite et/ou une pneumonie.

Même en l'absence de symptômes, l'infection peut être transmise et causer de graves problèmes de santé ainsi que la stérilité, particulièrement chez la femme. Par conséquent, toute personne à risque devrait subir un test.

Comportements à risque élevé associés à la chlamydia

- Avoir des relations sexuelles non protégées (vaginales, anales ou orales)
- Avoir des rapports sexuels avec une personne infectée par la chlamydia ou par une autre ITS
- Avoir des relations sexuelles avec un nouveau partenaire ou avec plus de deux partenaires au cours de la dernière année
- Avoir eu une série de relations monogames au cours de sa vie
- Ne pas utiliser de condom
- Avoir des partenaires sexuels

Toute personne sexuellement active peut être infectée par la chlamydia, si elle y est exposée. Le taux élevé d'infection chez les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans) signifie que ce groupe d'âge a un risque élevé d'être atteint de cette maladie s'ils sont sexuellement actifs. Comme la chlamydia peut être transmise par relations sexuelles orales ou anales, les personnes qui sont actives sexuellement risquent également d'être infectées.

Ce que vous pouvez faire pour prévenir ou traiter la chlamydia

- Utilisation régulière de pratiques sexuelles sécuritaires, notamment le port d'un condom en latex ou en polyuréthane lors de relations sexuelles vaginales, anales ou orales (même si aucune forme de protection n'est entièrement efficace, l'emploi adéquat d'un condom réduit considérablement le risque de contracter le VIH et d'autres ITS; l'utilisation d'un lubrifiant à base d'eau permet de réduire le risque de rupture du condom plutôt que de la Vaseline® ou des produits à base d'huile, car ceux-ci diminuent l'efficacité des condoms en latex)
- Si vous êtes enceinte ou souhaitez l'être, soumettez-vous à un test de dépistage de la chlamydia ou discutez avec un professionnel de la santé de la possibilité de subir un test
- Le seul moyen entièrement sûr d'être protégé contre la chlamydia est l'abstinence sexuelle, ou d'être dans une relation monogame depuis longtemps avec un partenaire qui a subi des tests et qui n'est pas infecté
- Si vous avez des comportements à risque élevé, soumettez-vous à un test pour protéger votre santé et éviter d'infecter vos partenaires
- Discutez avec un professionnel de la santé pour obtenir plus de renseignements sur la prévention de la chlamydia et d'autres ITS, ainsi que sur les tests de dépistage
- Si vous êtes infecté, tous les partenaires avec qui vous avez eu des rapports sexuels dans une période de 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement (si vous n'avez pas de symptômes) doivent être avisés et informés qu'ils doivent consulter un professionnel de la santé
- Si vous êtes infecté par la chlamydia, discutez avec votre médecin des options de traitement
- Si vous souhaitez obtenir d'autres renseignements sur la chlamydia, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/jyh-vsv/diseases-maladies/chlamyd-fra.php>)
- D'autres statistiques sur la chlamydia sont disponibles sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/nat_surv-fra.php)

39. TAUX DE PRÉVALENCE DU VIRUS D'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Messages clés

- Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) s'attaque au système immunitaire et entraîne une maladie chronique progressive qui rend les personnes touchées vulnérables aux infections et aux cancers
- L'ensemble des maladies touchant une personne infectée par le VIH s'appelle le syndrome d'immunodéficience acquise (sida)
- Il s'écoule en moyenne plus de dix ans avant qu'une infection par le VIH non traitée mène au sida
- Le nombre total de Canadiens et Canadiennes infectés par le VIH continue d'augmenter
- On estime à 33,4 millions le nombre de personnes porteuses du VIH en 2008 dans le monde. La même année, 2,7 millions de nouvelles personnes ont été infectées par le VIH et 2,0 millions sont décédées des suites du sida

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Canada au cours d'une année donnée, sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas.

Dans le cadre de son mandat visant à suivre les tendances concernant le VIH et le sida au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) effectue périodiquement des estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH. L'incidence, ou le nombre de nouvelles infections au cours d'une période d'un an, est calculé à l'aide de différentes sources de données, notamment les données de surveillance sur le nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic de VIH au Canada, les études transversales effectuées à des sites particuliers, et les techniques de modélisation statistique.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Les personnes infectées par le VIH ne connaissent pas toutes leur état. En fait, on estime que 26 % des personnes séropositives au Canada n'ont pas subi de tests et n'ont donc pas reçu de diagnostic de VIH. C'est pourquoi il est impossible de présenter des chiffres exacts et précis à propos du total des nouvelles infections.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet des données sur le VIH au Canada, consultez le rapport de surveillance (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/pdf/survrepdec08.pdf>) et le rapport sur les estimations (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php>) de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le nombre total de Canadiens et Canadiennes infectés par le VIH continue d'augmenter

Le VIH et le sida au Canada continuent d'être un sujet de préoccupation. Le nombre de personnes porteuses du VIH (y compris le sida) est encore en hausse, passant de 57 000 en 2005 à 65 000 en 2008 (une hausse de 14 %). La hausse du nombre de personnes atteintes du VIH est attribuable à deux facteurs : les traitements ont amélioré la survie des personnes atteintes et de nouvelles personnes continuent d'être infectées. En 2008, 3 300 (étendue : 2 300 à 4 300) nouvelles infections se sont produites au Canada.

Tableau 10 Infections par le VIH

Nombre estimatif de cas d'infection prévalente au VIH au Canada et intervalles d'incertitude correspondants à la fin de 2005 et de 2008, par catégorie d'exposition (les données sont arrondies)

Catégorie d'exposition	2005			2008		
	Estimations	Intervalles	Pourcentage	Estimations	Intervalles	Pourcentage
HRSH	27 700	22 400 – 33 000	48 %	31 330	25 400 – 37 200	48 %
HRSH-UDI	1 820	1 200 – 2 400	3 %	2 030	1 400 – 2 700	3 %
UDI	10 100	8 100 – 12 100	18 %	11 180	9 000 – 13 400	17 %
Hétérosexuels/ pays non endémique	9 050	7 000 – 11 100	16 %	10 710	8 300 – 13 100	17 %
Hétérosexuels/ pays endémique	7 860	5 800 – 9 900	14 %	9 250	6 800 – 11 700	14 %
Autres	470	280 – 660	1 %	500	300 – 700	1 %

Source : Agence de la santé publique du Canada. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2005 et 2008.*

Remarques : HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; UDI : utilisateurs de drogues par injection; Hétérosexuels/pays non endémique : les personnes ayant des contacts hétérosexuels avec une personne qui est infectée par le VIH ou à risque de le contracter, ou dont les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque connu; Hétérosexuels/pays endémique : les personnes issues d'un pays où le VIH est endémique; Autres : les receveurs de transfusions sanguines ou de facteurs de coagulation et les cas de transmission périnatale ou professionnelle. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Pour infecter une personne, le VIH doit entrer dans son système sanguin. Il commence alors à s'attaquer au système immunitaire et entraîne une maladie chronique progressive qui rend les personnes touchées vulnérables aux infections et aux cancers opportunistes. Une fois que ces infections sont répandues, il est possible de poser un diagnostic de sida pour une personne²⁰⁸.

Il s'écoule en moyenne plus de dix ans avant que l'infection initiale par le VIH, non-traitée, mène au sida. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le sida est une maladie mortelle qui a déjà tué plus de 25 millions de personnes dans le monde²⁰⁹. Il n'existe actuellement aucune cure contre le sida ni de vaccin pour prévenir l'infection par le VIH²⁰⁸. Le VIH et le sida peuvent toucher n'importe qui, peu importe son âge, son sexe, son orientation sexuelle ou son statut socio-économique. Toutefois, la stigmatisation, la discrimination et la violation de leurs droits rendent les groupes et les populations socialement et économiquement marginalisés encore plus vulnérables à l'infection.

Il semble que plusieurs options réussissent à prévenir l'infection, notamment l'amélioration des connaissances personnelles des adolescents ayant des relations sexuelles²¹⁰, la réduction ou l'élimination du partage de seringues ou des comportements sexuels à risque chez les utilisateurs de drogues injectables^{211, 212}, les hommes qui ont des relations homosexuelles²¹³, les femmes²¹⁴, les Autochtones²¹⁵, les détenus et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. De plus, il est essentiel que les personnes porteuses du VIH soient informées de leur état, car les comportements à risque élevé sont nettement moins nombreux chez les personnes séropositives qui sont au courant de leur état que chez celles qui ne le sont pas^{216, 217}.

Il n'existe actuellement aucune cure, ni vaccin contre l'infection par le VIH, mais plusieurs options de traitement peuvent considérablement améliorer les chances de survie des personnes atteintes et diminuer la probabilité d'être atteints par des infections^{218, 219}. Au cours des dernières années, on a toutefois observé une résistance à certains médicaments contre le VIH. Afin de contrer ce problème, il est recommandé de procéder à des tests afin de déterminer les médicaments particuliers auxquels l'organisme de la personne résiste²²⁰. Cette approche personnalisée concernant le traitement peut être bénéfique pour le patient, car il peut recevoir celui qui traitera les souches de VIH par lesquelles il est infecté.

Problèmes associés à une infection par le VIH non traitée

- Morbidité accrue
- Augmentation des incapacités et perte de fonction
- Problèmes psychosociaux comme la dépression et la stigmatisation
- Sida
- Décès

Comportements à risque associés à l'infection par le VIH

- Relations sexuelles non protégées (vaginales, anales ou orales)
- Partage de seringues ou de matériel servant à injecter des drogues
- Utilisation d'aiguilles non stérilisées pour le tatouage, le perçage ou l'acuponcture
- Grossesse, accouchement et allaitement naturel (c.-à-d., d'une mère séropositive à son enfant)
- Exposition professionnelle dans les milieux de soins

Personnes à risque d'être infectées par le VIH

- Hommes ayant des relations homosexuelles
- Utilisateurs de drogues injectables
- Autochtones
- Détenus
- Jeunes à risque
- Femmes à risque
- Personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Ce que vous pouvez faire pour prévenir ou traiter une infection par le VIH

- Ayez des relations sexuelles protégées
- Utilisez un condom en latex ou en polyuréthane lors de relations sexuelles vaginales, anales ou orales (même si aucune forme de protection n'est entièrement efficace, l'emploi adéquat d'un condom réduit considérablement le risque de contracter le VIH et d'autres ITS; l'utilisation d'un lubrifiant à base d'eau permet de réduire le risque de rupture du condom plutôt que de la Vaseline® ou des produits à base d'huile, car ceux-ci diminuent l'efficacité des condoms en latex)
- Ne partagez jamais de seringues ou d'autre matériel servant à consommer des drogues
- Avant de vous faire faire un tatouage, un perçage ou de l'acupuncture, assurez-vous que l'équipement est stérile (la manière la plus sûre de se faire tatouer ou percer est de faire appel à un professionnel)
- Si vous travaillez dans un environnement où vous pourriez entrer en contact avec le sang de quelqu'un ou des seringues (p. ex., dans un établissement de soins de santé), prenez toujours des précautions pour éviter de vous exposer au VIH. Portez des gants de protection et manipulez les seringues souillées avec soin
- Assurez-vous de ne pas avoir contracté d'autres infections transmissibles sexuellement qui pourraient vous rendre plus vulnérable au VIH (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/std-mts/index-fra.php>)
- Si vous êtes enceinte et craignez d'être séropositive, consultez votre médecin au sujet d'un test de dépistage. Un traitement préventif à l'aide de médicaments peut empêcher la transmission mère-enfant du VIH avant la naissance. Le counselling avant et après le test est aussi important
- La seule manière de se prémunir entièrement contre l'infection par le VIH est de ne pas avoir d'activités sexuelles ou autres où des liquides organiques (sang, sperme ou sécrétions vaginales) sont échangés. Si vous avez un comportement à risque, songez à passer un test de dépistage pour préserver votre santé et ne pas infecter vos partenaires
- Discutez avec un professionnel de la santé pour obtenir des renseignements sur le VIH et le sida et sur les tests de dépistage (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/info/4-fra.php>)
- Si vous êtes infecté par le VIH, discutez avec votre médecin des options de traitement
- Si vous souhaitez obtenir d'autres renseignements sur le VIH et le sida, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/index-fra.php>)

40. TAUX D'INCIDENCE DE LA VÉROTOXINE E. COLI

Messages clés

- La vérotoxine E. coli, ou une infection à l'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine (ECPV), est une maladie infectieuse qui touche le système digestif, normalement provoquée par le E. coli O157
- Les infections à l'ECPV provoquent souvent des éclosions sporadiques ou épidémiques associées à la maladie chez les humains
- L'incidence nationale d'infections à l'ECPV est demeurée relativement constante depuis 2001, année qui suit une importante éclosion d'origine hydrique en 2000

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le nombre de nouveaux cas d'infections à l'ECPV diagnostiqués au Canada, au cours d'une année donnée, par 100 000 habitants.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Les données de surveillance utilisées pour calculer cet indicateur proviennent de diverses bases de données provinciales et nationales. Chaque système comporte des limites inhérentes; par conséquent, il faut faire preuve de prudence au moment d'interpréter les données (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s3/appendix_a-annexe_a-fra.php).

Qu'est-ce qu'une maladie d'origine alimentaire ?

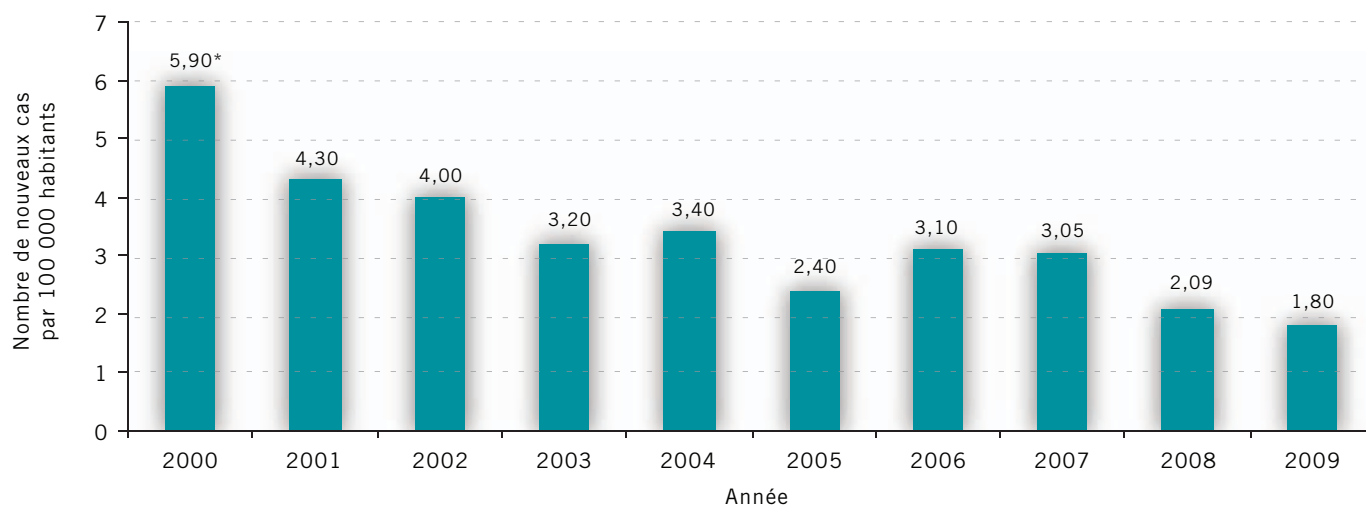
Les aliments contaminés par des bactéries (comme le E. coli), des virus et des parasites peuvent vous rendre malade. Plusieurs personnes ont déjà souffert d'une intoxication alimentaire sans même le savoir, qu'on appelle souvent « empoisonnement alimentaire ». Les symptômes peuvent apparaître peu de temps après la consommation des aliments contaminés, mais peuvent aussi apparaître au cours du mois suivant et même plus tard. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les maladies d'origine alimentaires, comme l'infection au E. coli, consultez le site Web de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (<http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/causef.shtml>).

Le nombre de cas d'infection à l'E. coli déclarés demeure stable depuis 2001

Après 2000, le nombre de cas de vérotoxine E. coli déclarés a diminué. Un très grand nombre de cas avaient été déclarés en 2000 en raison de l'écllosion de E. coli d'origine hydrique à Walkerton, en Ontario; en ce moment, la province avait déclaré les cas confirmés en laboratoire ainsi que les cas liés épidémiologiquement.

Figure 49 Taux d'incidence de cas déclarés d'E. coli producteur de vérotoxine

Par 100 000 habitants, Canada, 2000-2009



Source : Agence de la santé publique du Canada. *Programme national de surveillance des maladies entériques*. Sous presse.

Remarques : Les provinces et territoires mettent fréquemment à jour leurs données sur les maladies déclarées, même après que l'Agence de la santé publique du Canada ait finalisé les données pour une période donnée. Par conséquent, les provinces et territoires auront toujours les plus récentes données pour leurs juridictions respectives.

De légères variations dans les données peuvent apparaître lorsque celles-ci sont comparées avec d'autres publications fédérales et provinciales/territoriales à cause de délais de publication des données, de différentes dates limites, et de la date d'accès aux estimations démographiques de Statistique Canada.

Les valeurs représentent les identifications en laboratoire et ne doivent pas être confondues avec les taux d'incidence de la maladie.

*Les valeurs pour 2000 sont sensiblement supérieures à cause du nombre élevé de cas liés à la poussée d'origine hydrique à Walkerton en Ontario. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

La bactérie E. coli se trouve à l'état naturel dans les intestins du bétail, de la volaille et d'autres animaux. Malgré toutes les précautions, il arrive que la bactérie E. coli contamine la surface de la viande au moment de l'abattage. Lorsque la viande est transformée ou hachée, le processus mécanique peut répandre la bactérie dans toute la viande. Les fruits et les légumes crus peuvent également être contaminés par des agents pathogènes dans le champ par un fumier mal composté, de l'eau contaminée, d'animaux sauvages et de mauvaises pratiques d'hygiène des travailleurs agricoles.

L'infection se contracte normalement par l'ingestion de viande de bœuf hachée contaminée et pas assez cuite. Les personnes infectées par cette bactérie peuvent être gravement malades. Certains des symptômes, comme de fortes crampes abdominales et une diarrhée pouvant contenir du sang, peuvent se manifester de quelques heures, jusqu'à dix jours après l'ingestion de la bactérie. D'autres personnes infectées pourraient ne pas avoir de symptômes ni tomber malades, mais être porteuses de la bactérie et propager l'infection à d'autres²²¹. Les autres complications d'une infection au E. coli incluent un risque accru d'hypertension artérielle²²² et de dommages aux reins^{222, 223, 224}.

La meilleure façon d'éviter les maladies d'origine alimentaires est d'adopter une hygiène appropriée, comme se laver les mains²²⁵, et des pratiques de manipulation et de préparation sécuritaires des aliments²²⁶. Si vous croyez être infecté par la bactérie E. coli ou souffrir de toute autre maladie gastro-intestinale, ne préparez pas d'aliments pour d'autres personnes. Il est également recommandé de tenir les animaux loin des garde-manger et des zones de préparation des repas.

Avantages d'adopter de bonnes pratiques sanitaires

- Moins de risques d'infection
- Moins de risques de propager des agents pathogènes aux autres
- Risque réduit de morbidité associée à la bactérie E. coli
- Risque réduit de décès associé à la bactérie E. coli

Risques pour la santé associés à l'infection à l'ECPV

- Crampes abdominales
- Diarrhée, y compris la diarrhée sanglante
- Risque accru d'hypertension
- Risque accru de dommages aux reins
- Décès

Ce que vous pouvez faire pour prévenir ou contenir une infection à l'ECPV

- Adoptez des pratiques adéquates d'hygiène personnelle : se laver fréquemment les mains avec de l'eau et du savon; éliminer correctement les couches souillées et les déchets humains; et prévenir la contamination des aliments et des boissons
- Lavez les comptoirs et les ustensiles qui ont été en contact avec de la viande crue à l'eau chaude savonneuse
- Réfrigérez les aliments à 4°C ou moins pour réduire la croissance bactérienne. La congélation à -18°C ou moins arrête complètement la croissance bactérienne
- Gardez les aliments crus éloignés des aliments prêts à consommer quand vous faites l'épicerie ou que vous préparez ou entreposez des aliments
- Quand vous faites cuire de la viande, assurez-vous que la température interne de la viande atteint au moins 60°C pour détruire les bactéries E. coli
- Consultez le site Web de l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour connaître les températures internes sécuritaires de cuisson des viandes (<http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/ecolif.shtml>)
- Si vous ne vous sentez pas bien et croyez souffrir d'une maladie d'origine alimentaire, consultez votre médecin

41. INCIDENCE DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Messages clés

- La résistance à un antimicrobien se produit lorsqu'une substance ou un agent antimicrobien n'est plus efficace pour tuer un microorganisme ou pour inhiber sa croissance
- Les microorganismes, comme les bactéries, les virus, les champignons et les parasites, deviennent résistants aux médicaments conçus pour les combattre
- La résistance accrue aux antibiotiques rend le traitement des infections bactériennes plus difficile, et réduit le nombre d'antibiotiques efficaces pour prévenir et traiter les maladies infectieuses
- La résistance aux antimicrobiens entraîne une augmentation des coûts des soins médicaux, de plus longs séjours dans les hôpitaux et des taux de morbidité et de mortalité plus élevés
- La population canadienne peut aider à prévenir la résistance aux antimicrobiens en adoptant simplement de bonnes pratiques d'hygiène, comme se laver les mains
- Les taux de l'incidence du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), utilisé dans ce rapport comme indicateur de la résistance aux antimicrobiens, augmentent sans cesse depuis 2000

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure les taux d'incidence d'infection et de colonisation du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) par 100 000 patients hospitalisés.

Il mesure le nombre de personnes, par 100 000 patients hospitalisés pendant la période de surveillance, chez qui on a diagnostiqué la présence du *Staphylococcus aureus* résistant au traitement à la méthicilline (un antibiotique).

Cet indicateur peut aussi être exprimé en nombre de patients chez qui on a diagnostiqué la présence du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline sur le nombre total de jours d'hospitalisation de tous les patients pendant la période de surveillance.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

La résistance aux antimicrobiens ne se limite pas au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline. On a observé d'autres souches bactériennes résistantes aux antimicrobiens pour la plupart des maladies infectieuses, comme la malaria, la tuberculose, la pneumonie et la dysenterie.

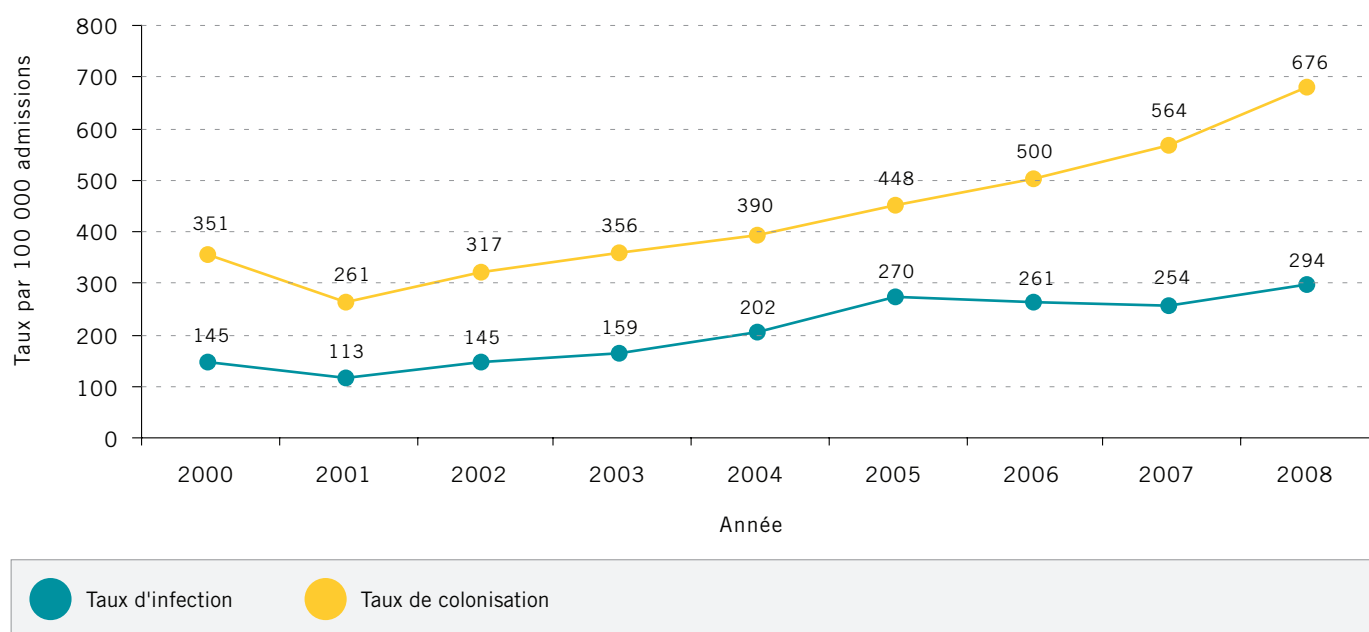
Toutefois, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (source de ces données) surveille d'autres microorganismes résistants comme le *E. coli* résistant à la vancomicine, le *Clostridium difficile* et les bactéries Gram négatif qui produisent de la *NDM-1* (depuis 2009).

La résistance aux antimicrobiens survient lorsque les microorganismes deviennent résistants aux antimicrobiens, comme les antibiotiques et les désinfectants. Au lieu d'être détruits, les microorganismes survivent et continuent de se propager.

Les taux d'infection et de colonisation augmentent depuis 2000

Le taux d'infection du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) a atteint 294 personnes par 100 000 patients hospitalisés en 2008, ce qui représente une augmentation comparativement aux taux de 2000 (145 personnes par 100 000 patients hospitalisés) et de 2007 (254 personnes par 100 000 patients hospitalisés). Par ailleurs, en 2008, le taux de colonisation du SARM était de 676 personnes par 100 000 patients hospitalisés, un taux plus élevé que celui de 2000 (351 personnes par 100 000 patients hospitalisés) et de 2007 (564 personnes par 100 000 patients hospitalisés).

Figure 50 Incidence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
Canada, 2000-2008



Source : Agence de la santé publique du Canada. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN).

Remarques : Les provinces et territoires mettent fréquemment à jour leurs données sur les maladies déclarées, même après que l'Agence de la santé publique du Canada ait finalisé les données pour une période donnée. Par conséquent, les provinces et territoires auront toujours les plus récentes données pour leurs juridictions respectives. Ces données comprennent des variations importantes. Pour plus de détails, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

La résistance aux antimicrobiens menace notre capacité à combattre les infections bactériennes qui touchent les humains et les animaux, et pose un risque économique et de santé publique. Les infections résistantes aux antibiotiques sont associées à de plus longs séjours à l'hôpital, à des taux plus élevés de maladie et de décès et à des coûts médicaux plus élevés^{227, 228}.

Causes de la résistance antimicrobienne

On croit que l'une des principales causes de la résistance antimicrobienne est la surutilisation ou la mauvaise utilisation de médicaments, comme les antibiotiques pour prévenir ou traiter les infections chez les humains, les animaux et les plantes²²⁹.

Les problèmes surviennent lorsque les antimicrobiens ou le système immunitaire ne parvient pas à tuer tous les microbes qui causent l'infection; ainsi, quelques mutants plus forts et plus résistants restent dans la population si le traitement est insuffisant ou si le système immunitaire du patient est compromis.

La résistance aux antimicrobiens est aussi associée au traitement médicamenteux chez les animaux, suivi du développement de la résistance chez l'humain. La résistance aux antimicrobiens peut aussi se produire lorsqu'une personne cesse ses médicaments avant la fin d'un traitement prescrit. La rapidité des déplacements de la population à l'échelle internationale rend la résistance aux antimicrobiens encore plus complexe.

Une autre importante source de transmission des organismes résistants de personne à personne vient des professionnels de la santé. On estime que de 30 à 40 % des cas de transmission endémique d'organismes résistants aux antibiotiques dans les établissements de santé résultent d'un manquement au lavage des mains de la part du personnel²³⁰. Des études ont montré que les professionnels de la santé et autres fournisseurs de soins ne se lavent pas les mains avant et après le contact avec les patients, et que les médecins sont ceux qui se soumettent le moins à cette mesure d'hygiène²³¹. Par exemple, une étude menée au Brésil en 2007 indique que seulement 2,9 % des médecins reconnaissent que les mesures d'hygiène (comme le lavage des mains, le nettoyage des instruments, etc.) sont des stratégies essentielles de prévention de la résistance antimicrobienne²³².

Avantages de bonnes pratiques de prescription par les professionnels de la santé

- Les professionnels de la santé devraient identifier clairement le type d'agent pathogène en cause avant de prescrire un antibiotique
- Le bon choix d'antimicrobien, ainsi que de la dose et de la durée du traitement, contribuent à diminuer les effets secondaires pour le patient
- La relation avec le patient est plus positive
- Soins de meilleure qualité
- Le bon choix de médicament accroît les chances de guérison du patient

Raisons et/ou problèmes associés à de mauvaises pratiques de prescription de la part des professionnels de la santé

- Les médecins ne devraient pas prescrire des antibiotiques pour traiter un rhume, une grippe ou toute autre infection virale, car les antibiotiques n'ont aucun effet sur les virus
- La surutilisation et/ou la surprescription d'antibiotiques est la principale cause d'émergence et de propagation de la résistance aux antimicrobiens
- Les médecins qui prescrivent des médicaments antimicrobiens aux patients qui en demandent
- Le souhait des médecins d'offrir le meilleur traitement possible sans égard pour les coûts et les effets ultérieurs
- Omettre de considérer d'autres possibilités de traitement
- Utilisation inadéquate des tests diagnostiques en laboratoire
- Manque de connaissances des médecins en matière de prise en charge des patients qui ont une maladie infectieuse

Problèmes associés au non respect de la prescription

- Si le patient ne prend pas la prescription jusqu'à la fin du traitement, les germes les plus forts pourraient survivre au traitement
- Le patient peut devenir encore plus malade si les germes deviennent résistants aux médicaments antimicrobiens

Ce que vous pouvez faire pour prévenir la résistance aux antimicrobiens

- Utilisez les antimicrobiens et les antiviraux, pour les humains ou les animaux, seulement lorsque cela est nécessaire
- Ne prenez jamais des antibiotiques pour traiter un rhume, une grippe ou une infection virale
- Prenez toujours le médicament tel que vous l'a expliqué le médecin ou le pharmacien. Ne cessez jamais de prendre le médicament en milieu de traitement, même si les symptômes ont disparus, car il se peut que les bactéries ne soient pas toutes mortes, et les bactéries survivantes se reproduiront et deviendront plus fortes et plus résistantes à l'antibiotique
- Ne partagez pas votre médicament avec un tiers
- Ne jetez jamais de médicaments périmés ou inutilisés dans les toilettes, dans l'évier ou les poubelles
- Évitez les savons et les produits de nettoyage antibactériens à la maison. Ces produits ne sont pas plus efficaces que les savons ordinaires, et peuvent tuer les bonnes bactéries. Le nettoyage au savon et à l'eau et la désinfection à l'eau et au vinaigre suffisent amplement
- Lavez-vous les mains régulièrement à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes
- Assurez-vous que vos vaccins soient à jour
- Adoptez des pratiques d'entreposage, de manipulation et de préparation sécuritaires des aliments
- Abordez la résistance aux antimicrobiens avec votre fournisseur de soins de santé
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur la résistance aux antimicrobiens, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cipars-picra/faq-fra.php>)

42. NIVEAUX DE CHOLESTÉROL SANGUIN

Messages clés

- Le cholestérol joue un rôle important dans l'organisme humain
- Le cholestérol se divise en deux catégories : le « bon » cholestérol (cholestérol HDL) et le « mauvais » cholestérol (cholestérol LDL)
- Pour être dans un état de santé optimal, le taux de cholestérol HDL doit être supérieur à 1,0 mmol/L chez les hommes et à 1,3 mmol/L chez les femmes, et le taux de cholestérol LDL doit être inférieur à 3,4 mmol/L
- En 2009, 70 % des Canadiens et Canadiennes présentaient un taux de cholestérol HDL dans l'intervalle santé, et 64 % présentaient un taux de cholestérol LDL dans l'intervalle santé

La mmol . . .
 . . . est une unité utilisée pour mesurer la concentration d'une substance dans le sang.

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes adultes âgés entre 20 et 79 ans qui présentent des taux de cholestérol HDL et de cholestérol LDL dans l'intervalle santé.

Le cholestérol HDL est considéré comme étant un « bon » cholestérol parce qu'il est transporté des artères vers le foie où il est transformé en bile. Un taux de cholestérol HDL supérieur à 1,0 mmol/L chez les hommes et à 1,3 mmol/L chez les femmes prévient les maladies coronariennes.

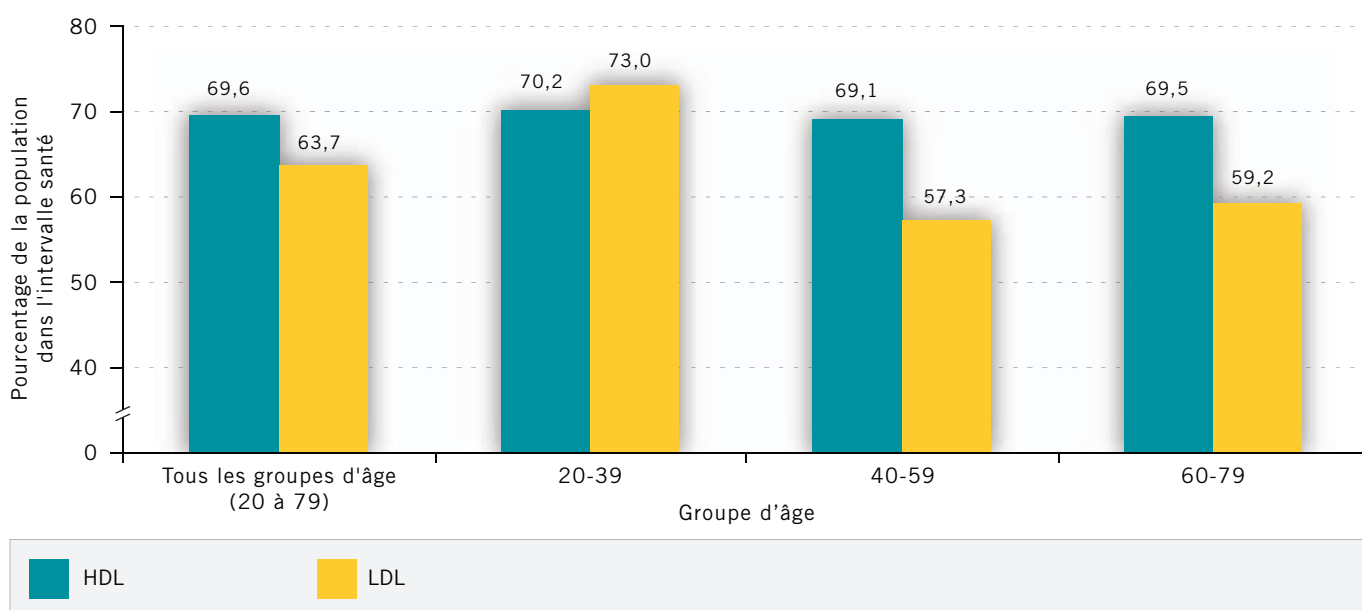
Le cholestérol LDL est considéré comme étant un « mauvais » cholestérol parce qu'il est transporté dans les artères où il peut se déposer et créer de la plaque, ce qui peut provoquer une diminution du flux sanguin et de l'apport en oxygène. Les artères ainsi bloquées peuvent causer une angine, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. Il est préférable de maintenir un faible taux de cholestérol LDL.

La plupart des Canadiens et Canadiennes présentent des taux de cholestérol HDL et de cholestérol LDL dans l'intervalle santé

Les taux de cholestérol HDL et de cholestérol LDL, respectivement, se situaient dans l'intervalle santé pour environ 70 % et 64 % des Canadiens et Canadiennes âgés entre 20 et 79 ans. Un plus grand pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 20 à 39 ans ont un taux de cholestérol LDL dans l'intervalle santé que ceux des autres groupes d'âge (40 à 59 ans et 60 à 79 ans).

Figure 51 Niveaux de cholestérol sanguin

Pourcentage de la population qui fait partie de l'intervalle santé pour le cholestérol HDL et le cholestérol LDL, selon les groupes d'âge, Canada, 2007-2009



Source : Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres sont âgés entre 20 et 79 ans.
 Les niveaux de HDL doivent être supérieurs à 1,0 mmol/L pour les hommes, et supérieurs à 1,3 mmol/L pour les femmes pour faire partie de la catégorie en santé.
 Les niveaux de LDL doivent être sous 3,4 mmol/L pour faire partie de la catégorie en santé.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Le cholestérol sanguin est un lipide qui se trouve à l'état naturel dans votre organisme et qui joue un rôle essentiel dans le bon fonctionnement de celui-ci. C'est un élément essentiel de la membrane cellulaire de toutes vos cellules, et il est utilisé pour synthétiser des hormones stéroïdiennes, comme l'œstrogène et la testostérone, ainsi que des sels biliaires qui aident à digérer les aliments que vous consommez.

Le cholestérol de votre organisme provient de deux sources : environ 15-20 % provient de sources alimentaires (comme la viande, le poisson, les jaunes d'œufs et les produits laitiers), et 80-85 % est synthétisé par le foie. La consommation d'aliments riches en cholestérol peut avoir une incidence sur votre cholestérol sanguin, mais c'est la consommation d'aliments riches en gras trans et saturés qui a le plus d'impact sur vos niveaux de cholestérol.

De plus, on sait très bien que des taux de cholestérol qui ne sont pas dans l'intervalle santé sont dommageables pour la santé. Par exemple, un faible taux de cholestérol HDL est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires^{152, 233}, tandis qu'un taux élevé de cholestérol LDL est un facteur de risque très important pour les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaire cérébraux^{234, 235}.

Il existe plusieurs stratégies permettant d'améliorer vos taux de cholestérol. Il est prouvé qu'une alimentation faible en cholestérol, en gras saturés et en gras trans permet de réduire le taux de cholestérol LDL sanguin²³⁶. De plus, les études montrent qu'une alimentation riche en gras monoinsaturés et polyinsaturés, la consommation d'un grand nombre de légumes et de fruits et une faible consommation de viandes peut réduire le taux de cholestérol LDL, et pourrait réduire les taux de mortalité associés aux maladies cardiaques^{237, 238}. Une alimentation riche en fibres solubles ou insolubles est aussi associée à un faible taux de cholestérol^{239, 240}. Sans oublier que l'activité physique contribue énormément à améliorer les taux de cholestérol, car elle augmente le taux de cholestérol HDL et diminue le taux de cholestérol LDL^{241, 242, 243}. Finalement, il existe des traitements médicamenteux sur ordonnance pour réduire le taux de cholestérol LDL²⁴⁴.

Avantages associés à des taux de cholestérol dans l'intervalle santé

- Meilleure santé
- Prévention de maladies, y compris les maladies cardiovasculaires
- Meilleur contrôle de la tension artérielle

Problèmes de santé associés à des taux de cholestérol qui ne sont pas dans l'intervalle santé

- Maladie coronarienne
- Accident vasculaire cérébral
- Hypertension
- Diabète
- Obésité

Ce que vous pouvez faire pour maintenir vos taux de cholestérol dans l'intervalle santé

- Choisissez des huiles alimentaires qui contiennent des gras monoinsaturés et polyinsaturés, comme l'huile de canola, d'olive ou de soya
- Choisissez des aliments faibles en gras trans et saturés
- Mangez des aliments naturellement riches en fibres
- Consommez deux portions de poisson chaque semaine, comme de l'omble, du hareng, du maquereau, du saumon, des sardines ou de la truite
- Consommez de l'alcool avec modération
- Pratiquez une activité physique tous les jours
- Ne fumez pas
- Maintenez un poids santé
- Consultez votre fournisseur de soins de santé pour en apprendre davantage sur la façon dont vous pouvez maintenir ou atteindre des taux de cholestérol dans l'intervalle santé
- Consultez le *Guide alimentaire canadien* (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf)
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur le cholestérol et ses effets sur la santé, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/cholesterol_gras-cholesterol_fat-fra.php)

43. HYPERTENSION DÉCLARÉE

Messages clés

- L'hypertension artérielle est un important facteur de risque de maladies cardiovasculaires
- L'hypertension artérielle peut être contrôlée par la prise de médicaments et/ou par un changement de mode de vie, selon les recommandations du médecin
- Environ 17 % des Canadiens et Canadiennes qui souffrent d'hypertension artérielle ne le savent pas
- Le pourcentage de Canadiens et Canadiennes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle est passé de 13,0 % en 2003 à 14,2 % en 2009

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle par un professionnel de la santé.

Pression artérielle		
	Pression systolique	Pression diastolique
Pression artérielle normale	< 120 mm Hg	< 80 mm Hg
Pré-hypertension	120-139 mm Hg	80-89 mm Hg
Pression artérielle élevée (hypertension)	≥ 140 mm Hg	≥ 90 mm Hg
Pression artérielle élevée chez les personnes souffrant de diabète ou d'une affection rénale	≥ 130 mm Hg	≥ 80 mm Hg

La pression artérielle systolique (le chiffre du haut ou chiffre le plus élevé) est la valeur de la pression dans l'artère au moment où le cœur se contracte.

La pression artérielle diastolique (le chiffre du bas ou le chiffre le plus faible) est la valeur de la pression dans l'artère lorsque le cœur est au repos entre les contractions.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

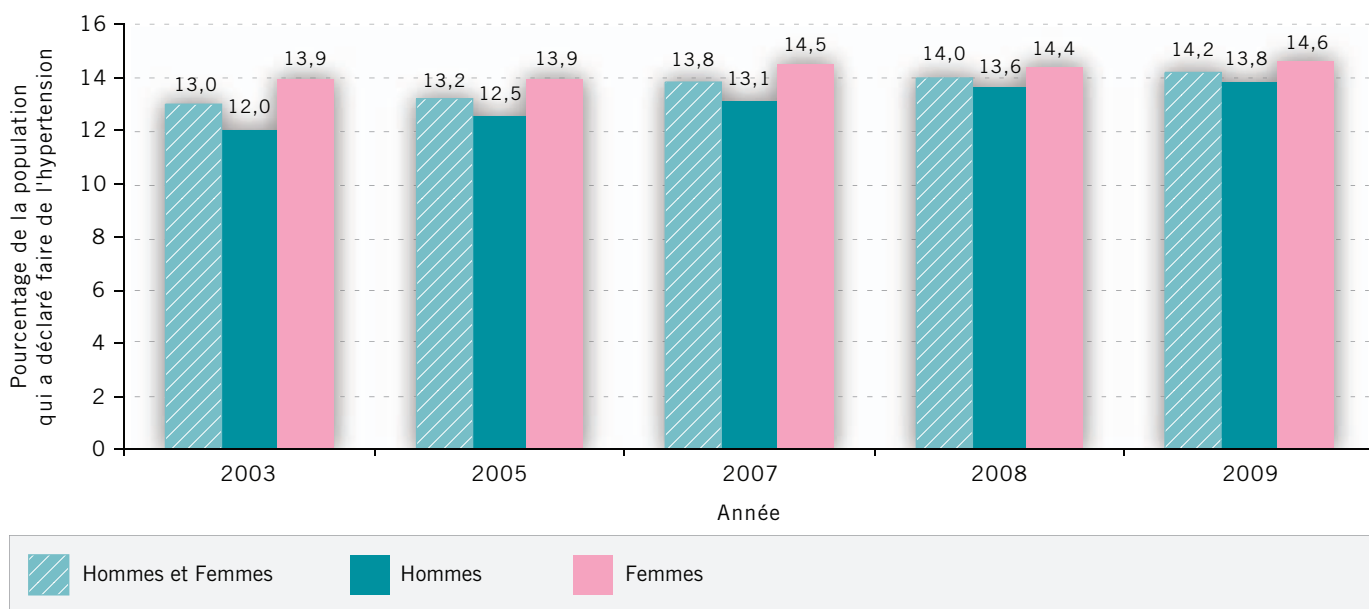
Bien que cet indicateur semble s'appuyer sur le diagnostic posé par un professionnel de la santé, il se fonde en réalité sur la déclaration des répondants et sur leur capacité à se rappeler ou à comprendre le diagnostic établi par leur professionnel de la santé. De plus, il est possible qu'ils aient pu mal interpréter la question. Par exemple, un répondant aurait pu déclarer ne pas souffrir d'hypertension, sans mentionner que c'est parce qu'il prend des médicaments qui abaissent sa tension artérielle. Dans ce cas, les données déclarées par ces personnes ne sont jamais aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³². De plus, environ 17 % des adultes ont une tension artérielle élevée sans le savoir, car la plupart des personnes atteintes d'hypertension ne montrent aucun signe ni symptôme jusqu'au jour où un grave problème survient²⁴⁵. Par conséquent, le nombre de Canadiens et Canadiennes atteints d'hypertension artérielle est probablement sous-estimé.

L'hypertension est à la hausse au Canada

En 2009, 14,2 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension par un professionnel de la santé, une augmentation comparativement à 13,0 % en 2003. De 2003 à 2009, on a observé une augmentation constante chez les hommes (de 12,0 % à 13,8 %).

Figure 52 Hypertension déclarée

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré faire de l'hypertension, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres ayant 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

La pression (ou tension) artérielle est la pression exercée par le sang contre les parois des vaisseaux sanguins où il circule. La pression artérielle systolique est la pression exercée sur les artères par le sang lorsque le cœur se contracte; la pression artérielle diastolique est la pression exercée sur les artères par le sang lorsque le cœur se relâche entre les contractions. Les pressions maximale (systolique) et minimale (diastolique) changent à chaque contraction du cœur, et la tension artérielle varie également durant la journée. Toutefois, lorsque la pression systolique ou la pression diastolique demeure élevée en permanence, on estime que la personne souffre de pression artérielle élevée, aussi appelée hypertension. Une hypertension artérielle prolongée accroît le risque de dommages aux vaisseaux sanguins et au cœur.

Bien que la plupart des personnes qui souffrent d'hypertension n'aient aucun symptôme, l'hypertension peut parfois causer des maux de tête, des étourdissements, des troubles de la vision et un essoufflement chez certaines personnes. C'est pourquoi l'hypertension est considérée comme étant un « tueur silencieux ».

L'hypertension est un important facteur de risque pour plusieurs maladies. Des études ont montré que chaque hausse de 20 mm Hg de la pression artérielle systolique et/ou chaque hausse de 10 mm Hg de la pression artérielle diastolique est associée à des taux deux fois plus élevés de décès liés aux maladies cardiovasculaires et aux accidents cérébrovasculaires¹⁵⁰. De plus, comparativement à la tension artérielle optimale (120/80 mm Hg), une tension de 130-139/80-89 mm Hg est associée à deux fois plus de risque de maladies cardiovasculaires¹⁵¹.

En général, la tension artérielle augmente avec l'âge, et la présence d'antécédents familiaux d'hypertension peut accroître vos risques de faire de l'hypertension plus tard dans votre vie²⁴⁶. Toutefois, il est possible de réduire ce risque en prenant des médicaments et/ou en modifiant votre mode de vie. Il existe plusieurs médicaments qui peuvent aider à réduire la tension artérielle, mais les études montrent que l'utilisation d'un seul médicament ne suffit pas à réduire l'hypertension artérielle chez les deux tiers des personnes qui en souffrent et que ces personnes doivent prendre au moins deux médicaments antihypertenseurs²⁴⁷. Il est également prouvé que l'efficacité des médicaments antihypertenseurs est améliorée lorsque la personne change aussi son mode de vie²⁴⁷. Par exemple, il est reconnu qu'une alimentation saine, un niveau d'activité physique adéquat, la perte de l'excès de poids, une consommation restreinte d'alcool et de sodium, la détente et la présence d'un animal de compagnie ont des effets positifs sur la tension artérielle et la santé^{248, 249, 250, 251}. De fait, même une diminution de la tension artérielle systolique de seulement 5 mm Hg entraîne une diminution de la mortalité liée aux accidents cérébrovasculaires de 14 %, une diminution de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires de 9 %, et une diminution de toutes les causes de mortalité de 7 %²⁵². Deux méta-analyses récentes ont également montré qu'une diminution de la tension artérielle systolique de 10 mm Hg et/ou de la tension artérielle diastolique de 5 mm Hg pouvait entraîner une réduction du risque d'accident vasculaire cérébral de 30 à 41 %^{38, 253}, et une réduction du risque d'événements dus à une maladie cardiovasculaire de 22 à 25 %³⁸.

Avantages associés à une tension artérielle normale

- Bonne santé
- Prévention de maladies, y compris les maladies cardiovasculaires
- Moins de stress sur le cœur et les vaisseaux sanguins au repos et pendant l'activité physique
- Prévention des affections rénales

Problèmes de santé associés à l'hypertension artérielle

- Dommages aux parois des artères, causant des déchirements ou des renflements (anévrismes) des artères dans le cerveau, le cœur et autres organes et tissus
- Athérosclérose ou durcissement des artères
- Maladie coronarienne
- Accident vasculaire cérébral
- Hypertrophie du cœur et finalement une défaillance cardiaque
- Affections rénales
- Décès prématuré

Ce que vous pouvez faire pour maintenir une tension artérielle normale

- Faites vérifier votre tension artérielle régulièrement (au moins une fois tous les deux ans), car l'hypertension ne présente pas toujours de symptômes; un diagnostic d'hypertension ne peut être posé que si la tension artérielle est prise à plusieurs occasions par un professionnel de la santé et élevée de façon constante
- Adoptez une alimentation riche en fibres
- Mangez des aliments faibles en gras trans et en gras saturés
- Mangez plus de fruits et légumes
- Consommez moins de sel, en vous rappelant que la plus importante source du sel que les gens consomment provient des aliments transformés, et non du sel ajouté à la table ou dans la cuisson
- Si vous buvez, faites-le avec modération
- Faites de l'activité physique de 30 à 60 minutes presque tous les jours de la semaine
- Maintenez un poids santé
- Ne fumez pas
- Gérez le stress en pratiquant des techniques de relaxation et évitez les générateurs de stress
- Consultez votre fournisseur de soins de santé pour en apprendre davantage sur la façon dont vous pouvez maintenir ou atteindre une tension artérielle normale
- Consultez le *Guide alimentaire canadien* (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf)
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur la tension artérielle et ses effets sur la santé, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/hypertension-fra.php>)

44. STRESS DÉCLARÉ

Messages clés

- Certaines personnes sont plus touchées par le stress que d'autres
- Le stress peut avoir un effet positif ou néfaste
- Un stress prolongé peut avoir de graves conséquences sur votre santé
- La plupart des Canadiens et Canadiennes ont déclaré ne pas vivre un niveau de stress « assez intense »
- En 2009, les femmes étaient plus stressées que les hommes

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus qui ont déclaré vivre un niveau de stress quotidien « assez intense ».

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Le stress déclaré dépend de la perception qu'ont les personnes des stressés. Bien que des stressés, comme le décès et la maladie, puissent augmenter le niveau de stress perçu pour tous, on a observé qu'un grand nombre de stressés, comme les hauts et les bas de la vie quotidienne, sont aussi de forts prédictors de symptômes psychologiques. Des études sur le stress montrent qu'un stressé relativement minime, mais vécu au quotidien, peut avoir une réelle incidence sur la santé mentale^{254, 255}. Par conséquent, les données sur cet indicateur peuvent varier dans la population selon les habiletés d'adaptation, la position sociale et la situation socio-économique.

Il existe deux principaux types de stress :

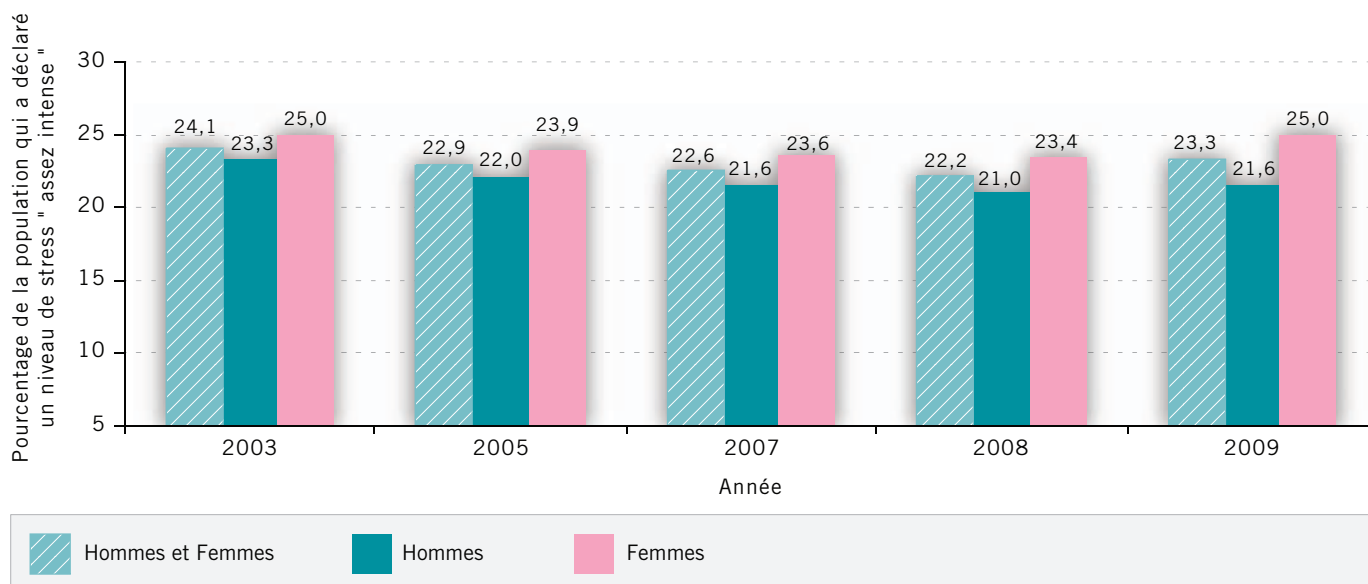
- (1) **l'eustress**, qui prépare à relever certains défis et qui est productif;
- (2) **la détresse**, qui est nuisible et qui peut réduire la résistance aux infections en inhibant temporairement certains éléments du système immunitaire.

La plupart des Canadiens et Canadiennes ont déclaré ne pas vivre un niveau de stress « assez intense »

En 2009, 23,3 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus ont déclaré vivre un niveau de stress « assez intense ». Chez les hommes, ce pourcentage était plus bas en 2009 (21,6 %) qu'en 2003 (23,3 %). De plus, en 2009, plus de femmes que d'hommes ont déclaré vivre un niveau de stress « assez intense » (25,0 % et 21,6 %, respectivement).

Figure 53 Stress déclaré

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui a déclaré un niveau de stress quotidien « assez intense », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 15 ans et plus ont déclaré que leur niveau de stress quotidien était « assez intense ». Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Le stress est une réponse physiologique normale à des événements que vous percevez comme une menace ou qui risquent de perturber votre homéostasie (les systèmes coordonnés de régulation physiologique qui ont pour rôle de rétablir ou de maintenir l'équilibre de l'organisme). Lorsque vous percevez un danger – qu'il soit réel ou imaginaire – le corps active automatiquement des mécanismes de défense appelés « l'affrontement ou la fuite » ou la réponse au stress. Dans la réponse au stress, le système nerveux libère des hormones de stress, dont les catécholamines épinéphrine et norépinéphrine, ainsi que du cortisol. Ces hormones préparent l'organisme à l'action immédiate en augmentant la fréquence cardiaque et respiratoire, la pression artérielle, la force et l'endurance musculaires, et décuple les sens et la capacité de concentration, afin que vous soyez prêt à affronter ou à fuir le danger perçu. La réponse au stress – concentration, énergie et vigilance – est le moyen que prend le corps pour se protéger. Dans des situations d'urgence, cette réaction peut sauver des vies, et vous aide à relever les défis de la vie.

Toutefois, après un certain temps, le stress peut commencer à causer de graves problèmes de santé et perturber l'humeur, la productivité, le sommeil, la qualité de vie et le mode de vie^{256, 257, 258, 259, 260}. Une exposition à long terme au stress peut entraîner de graves problèmes de santé, car le stress perturbe presque tous les systèmes du corps. Il peut inhiber le système immunitaire²⁶¹, faire augmenter la tension artérielle²⁶², augmenter le risque de crise cardiaque^{261, 263} et d'accident vasculaire cérébral²⁶⁴, causer de l'athérosclérose²⁶⁵, contribuer à l'infertilité²⁶⁶ et accélérer le processus de vieillissement^{261, 267}.

Il existe plusieurs façons de réduire votre niveau de stress. Par exemple, on sait que l'activité physique peut jouer un rôle clé dans la gestion du stress^{268, 269}. Les étirements et le yoga sont aussi bénéfiques²⁷⁰. D'autres techniques de relaxation sont efficaces, comme écouter de la musique^{271, 272}, rire²⁷³, faire des exercices de respiration²⁷⁴ et méditer²⁷⁵. La présence d'un animal de compagnie peut aussi contribuer à réduire l'anxiété, le stress et la tension artérielle²⁵¹.

Avantage de maintenir un faible niveau de stress

- Meilleure santé
- Plus d'énergie
- Meilleure habileté d'adaptation aux changements de la vie
- Meilleure humeur

Problèmes de santé associés à un niveau de stress élevé

- Dépression
- Trouble obsessionnel-compulsif ou trouble anxieux
- Insomnie
- Maux de tête ou migraine
- Perte des cheveux
- Diabète
- Maladie cardiaque, hypertension, accident vasculaire cérébral et athérosclérose
- Hyperthyroïdie
- Suppression du système immunitaire, ce qui réduit sa capacité à combattre les infections
- Important gain ou importante perte de poids
- Dysfonction sexuelle
- Maladie des dents et des gencives
- Problèmes digestifs
- Ulcères
- Cancer
- Asthme
- Polyarthrite rhumatoïde

Ce que vous pouvez faire pour réduire votre niveau de stress

- Faites de l'activité physique tous les jours
- Faites du yoga
- Écoutez de la musique de détente
- Limitez votre consommation d'alcool et de café
- Prenez des pauses pendant la journée
- Essayez diverses techniques de gestion du stress
- Prenez de profondes respirations lorsque vous vous sentez stressé
- Riez
- Élargissez votre réseau social en faisant des activités avec vos amis ou en famille
- Adoptez un animal de compagnie
- Réservez du temps pour vous
- Faites des activités que vous aimez

45. DIABÈTE

Messages clés

- En 2006-2007, environ 2,1 millions de Canadiens et Canadiennes étaient atteints du diabète et d'ici 2012, près de 2,8 millions en seront atteints
- Le diabète de type 2 est souvent associé à l'obésité, à une mauvaise alimentation et au manque d'activité physique
- Les hommes sont plus susceptibles de déclarer un diagnostic de diabète que les femmes

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le taux de prévalence et d'incidence du diabète diagnostiqué chez les utilisateurs des services de santé par 100 habitants (pour la prévalence) et par 1 000 habitants (pour l'incidence).

Le taux de prévalence . . .

. . . constitue le nombre de personnes atteintes de la maladie au moment déterminé divisé par 100 (souvent exprimé en pourcentage).

Le taux d'incidence . . .

. . . constitue le nombre de *nouveaux* cas de personnes atteintes de la maladie au moment déterminé divisé par 1 000.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

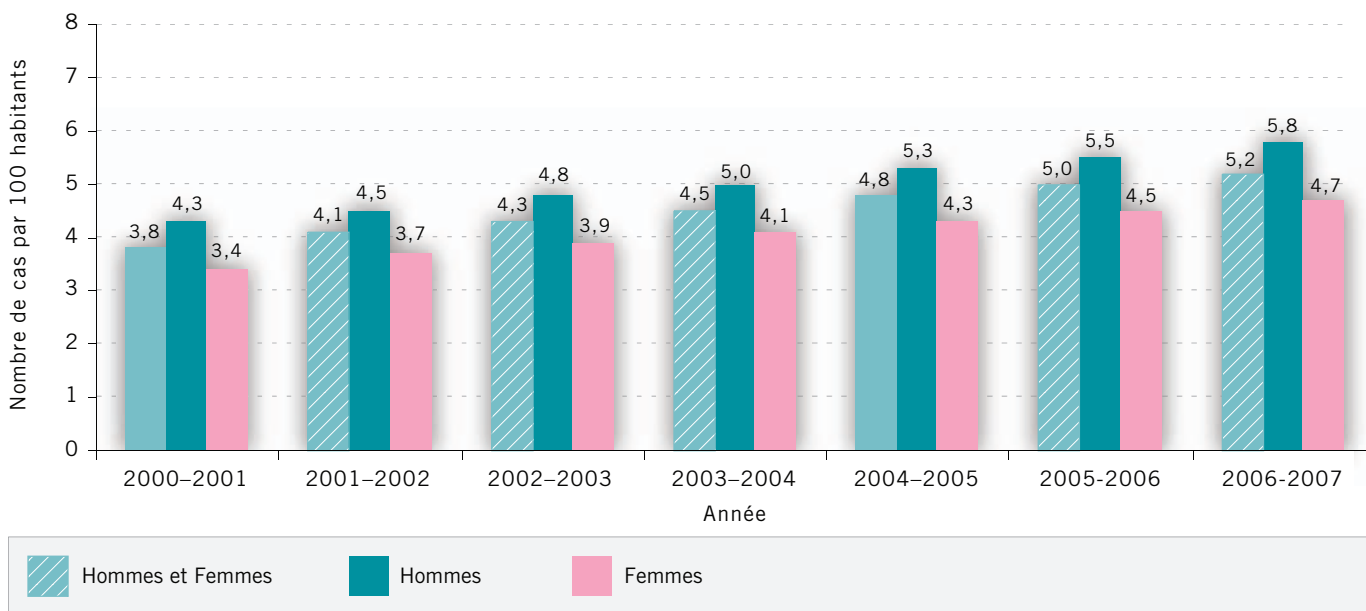
Un grand nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 ne présentent aucun symptôme²⁷⁶. Même si ces personnes n'ont pas reçu un diagnostic de diabète, ils ont néanmoins la maladie. Comme les données sur le diabète sont normalisées selon l'âge de la population canadienne de 1991, les taux normalisés selon l'âge sous-estiment probablement la prévalence réelle du diabète dans la population et son fardeau réel pour la société. En outre, étant donné que la source des données de cet indicateur est une base de données administratives, il existe un risque d'erreur de classification²⁷⁷.

Au Canada, les hommes sont plus susceptibles de déclarer un diagnostic de diabète

En 2006-2007, l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles, 5,2 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré un diabète diagnostiqué, une hausse comparativement à 3,8 % en 2000-2001 (taux normalisés selon l'âge). Les taux de prévalence pour les hommes et les femmes ont aussi augmenté, soit de 4,3 % pour les hommes et de 3,4 % pour les femmes en 2000-2001, à 5,8 % pour les hommes et à 4,7 % pour les femmes en 2006-2007. La prévalence réelle du diabète est probablement plus élevée étant donné que certaines personnes ignorent qu'elles sont atteintes du diabète. Les taux augmentent avec l'âge pour les deux sexes, et atteignent un pic dans le groupe d'âge de 75 à 79 ans, puis décroissent dans les groupes d'âge plus avancé. Ce phénomène est probablement dû à la mortalité liée au diabète, mais peut-être aussi aux limites des données.

Figure 54 Prévalence du diabète

Taux de prévalence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2001 à 2006-2007



Source : Agence de la santé publique du Canada. Système national de surveillance des maladies chroniques.

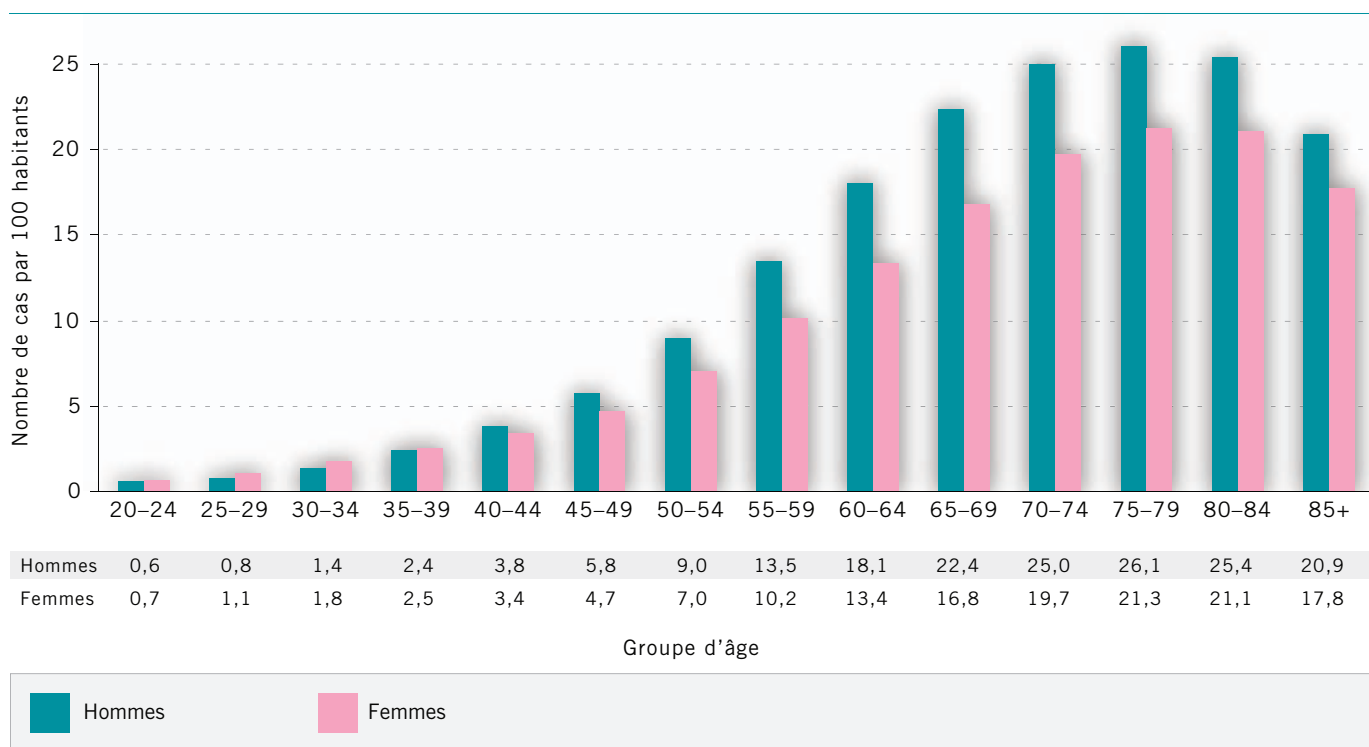
Remarques : La base de données comprend trois types de diabètes : les diabètes de type 1, de type 2 et gestationnel. Veuillez noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme un diabète sucré (CIM-9, code 250 ou CIM-10, codes E10 à E14). Un rajustement permet d'exclure le diabète gestationnel incorrectement codé.

Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991; les taux normalisés sous-estiment la prévalence du diabète dans la population. La prévalence du diabète a été recalculée à partir de 2000-2001. Ainsi, les données ne sont pas comparables à celles rapportées dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2008*.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 55 Prévalence du diabète

Taux de prévalence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants, selon le sexe et le groupe d'âge sélectionnés, Canada, 2006-2007



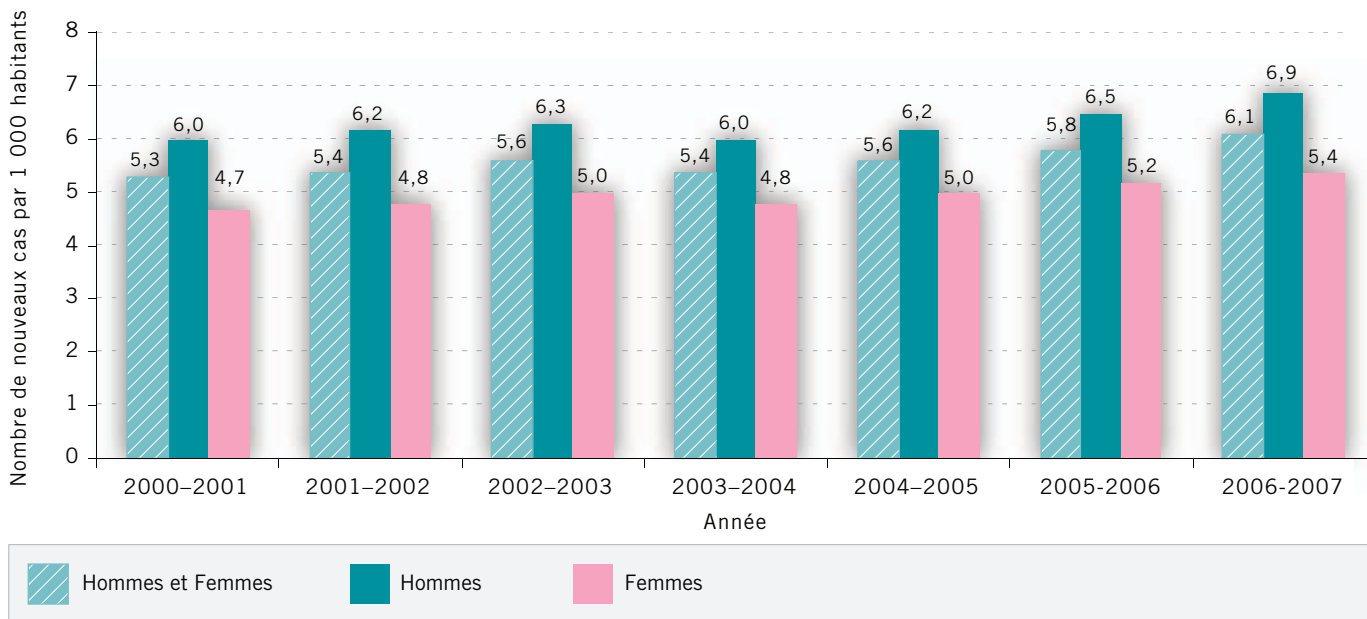
Source : Agence de la santé publique du Canada. Système national de surveillance des maladies chroniques.

Remarques : La base de données comprend trois types de diabètes : les diabètes de type 1, de type 2 et gestationnel. Veuillez noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme un diabète sucré (CIM-9, code 250 ou CIM-10, codes E10 à E14). Un rajustement permet d'exclure le diabète gestationnel incorrectement codé. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

En 2006-2007, les taux normalisés selon l'âge d'incidence du diabète étaient de 6,9 cas par 1 000 hommes, et de 5,4 cas par 1 000 femmes, la moyenne globale étant de 6,1 cas par 1 000 habitants. Ces taux représentent une augmentation comparativement aux taux de 2000-2001 (6,0 cas par 1 000 hommes, 4,7 cas par 1 000 femmes et moyenne globale de 5,3 cas par 1 000 habitants).

Figure 56 Incidence du diabète

Taux d'incidence des cas diagnostiqués de diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 1 000 habitants, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2000-2001 à 2006-2007



Source : Agence de la santé publique du Canada. Système national de surveillance des maladies chroniques.

Remarques : La base de données comprend trois types de diabètes : les diabètes de type 1, de type 2 et gestationnel. Veuillez noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme un diabète sucré (CIM-9, code 250 ou CIM-10, codes E10 à E14). Un rajustement permet d'exclure le diabète gestationnel incorrectement codé. L'incidence du diabète a été recalculée à partir de 2000-2001. Ainsi, les données ne sont pas comparables à celles rapportées dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2008*. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991; les taux normalisés sous-estiment l'incidence du diabète dans la population. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Le diabète est une maladie chronique qui se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie. Les symptômes du diabète sont les suivants : soif inhabituelle, besoin d'uriner fréquemment, fluctuation du poids (gain ou perte), fatigue extrême ou manque d'énergie, vision trouble, infections fréquentes ou récurrentes, plaies et ecchymoses qui guérissent lentement et picotement ou engourdissement des mains et des pieds²⁷⁶.

Il existe deux types de diabète. Le diabète de type 1 se produit lorsque les cellules bêtas du pancréas sont détruites par le système immunitaire et cessent de produire de l'insuline. Les personnes qui sont atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'une source d'insuline externe pour que leur organisme puisse bien fonctionner. Le diabète de type 1 se développe normalement pendant l'enfance ou l'adolescence, et il n'existe aucune mesure de prévention connue²⁷⁷.

Dans la population générale, plus de 90 % des cas de diabète sont de type 2²⁷⁸. Le diabète de type 2 se manifeste quand le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou réagit mal à celle qu'il produit. Le diabète de type 2 est normalement diagnostiqué chez les personnes âgées de plus de 40 ans, mais on commence maintenant à l'observer chez les jeunes adultes, et aussi chez les enfants et les adolescents^{277, 279}.

Un grand nombre de problèmes psychosociaux et de santé sont associés au diabète, comme les maladies du cœur et des reins, la perte de la vue, la dysfonction érectile chez les hommes, une grande difficulté d'adaptation au stress, la dépression, et même la mort^{277, 278, 280, 281}.

Il existe plusieurs facteurs de risque de développer le diabète. Les scientifiques ne savent pas exactement ce qui cause le diabète de type 1, mais ils sont d'avis que des facteurs génétiques et l'exposition à des virus pourraient être en cause²⁷⁶. Des études suggèrent que la moitié du risque de développer un diabète de type 2 peut être attribué à l'exposition environnementale, l'autre moitié à la génétique^{276, 279, 282}. De nos jours, la principale cause du diabète de type 2 est l'épidémie d'obésité²⁸³. Il existe d'autres facteurs de risque de développer le diabète de type 2, dont le prédiabète^{276, 284}, l'excès de poids^{279, 283}, le vieillissement^{277, 285}, le manque d'activité physique^{279, 286, 287}, l'hypertension artérielle ou un taux de cholestérol élevé²⁸³ et l'appartenance à certains groupes ethniques à haut risque (p. ex., la population autochtone, africaine, hispanique ou asiatique)^{276, 288}.

Certaines études portent à croire que les hommes sont plus susceptibles de souffrir de diabète à cause d'un mode de vie sédentaire et d'un risque élevé d'obésité²⁷⁹. Les pères ont plus de risques de transmettre le diabète de type 1 à leurs enfants, tandis que les mères sont plus susceptibles de transmettre le diabète de type 2²⁸⁹.

Avantages de maintenir des taux de glucose sanguin dans l'intervalle santé

- Votre corps peut produire l'énergie dont il a besoin
- Risque réduit de développer le diabète de type 2, l'hypoglycémie ou l'hyperglycémie
- Risque réduit de développer des problèmes de santé, comme le cancer, les accidents vasculaire cérébraux, la démence ou la goutte

Problèmes de santé liés au diabète

- Maladies cardiaques
- Affections rénales
- Perte de la vue
- Dysfonction érectile
- Dommages aux nerfs
- Capacité réduite à combattre les infections
- Dépression
- Stress
- Décès

Ce que vous pouvez faire pour réduire le risque de développer le diabète ou pour traiter votre diabète

- Visez ou maintenez un poids santé
- Adoptez une alimentation saine et équilibrée
- Faites mesurer votre glycémie régulièrement
- Faites de l'activité physique tous les jours
- Si vous fumez, arrêtez
- Réduisez les sources de stress
- Dormez et reposez-vous suffisamment
- Si vous souffrez de diabète de type 1, contrôlez votre taux d'insuline
- Prenez des médicaments pour contrôler votre taux de cholestérol et votre tension artérielle s'ils sont prescrits par votre médecin
- Pour obtenir d'autres conseils utiles concernant la prévention et la prise en charge des symptômes du diabète, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php>)

46. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Messages clés

- L'excès de poids ou l'obésité accroît les risques pour la santé
- Près de la moitié des Canadiens et Canadiennes avaient un excès de poids ou étaient obèses en 2009
- Plus d'adultes de sexe masculin que de sexe féminin accusaient un excès de poids ou étaient obèses en 2009

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de Canadiens et Canadiennes âgés de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes, qui ont déclaré un poids et une taille correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) s'inscrivant dans des catégories déterminées allant d'un poids insuffisant à l'obésité.

Poids insuffisant	IMC de moins de 18,5
Poids normal	IMC de 18,5 à 24,9
Excès de poids	IMC de 25,0 à 29,9
Obésité (classes I à III)	IMC de 30,0 et plus

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

L'autodéclaration du poids et de la taille entraîne souvent une sous-estimation de la prévalence de l'excès de poids et d'obésité dans la population²⁹⁰. Cet indicateur, autodéclaré ou mesuré, pourrait ne pas être approprié selon l'âge, la constitution du corps et l'origine ethnique de la personne²⁹¹.

L'indice de masse corporelle (IMC) . . .
 . . . se calcule en divisant le poids de la personne (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètre). Par exemple, l'IMC d'une personne qui pèse 75 kilogrammes et dont la taille est de 1,65 mètres est 27,5 (excès de poids).

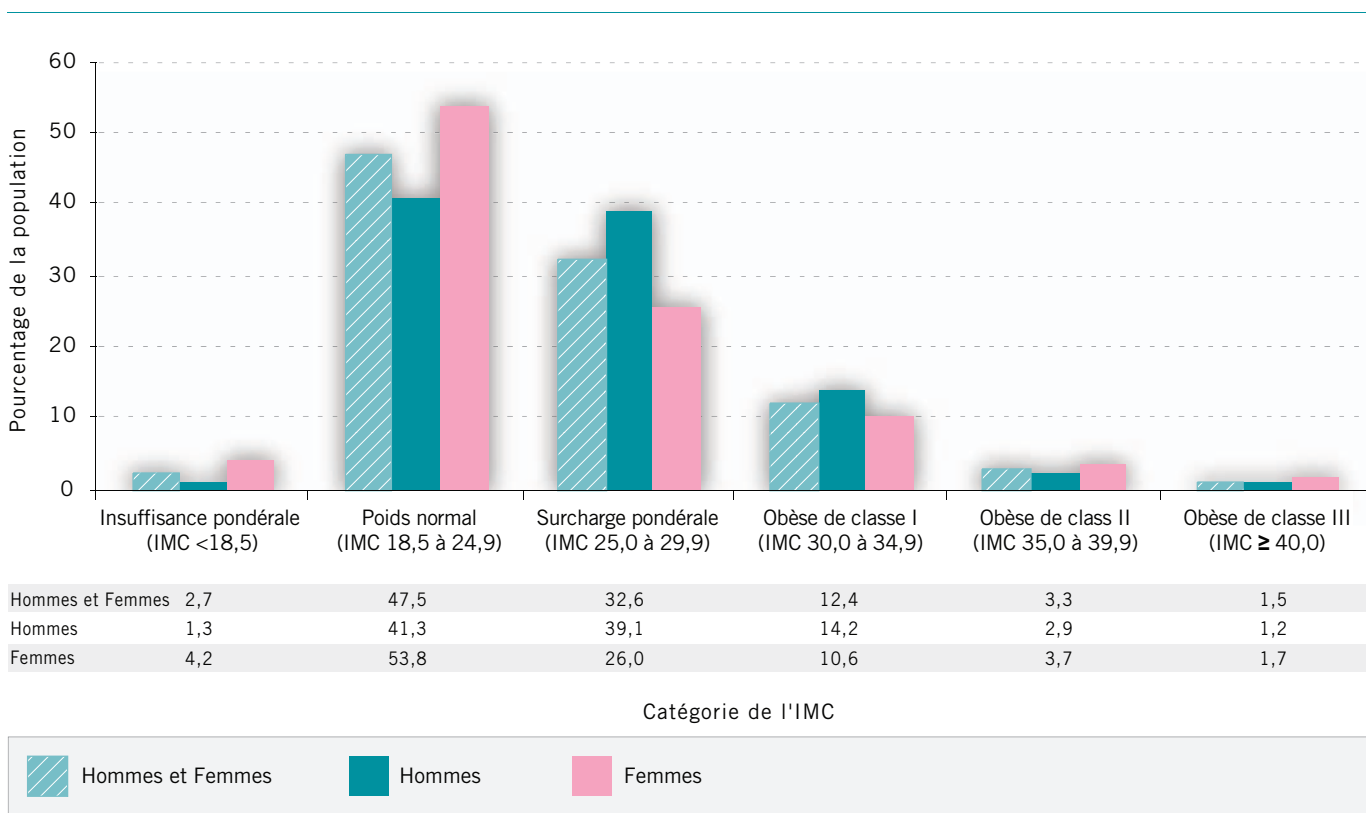
Visitez le site Web de Santé Canada pour calculer votre IMC
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/bmi_chart_java-graph_imc_java-fra.php.

L'obésité continue d'augmenter au Canada

En 2009, 47,5 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré un poids et une taille qui correspondent à un IMC de la catégorie de « poids normal ». Plus de femmes que d'hommes avaient un « poids insuffisant », mais plus d'hommes que de femmes avaient un « excès de poids » ou étaient « obèses » (classe I). Toutefois, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être dans les classes supérieures d'obésité (classes II et III)²⁹².

Figure 57 Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (toutes catégories)

Pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans les catégories spécifiées, selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 18 ans et plus ont précisé leur poids et leur taille.

Les données ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pi. 11 po.).

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car l'indice de masse corporelle déclaré peut sous-estimer la véritable prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la population.

Les données pour les obèses de classes I, II et III peuvent être différentes des totaux du graphique *Indice de masse corporelle déclaré (catégorie obèse)* à cause des erreurs d'arrondis.

Le taux « Non déclaré » ne figure pas dans le tableau.

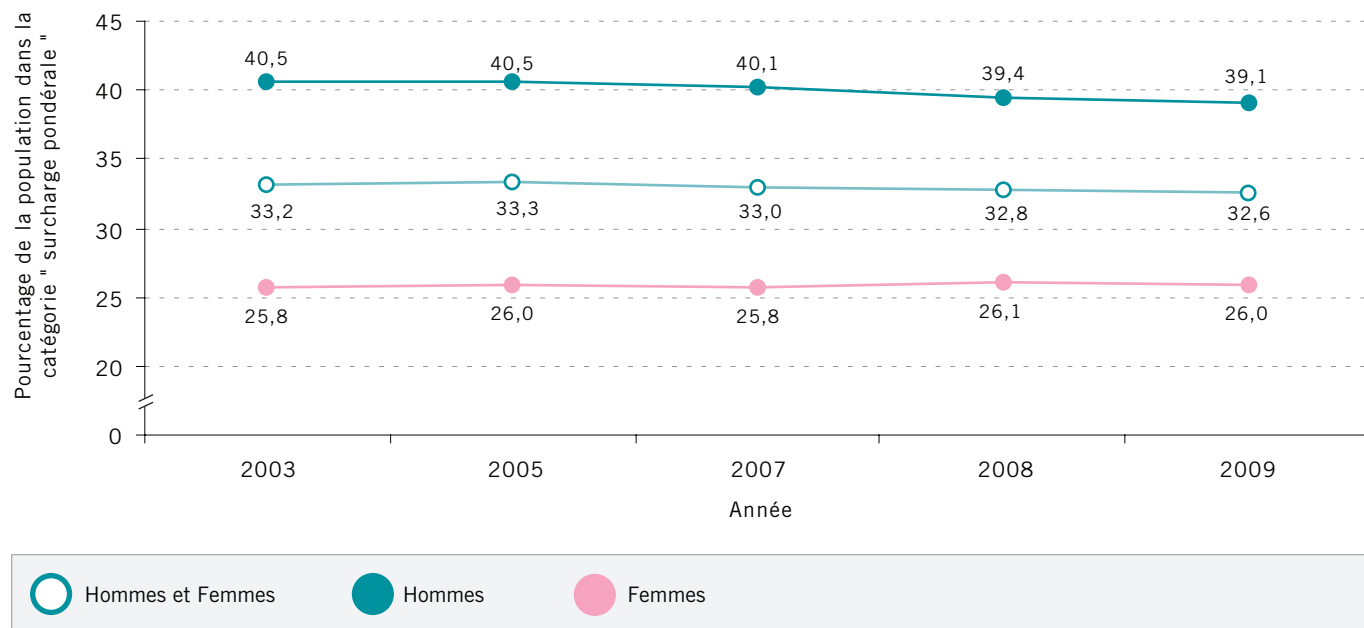
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

En 2009, 32,6 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré un poids et une taille qui correspondent à un IMC de la catégorie « excès de poids ». Les taux pour les hommes et pour les femmes étaient de 39,1 % et de 26,0 %, respectivement. Les taux chez les hommes étaient plus élevés que les taux chez les femmes²⁹³.

Figure 58 Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (catégorie surcharge pondérale)

Pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans la catégorie surcharge pondérale (IMC 25,0 - 29,9), selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 18 ans et plus ont précisé leur poids et leur taille.

Les données ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pi. 11 po.).

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car l'indice de masse corporelle déclaré peut sous-estimer la véritable prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la population.

Le taux « Non déclaré » varie sensiblement avec le temps.

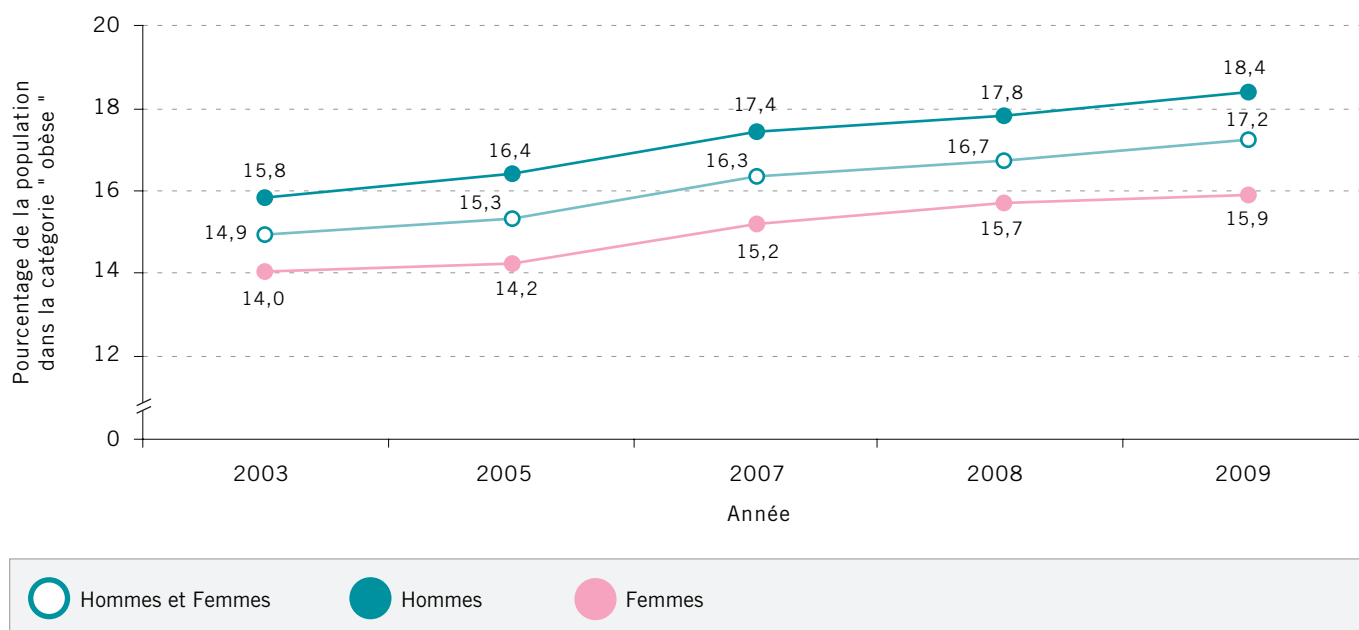
Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

De plus, en 2009, 17,2 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré un poids et une taille correspondant à un IMC de la catégorie « obèse », une augmentation comparativement à 2003. Le taux d'obésité a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes entre 2003 et 2009. On a observé des taux plus élevés chez les hommes (18,4 %) que chez les femmes (15,9 %)²⁹⁴.

Figure 59 Indice de masse corporelle déclaré (IMC) (catégorie obèse)

Pourcentage de la population qui a déclaré un poids et une taille correspondant à l'IMC dans la catégorie obèse (IMC ≥ 30,0), selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 18 ans et plus ont précisé leur poids et leur taille. Les données ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pi. 11 po.). Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car l'indice de masse corporelle déclaré peut sous-estimer la véritable prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la population. Les totaux pour la catégorie obèse peuvent être différents de la somme des classes I, II et III dans le graphique *Indice de masse corporelle déclaré (toutes catégories)* à cause des erreurs d'arrondis. Le taux « Non déclaré » varie sensiblement avec le temps. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Cet indicateur est utile pour déterminer le lien entre le poids et la taille et le risque de développer des problèmes de santé (comme le diabète de type 2, une maladie coronarienne ou d'autres maladies chroniques liées au poids)^{295, 296}. Un examen de la littérature médicale montre qu'il y a de nombreux avantages à atteindre et à maintenir un poids santé, et que l'excédent de poids et l'obésité peuvent entraîner des problèmes de santé^{249, 297, 298}.

Avantages de maintenir un poids santé

- Meilleure santé globale
- Moins de risques de maladies, y compris les maladies cardiovasculaires
- Plus d'énergie
- Plus d'entrain
- Vie autonome plus longue

Problèmes de santé associés au poids

Poids insuffisant :

- Anémie
- Ostéoporose et fractures
- Perte des cheveux
- Aménorrhée (absence de règles chez les femmes)
- Arythmie (rythme cardiaque irrégulier)
- Affaiblissement du système immunitaire
- Taux d'infertilité plus élevé

Excès de poids :

- Vieillesse et décès prématurés
- Problèmes de nature cardiovasculaire comme une crise cardiaque, une hypertension ou un accident vasculaire cérébral
- Diabète
- Certains cancers
- Arthrite et ostéoarthrite
- Autres maladies chroniques

Ce que vous pouvez faire pour atteindre et/ou maintenir un poids santé

- Commencez lentement à faire de l'activité physique, et progressez jusqu'à 30 à 60 minutes d'activité physique modérée presque tous les jours
- Limitez votre consommation d'aliments et de boissons riches en calories, en gras, en sucre et en sel (sodium)
- Mangez des légumes et des fruits à tous les repas et en collation
- Lorsque vous sortez au restaurant, commandez de plus petites portions ou partagez une portion avec un ami
- Discutez avec un professionnel de la santé afin d'obtenir d'autres renseignements
- Pour en savoir davantage sur l'activité physique, consultez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/index-fra.php>)
- Pour en savoir davantage sur de saines habitudes alimentaires, consultez le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>)
- Pour en savoir davantage à propos de l'utilisation du tableau nutritionnel sur l'étiquette des aliments préemballés afin de vous aider à faire des choix éclairés, consultez le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/nutrition/index-fra.php>)
- Pour en savoir davantage sur l'obésité, consultez le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.pdf)

47. TAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE DÉCLARÉE

Messages clés

- Il y a de nombreux avantages à faire de l'activité physique
- L'activité physique est associée à une réduction de l'incidence de morbidité et de mortalité de plusieurs maladies
- Près de la moitié de la population canadienne était active physiquement en 2009
- Les hommes étaient plus actifs que les femmes

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage des Canadiens et Canadiennes de 12 ans et plus qui ont déclaré être « physiquement actifs » ou « physiquement inactifs »²⁹⁹.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Les niveaux d'activité physique déclarée ne correspondent pas aux niveaux obtenus par mesures directes. Dans leur étude comparative de la littérature existante sur l'activité physique déclarée et les mesures directes, les chercheurs, Prince et coll. (2008), ont conclu que « les mesures d'activité physique déclarée étaient soit supérieures, soit inférieures aux mesures directes de l'activité physique, ce qui pose un problème de fiabilité des mesures déclarées et rend difficile toute tentative de correction des différences entre les mesures déclarées et les mesures directes »³⁰⁰.

Cet indicateur permet uniquement de saisir le niveau d'activités consacrées aux *loisirs*.

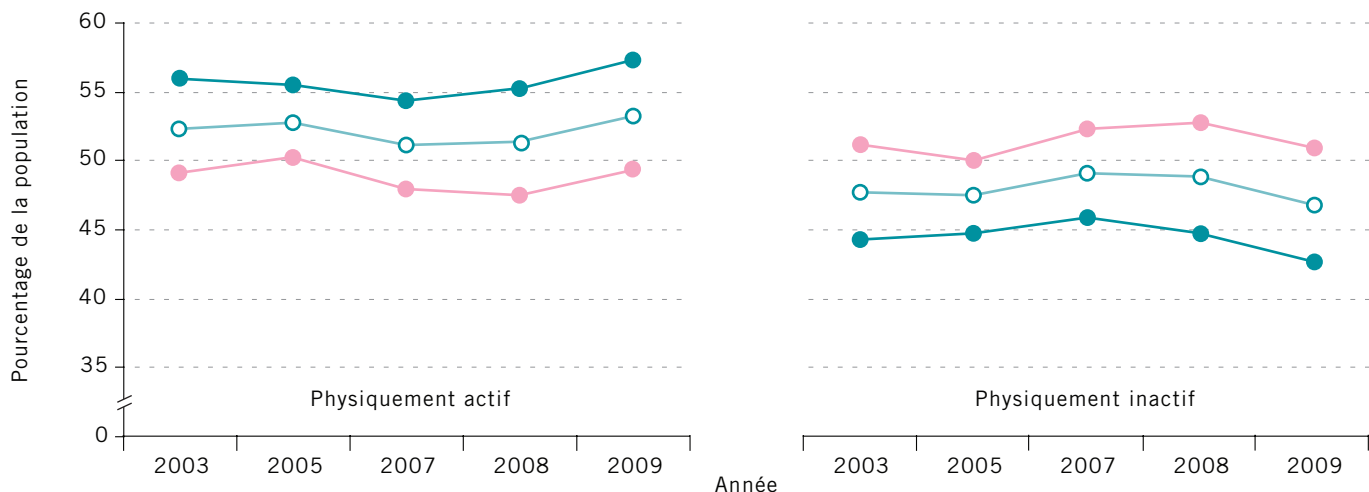
2,6 % des coûts des soins de santé au Canada, soit 5,3 milliards de dollars, étaient dus à l'inactivité physique en 2001³⁰¹.

Les niveaux d'activité physique sont à la hausse

En 2009, 53,2 % des Canadiens et Canadiennes ont déclaré être « actifs » ou « modérément actifs », une augmentation comparativement à 51,3 % en 2008. Les taux étaient plus élevés tant chez les hommes que chez les femmes en 2009, comparativement à 2008. En 2009, on continue d'observer des taux plus élevés d'hommes (57,3 %) ayant déclaré être « actifs » ou « modérément actifs », comparativement aux femmes (49,2 %).

Figure 60 Taux d'activité physique déclaré

Pourcentage de la population ayant déclaré être « physiquement actif » ou « physiquement inactif », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



Hommes et Femmes	52,3	52,7	51,0	51,3	53,2	47,7	47,3	49,0	48,7	46,8
Hommes	55,9	55,4	54,2	55,3	57,3	44,1	44,6	45,8	44,7	42,7
Femmes	48,9	50,1	47,9	47,4	49,2	51,1	49,9	52,1	52,6	50,8

○ Hommes et Femmes ● Hommes ● Femmes

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car le nombre des non-répondants varie.
 Les résultats doivent être interprétés avec prudence, car le taux d'activité physique déclaré peut surestimer ou sous-estimer la véritable prévalence d'activité physique dans la population.
 Comprend les ménages dont les membres âgés de 12 ans et plus ont déclaré un certain niveau d'activité physique, selon leurs réponses à des questions portant sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques pendant leurs loisirs.
 La catégorie « Physiquement actif » comprend les personnes qui ont déclaré être actives ou modérément actives. La catégorie « Physiquement inactif » comprend les personnes qui ont déclaré être physiquement inactives.
 Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
 Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'activité physique est essentielle au maintien de la forme physique et contribue positivement au maintien d'un poids santé, d'une bonne densité osseuse, de la masse musculaire et de la mobilité articulaire, elle favorise le bon fonctionnement de l'organisme, réduit l'incidence de maladies chroniques et renforce le système immunitaire. En effet, les études montrent que l'activité physique a de nombreux bienfaits pour la santé^{146, 302, 303, 304, 305}.

Bienfaits de l'activité physique

- Meilleur état de santé général
- Plus d'énergie
- Meilleur contrôle du poids
- Cœur, poumons, muscles et os plus forts
- Meilleure santé cardiovasculaire
- Métabolisme plus rapide, ce qui favorise la digestion des aliments et accroît la dépense énergétique
- Prévention de maladies
- Risque réduit de développer certains cancers
- Amélioration de la souplesse, de l'équilibre et de la coordination, ce qui réduit le risque de chute chez les personnes âgées
- Meilleure santé mentale, moins de stress et d'anxiété, meilleure estime de soi, plus de confiance en soi et plus grand sentiment de bien être
- Meilleure qualité de vie
- Vie autonome plus longue

Risques pour la santé associés à l'inactivité physique

- Vieillesse et décès prématurés
- Problèmes cardiovasculaires comme une crise cardiaque, l'hypertension ou un accident vasculaire cérébral
- Diabète
- Risque accru de cancer, en particulier les cancers du sein et du côlon
- Plus grande incidence d'arthrite et d'ostéoporose
- Dépression
- Excès de poids ou obésité
- Autres maladies chroniques

Ce que vous pouvez faire pour adopter ou maintenir un mode de vie actif

- Commencez lentement à faire de l'activité physique, et progressez jusqu'à 30 à 60 minutes d'activité physique modérée presque tous les jours
- Profitez de toutes les occasions pour être actif : utilisez les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur, marchez ou allez au travail en vélo, faites une promenade à pied avec vos enfants ou votre animal de compagnie
- Si la compagnie d'autres personnes peut vous motiver à être physiquement actif, joignez-vous à un club
- Réduisez le temps que vous passez devant un écran (téléviseur, ordinateur, téléphone cellulaire et consoles de jeu) et faites de l'activité physique à la place
- Considérez toujours la sécurité avant d'entreprendre une activité physique, quel que soit le type d'activité
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur les bienfaits de l'activité physique pour votre santé, consultez votre fournisseur de soins de santé
- Pour en savoir davantage sur le mode de vie actif et l'activité physique, consultez les *Lignes directrices en matière d'activité physique* de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/index-fra.php>)

48. ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ

Messages clés

- L'état de santé déclaré est un indicateur important de morbidité et de mortalité
- On sait qu'il est en corrélation élevée avec d'autres mesures de l'état de santé
- En 2009, environ 62 % des Canadiens et Canadiennes se considéraient en « excellente » ou en « très bonne » santé
- La perception qu'ont les Canadiens et Canadiennes de leur santé est meilleure depuis 2003
- La moitié des Inuits jugeaient qu'ils étaient en « excellente » ou en « très bonne » santé

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui jugeaient leur état de santé général comme « excellent » ou « très bon ».

Il mesure aussi le pourcentage d'Inuits âgés de 15 ans et plus qui jugeaient leur état de santé général comme « excellent » ou « très bon ».

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Les résultats d'études indiquent que l'état de santé déclaré peut prédire l'incidence de maladies chroniques, la perte de capacité à fonctionner et, en bout de ligne, la survie, surtout chez les personnes plus âgées³⁰⁶. Cependant, la valeur prédictive de l'état de santé déclaré sur la mortalité peut ne pas être uniforme pour l'ensemble des groupes de population, car des variations ont été remarquées dans l'intensité ou l'importance de l'association par des sous-groupes d'âge ou de sexe³⁰⁷.

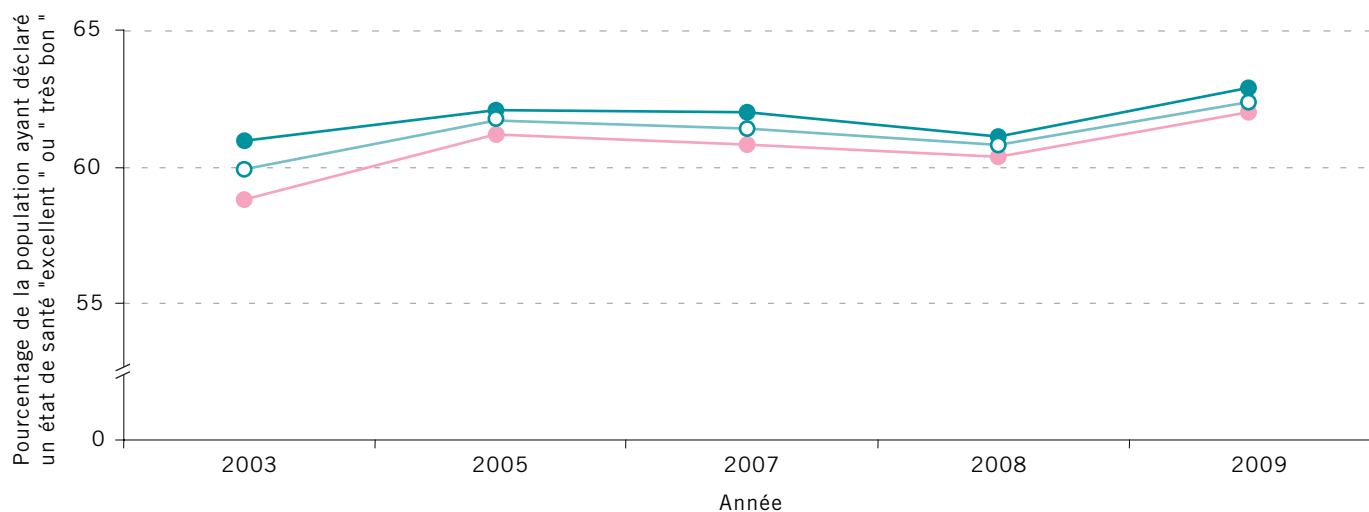
L'état de santé déclaré est un bon indicateur de morbidité et de mortalité.

La perception qu'ont les Canadiens et Canadiennes de leur santé est meilleure depuis 2003

En 2009, 62,2 % de Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus jugeaient qu'ils étaient en « excellente » ou en « très bonne » santé. Ce pourcentage était de 59,7 % en 2003 et de 60,6 % en 2008. Des augmentations ont été constatées autant chez les hommes que chez les femmes depuis 2003.

Figure 61 État de santé déclaré

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon », selon le sexe (normalisé selon l'âge), Canada, 2003-2009



	2003	2005	2007	2008	2009
Hommes et Femmes	59,7	61,5	61,2	60,6	62,2
Hommes	60,8	61,9	61,8	60,9	62,7
Femmes	58,6	61,0	60,6	60,2	61,8

○ Hommes et Femmes ● Hommes ● Femmes

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

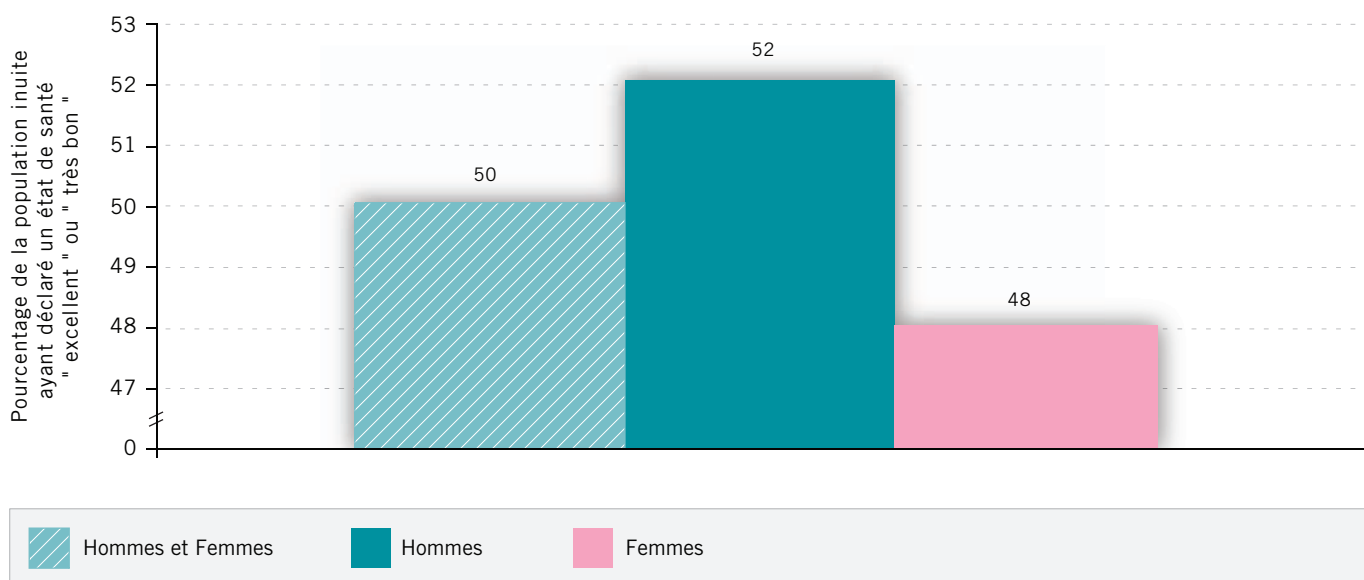
Remarques : Fondé sur les ménages dont les membres de 12 ans et plus ont déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon ». Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

La moitié des Inuits jugeaient qu'ils étaient en « excellente » ou en « très bonne » santé

En 2006, 50 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré être en « excellente » ou en « très bonne » santé. Les proportions des hommes et des femmes qui ont indiqué être en « excellente » ou en « très bonne » santé étaient respectivement de 52 % et de 48 %.

Figure 62 État de santé déclaré

Pourcentage de la population inuite ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon », selon le sexe, Canada, 2006



Source : Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones, 2006.

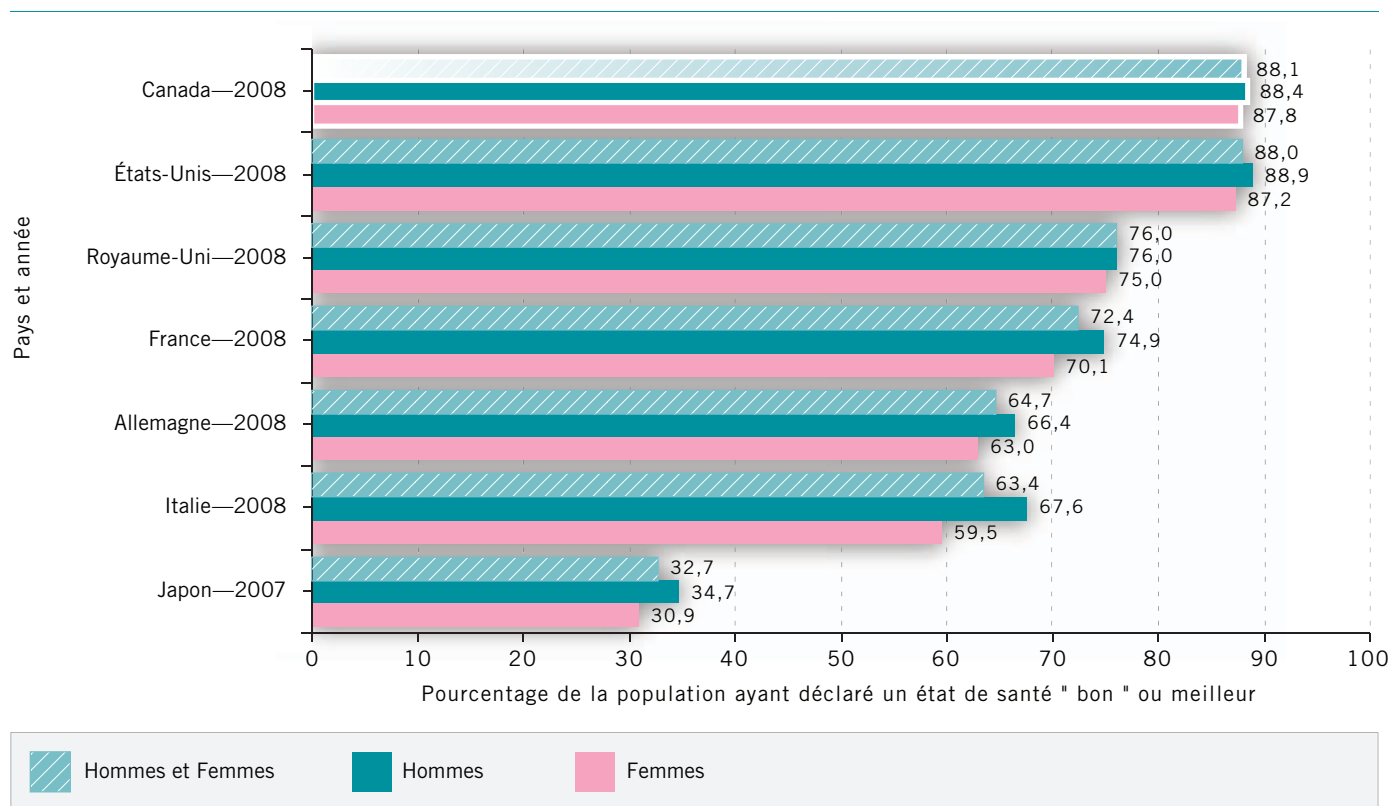
Remarques : Fondée sur les ménages dont les membres de 15 ans et plus ont déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon ». Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. De plus, les données de l'OCDE ne sont pas normalisées selon l'âge, tandis que les données canadiennes (présentées à la figure *État de santé déclaré*) sont normalisées en fonction de la population canadienne de 1991. Également, l'indicateur de l'OCDE mesure le pourcentage de la population qui a déclaré être en « bonne » ou en meilleure santé, tandis que l'indicateur canadien mesure le pourcentage de la population qui se considérait en « excellente » ou en « très bonne » santé. Les données de l'OCDE (y compris les données concernant le Canada) portent sur les personnes âgées de 15 ans et plus, tandis que les données de la figure canadienne concernent les personnes de 12 ans et plus. Par conséquent, les données canadiennes et les données internationales présentées dans les figures ne sont pas directement comparables.

De tous les pays du G7, le Canada affiche le pourcentage le plus élevé en ce qui concerne l'état de santé déclaré avec 88,1 % des Canadiens et Canadiennes qui se considèrent être en « bonne » ou en meilleure santé.

Figure 63 État de santé déclaré

Pourcentage de la population ayant déclaré un état de santé « bon » ou meilleur, selon le sexe, pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.

Ces taux ne peuvent être comparés à ceux des tendances canadiennes pour l'indicateur *État de santé déclaré*, car les taux de l'OCDE ne sont pas normalisés selon l'âge, alors que ceux du Canada le sont en fonction de la population canadienne de 1991. De plus, cet indicateur porte sur une « bonne » ou meilleure santé, ce qui diffère des critères « excellent » ou « très bon » utilisés pour le Canada. Il porte en outre sur les Canadiens âgés de 15 ans et plus, plutôt que sur ceux âgés de 12 ans et plus. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'état de santé déclaré est considéré comme un indicateur important de morbidité et de mortalité^{306, 308, 309}. Il est aussi hautement corrélé à d'autres mesures de l'état de santé³¹⁰. Par exemple, des liens étroits ont été établis entre la baisse de l'état de santé déclaré et une diminution des capacités fonctionnelles et de l'activité physique^{306, 311, 312}. Les personnes âgées ayant indiqué qu'elles étaient inactives étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de détérioration fonctionnelle que celles qui étaient plus actives³⁰⁶. De plus, la fatigue physique et une santé physique et mentale déficiente^{306, 310}, l'utilisation des services de santé, le nombre d'hospitalisations, l'augmentation du nombre de maladies chroniques, la dépression et un manque de soutien social ont aussi été liés à de faibles pourcentages en matière d'état de santé déclaré^{311, 313}. Enfin, les caractéristiques socio-démographiques et économiques comme l'âge, le revenu, l'éducation et le milieu de travail ont des répercussions sur l'état de santé déclaré^{311, 314, 315, 316}.

Il est important de noter que les personnes peuvent parfois croire qu'elles sont malades alors que ce n'est pas le cas. Par exemple, les personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypocondrie ou de troubles psychosomatiques (tendance à croire que l'on souffre d'une maladie grave) sont plus susceptibles d'avoir des croyances liées aux dysfonctionnements médicaux ou à la maladie que les personnes qui ne souffrent pas de ces troubles. Contrairement à ce que ces personnes pourraient croire, il n'y a aucune preuve qui suggère qu'elles souffrent davantage de maladies que les personnes moins anxieuses³¹⁷. Des recherches indiquent aussi que ces types de patients ont recours deux fois plus aux services de consultations externes et aux hospitalisations et que leurs coûts de soins de santé annuels sont deux fois plus élevés que dans le cas des personnes qui ne souffrent pas de ces troubles³¹⁸. Par conséquent, vous devez faire preuve de jugement lorsque vous évaluez votre état de santé.

Avantages d'être à l'écoute de votre santé

- Une meilleure compréhension de votre état de santé, ce qui permet de réagir plus rapidement pour régler des problèmes de santé potentiels
- Une meilleure communication avec votre professionnel de la santé
- Des diagnostics plus rapides

Risques pour votre santé si vous n'êtes pas à l'écoute de votre santé

- Une perception erronée de votre état de santé
- Plus de temps entre les visites chez le médecin, ce qui conduit à des diagnostics moins précoces et à l'augmentation de complications liées à la santé
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité

Ce que vous pouvez faire pour être plus à l'écoute de votre santé

- Augmentez vos connaissances et votre sensibilisation aux divers signes et symptômes de mauvaise santé par la lecture, la participation à des cours, etc.
- Ne négligez pas ce que votre corps vous dit
- Parlez avec votre prestataire de soins de santé sur les méthodes pour améliorer votre capacité à détecter les complications liées à la santé

49. ESPÉRANCE DE VIE

Messages clés

- L'espérance de vie est le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre
- Cet indicateur évalue la quantité plutôt que la qualité de la vie
- L'espérance de vie a augmenté au Canada entre les périodes 1999-2001 et 2005-2007 pour atteindre 80,7 ans
- Les femmes vivent plus longtemps que les hommes

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre à partir de la naissance, d'après les statistiques sur la mortalité établies pour une période d'observation donnée, généralement une période de trois ans.

Quelles sont les limites de l'indicateur d'espérance de vie ?

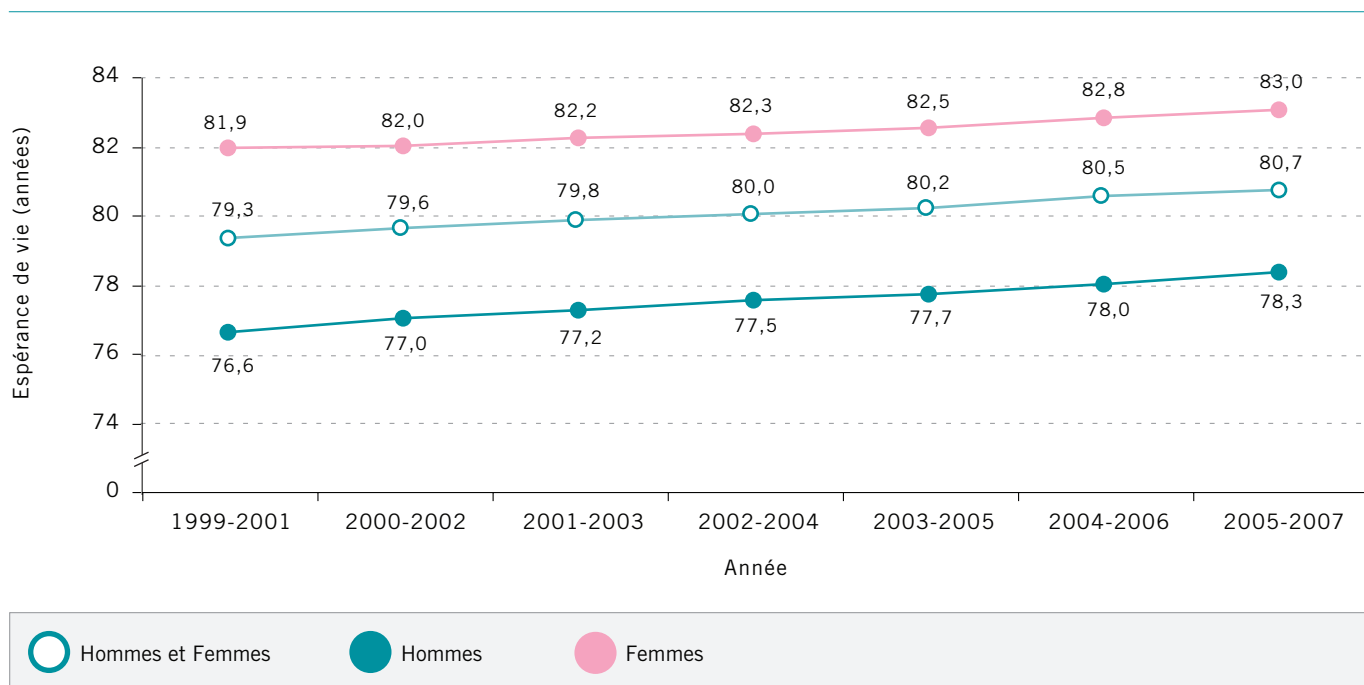
L'augmentation de l'espérance de vie est parfois associée à une augmentation de la présence de maladies graves. À elle seule, l'espérance de vie d'une personne ne nous dit rien sur son état de santé. Par conséquent, l'espérance de vie concerne davantage le nombre d'années qu'une personne devrait vivre plutôt que de la qualité de vie de cette personne. De plus, l'espérance de vie n'est pas liée au nombre d'années qu'un nouveau-né en particulier pourrait vivre dans les faits, car les taux de mortalité sont des moyennes pour l'ensemble de la population.

Augmentation de l'espérance de vie

Entre les périodes 1999-2001 et 2005-2007, l'espérance de vie a continué d'augmenter chez les hommes, les femmes et chez les deux sexes combinés. En 2005-2007, l'espérance de vie des Canadiens et Canadiennes était en moyenne de 80,7 ans. Elle était en moyenne de 78,3 ans chez les hommes et de 83,0 ans chez les femmes; l'espérance de vie des hommes a continué d'être inférieure à celle des femmes. Cependant, l'écart entre les hommes et les femmes se rétrécit, de 5,3 ans pour la période 1999-2001 à 4,7 ans pour la période 2005-2007.

Figure 64 Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Canada, 1999-2001 à 2005-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Bases de données sur les naissances et les décès, et Division de la démographie (estimations démographiques).
Institut de la Statistique du Québec.

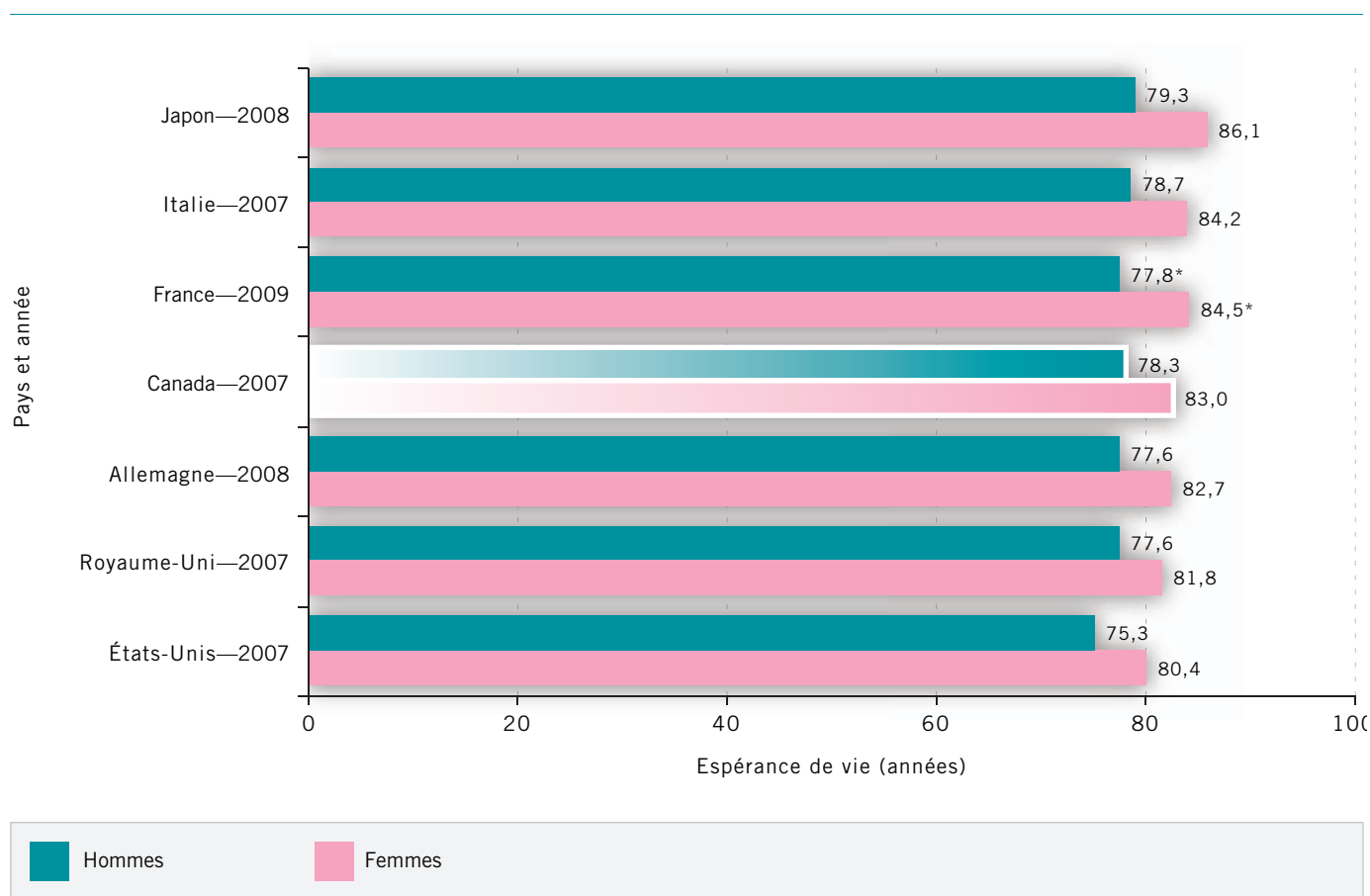
Remarques : Statistique Canada utilise une nouvelle méthode pour calculer l'espérance de vie, laquelle présente une moyenne de trois années de données. Les non-résidents du Canada sont exclus de la base de données sur les décès et des estimations démographiques utilisées pour les tableaux sur l'espérance de vie.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. La prudence est donc de mise dans l'interprétation des données de l'OCDE.

De tous les pays du G7, le Canada occupe la quatrième position pour ce qui est de la moyenne de l'espérance de vie (troisième pour les hommes à 78,3 ans et quatrième pour les femmes à 83,0 ans).

Figure 65 Espérance de vie à la naissance

En nombre d'années, selon le sexe, pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : *Les données pour la France sont des estimations.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

De nombreux facteurs ou déterminants de la santé (revenu et statut social, soutiens sociaux, éducation, emploi et conditions de travail, services de santé, biologie et matériel génétique, développement de l'enfant, environnement physique et social, hygiène de vie personnelle et habilités d'adaptation) peuvent influencer la longévité et la qualité de vie d'une personne³¹⁹. Par exemple, un fumeur invétéré peut avoir une espérance de vie différente d'un non-fumeur.

En outre, plusieurs études indiquent que d'éviter certains facteurs de risque à la santé augmente l'espérance de vie, mais aussi le nombre d'années de vie *active* (connu aussi comme l'« espérance de vie active », l'« espérance de santé » ou l'« espérance de vie sans limitation d'activité »)^{320, 321}. Pour illustrer ceci, il faut tenir compte de l'activité physique qui est un facteur important sur l'espérance de vie active. Les recherches indiquent que les personnes plus âgées qui sont physiquement actives sont plus susceptibles de vivre jusqu'à un âge très avancé avec des risques plus bas d'être atteintes des handicaps avant de mourir³²¹. En fait, l'activité physique peut être plus importante que le fait de ne pas fumer en tant qu'indicateur de qualité de vie à long terme³²⁰. De plus, les améliorations dans quatre facteurs de risque évitables (tabagisme, hypertension artérielle, hyperglycémie et adiposité) peuvent améliorer l'espérance de vie de plusieurs années³²². Il faut noter que l'obésité peut avoir des effets beaucoup plus importants sur l'espérance de vie active que sur l'espérance de vie³²³.

Le régime alimentaire joue également un rôle important sur la mortalité et, par conséquent, sur l'espérance de vie. Un régime méditerranéen — qui est faible en gras saturés, riche en gras mono et polyinsaturés, riche en fruits et légumes, faible en viande et en produits carnés et modéré en lait et en produits laitiers — est connu pour diminuer les taux de mortalité liés aux maladies coronariennes et à plusieurs types de cancers. Par conséquent, ce régime peut accroître l'espérance de vie³²⁴. Doubler la quantité de fruits et légumes consommés chaque jour (de 250 à 500 g) peut augmenter l'espérance de vie de 1,3 an³²⁵. Enfin, puisque l'obésité joue un rôle important dans le développement ultérieur de l'incapacité, tout changement de mode de vie comme l'alimentation et l'exercice peut avoir un effet sur l'obésité et, ainsi, sur l'espérance de vie active^{323, 326, 327}.

Les personnes souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles d'avoir une espérance de vie active réduite. Dans une étude sur des personnes âgées de 65 ans et plus, celles qui ne souffraient d'aucune maladie chronique comme le diabète, l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique, l'arthrite, les problèmes d'audition ou le cancer, avaient plus de chances d'avoir une espérance de vie active après une période de suivi de 6 ans³²⁸.

Avantages de vieillir en santé

- Meilleure santé
- Meilleure qualité de vie
- Plus grande indépendance
- Coûts de soins de santé bas, ce qui présente des avantages pour les personnes et la société
- Capacité accrue à effectuer des activités physiques et sociales

Risques pour la santé qui affectent l'espérance de vie

- Sédentarité
- Tabagisme
- Mauvaise alimentation
- Obésité
- Consommation excessive d'alcool
- Stress excessif
- Capacité d'adaptation réduite

Ce que vous pouvez faire pour vieillir en santé

- Évitez les comportements à risque tel que boire trop d'alcool, fumer, manger trop de gras, conduire trop vite
- Prenez des mesures de protection lors de l'adoption de comportements à risque (p. ex., portez un gilet de sauvetage lors d'activités nautiques)
- Faites davantage d'activités physiques
- Diminuez votre stress
- Ayez un bon réseau social composé d'amis et de membres de la famille
- Visitez régulièrement votre médecin pour des bilans de santé
- Mettez l'accent sur ce qui peut être changé pour améliorer votre santé et votre qualité de vie

50. MORTALITÉ INFANTILE

Messages clés

- La mortalité infantile est considérée comme la mesure de santé la plus représentative d'une société
- Elle reflète le niveau des soins de santé à la disposition de la population, l'efficacité des soins préventifs, et l'attention accordée à la santé maternelle et infantile
- L'immatunité est la principale cause de mortalité infantile au Canada, suivie par les anomalies congénitales
- Même si la mortalité infantile au Canada a considérablement diminué au cours du siècle dernier, des disparités concernant le risque de mortalité infantile dans les sous-populations subsistent

Que mesure cet indicateur ?

Il mesure le nombre de bébés nés vivants qui sont morts dans la première année et est exprimé par un taux (par 1 000 naissances vivantes) pour cette année.

Cet indicateur *exclut* les bébés pesant moins de 500 g.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

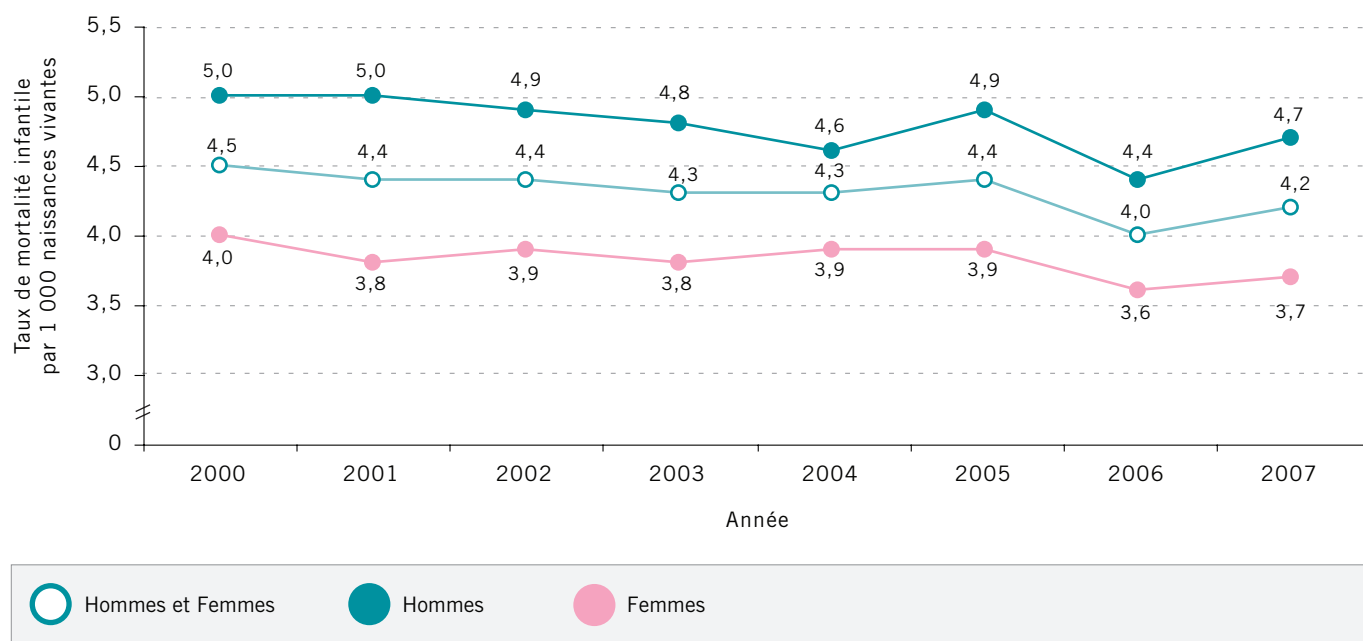
Le taux de mortalité infantile reflète le niveau de mortalité, l'état de santé et de soins de santé d'une population, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé maternelle et infantile, ainsi que des facteurs plus généraux tels que le niveau de scolarité de la mère, le tabagisme et la privation. Même si la mortalité infantile au Canada a considérablement diminué au cours du siècle dernier, des disparités dans le risque de mortalité infantile dans les sous-populations subsistent. L'immatunité et les anomalies congénitales sont les principales causes de mortalité infantile au Canada. En outre, le taux de naissances prématurées a augmenté au Canada, et cela peut être dû à l'augmentation des interventions obstétriques (p. ex., déclenchement artificiel du travail ou accouchement par césarienne sur recommandation médicale), les naissances multiples, l'augmentation de l'âge maternel et de l'utilisation de l'échographie pour estimer l'âge gestationnel³²⁹.

Diminution constante de la mortalité infantile au Canada

En 2007, le taux de mortalité infantile était de 4,2 décès par 1 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité chez les enfants de sexe masculin et féminin étaient respectivement de 4,7 et 3,7 décès par 1 000 naissances vivantes.

Figure 66 Mortalité infantile

Poids à la naissance de 500 g ou plus, selon le sexe, Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Bases de données sur les naissances et les décès. Institut de la Statistique du Québec.

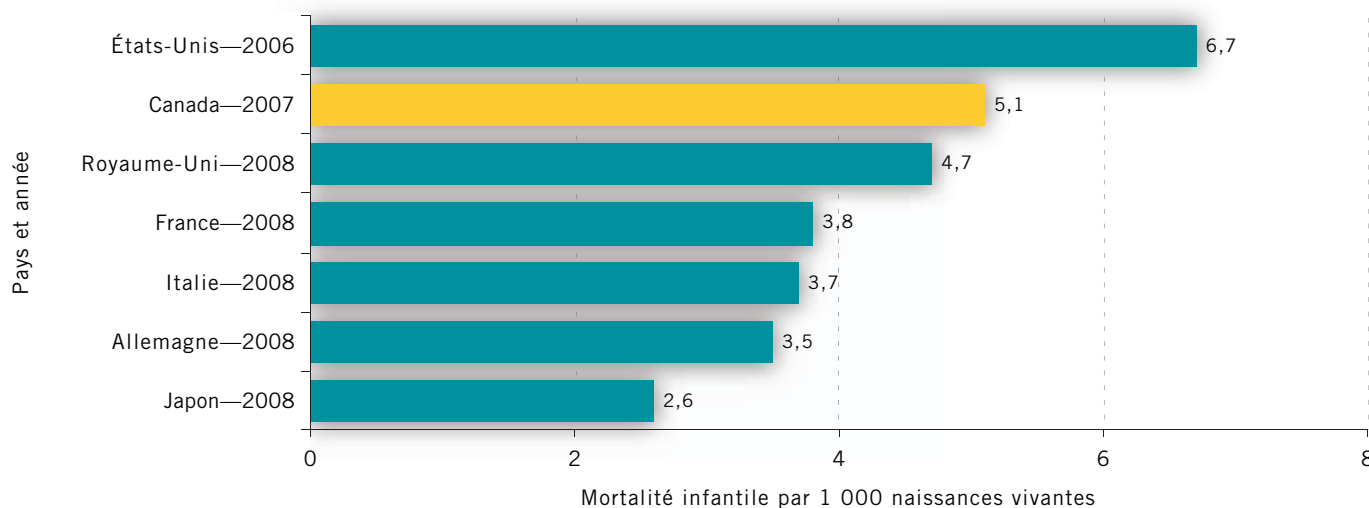
Remarques : Les enfants nés ou décédés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont pris en compte dans les taux pour la province ou le territoire de résidence de la mère. Pour d'autres exclusions ou limites, voir l'annexe 2.

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. En outre, l'interprétation des comparaisons internationales de mortalité infantile devrait être faite avec prudence, car il existe des variations internationales dans l'enregistrement des mortinaissances et des naissances vivantes³²⁹.

À l'échelle internationale, le Canada occupe le deuxième rang pour le taux de mortalité infantile parmi les pays du G7.

Figure 67 Mortalité infantile

Décès par 1 000 naissances vivantes, garçons et filles, selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données concernent les années sélectionnées.

Ces taux ne peuvent être comparés à ceux des tendances canadiennes pour l'indicateur *Mortalité infantile*, car les données de l'OCDE portent sur toutes les naissances vivantes, alors que l'indicateur canadien porte sur les nouveau-nés dont le poids est égal ou supérieur à 500 g.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

Il est bien connu que la mortalité infantile est un indicateur important de l'état de santé et du bien-être d'un pays^{330, 331, 332}. Au cours du siècle dernier, la mortalité infantile a considérablement diminué dans presque tous les pays à la suite de l'amélioration des techniques sanitaires, de la nutrition, de l'alimentation du nourrisson et des soins de santé maternelle et infantile³²⁹.

Au Canada, l'immaturation due aux naissances prématurées est la principale cause de mortalité infantile, ce qui représente 31,9 % de tous les décès infantiles en 2004³³³. De nombreux facteurs sont associés au risque de naissances prématurées, y compris (mais sans s'y limiter) : le tabagisme, le surpoids et l'obésité maternelle³³⁴, le stress, les traitements médicaux, les expositions environnementales, des facteurs biologiques et génétiques³³⁵, et les traitements contre l'infertilité^{336, 337}. Le taux de naissances prématurées a augmenté au Canada, et cela peut être dû à l'augmentation des interventions obstétriques (p. ex., déclenchement artificiel du travail ou accouchement par césarienne sur recommandation médicale), aux naissances multiples, à l'augmentation de l'âge maternel et à l'augmentation de l'utilisation de l'échographie pour estimer l'âge gestationnel³²⁹.

Pour aider à diminuer le risque de mortalité infantile, plusieurs approches ont été étudiées et sont recommandées, y compris : l'identification du niveau de risque d'une grossesse et l'évaluation de la santé du

foetus par la surveillance des mouvements foetaux et du rythme cardiaque dans le cas de toutes les grossesses à haut risque où les maladies cardiaques, le diabète, le tabagisme, l'alcool, l'abus de drogues ou une nutrition inadéquate est présent³³⁸; l'assurance d'une nutrition³³⁹ et d'un soutien maternel adéquats³⁴⁰; et la prestation de soins prénataux adéquats (à des personnes ou à des groupes)^{341, 342, 343}.

Avantages d'une grossesse en santé

- Diminution du risque de naissances prématurées
- Amélioration de la croissance foetale
- Diminution du risque de décès infantile
- Bébé en santé
- Meilleure santé à long terme

Facteurs de risque de complications pendant la grossesse

- Tabagisme et consommation d'alcool et de drogue
- Problèmes de santé maternelle
- Soins prénataux inadéquats

Ce que vous pouvez faire pour améliorer la santé de votre bébé et diminuer les risques de décès infantile

- Avant et pendant votre grossesse :
 - o Planifiez votre grossesse et débutez vos soins prénataux dès que possible
 - o Ayez un style de vie sain (p. ex., mangez des aliments sains contenant notamment de l'acide folique et d'autres vitamines, faites de l'exercice et gérez votre stress)
 - o Efforcez-vous d'atteindre un poids santé pendant votre grossesse (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/qa-gest-gros-qr-fra.php>)
 - o Évitez les comportements à risque pour votre santé (p. ex., tabagisme et consommation d'alcool et de drogue)
- Consultez votre prestataire de soins de santé primaires sur :
 - o la prise de suppléments vitaminiques avant et pendant votre grossesse (p. ex., l'acide folique)
 - o la façon de diminuer les risques de naissances multiples si vous envisagez de recourir à un traitement de fertilité
 - o les soins prénataux
 - o la façon de reconnaître les signes d'accouchement prématuré et ce que vous devez faire si cela vous arrive
 - o ce que vous pouvez faire pour diminuer les risques de mort subite du nourrisson (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/index-fra.php>)
- Renseignez-vous sur les divers programmes disponibles dans votre collectivité pour soutenir et améliorer la santé maternelle et foetale (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/index-fra.php>)

51. INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE

Messages clés

- L'insuffisance de poids à la naissance reflète l'état de santé général du nouveau-né, car le poids est un facteur déterminant de la survie, de la santé et du développement
- Cette insuffisance peut être causée par une naissance prématurée ou une croissance fœtale inadéquate, qui sont associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité infantile
- Plus de filles que de garçons naissent avec une insuffisance de poids
- Une proportion plus élevée d'insuffisance de poids à la naissance est observée dans les régions habitées par les Inuits

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure la proportion de naissances vivantes (poids à la naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né se situe entre 500 et 2 500 grammes.

Les données concernant la mortalité des Inuits ne sont pas uniformément captées dans les bases de données administratives du pays. Toutefois, une méthode permettant d'utiliser des identificateurs géographiques pour connaître l'état de santé des Inuits au Canada a été élaborée. Certaines communautés du Nord canadien ont une forte proportion d'Inuits. Ces communautés peuvent être organisées en quatre régions inuites (région inuvialuite, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut). Les indicateurs de santé pour les habitants de ces régions peuvent servir de substituts aux indicateurs de santé propres aux Inuits. Il convient de noter que, du fait que ces données incluent également les habitants non inuits de ces régions, qui sont généralement en meilleure santé que la population inuite de ces mêmes régions, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Bien que ces renseignements ne soient pas propres aux Inuits, ils peuvent être utilisés pour se faire une idée de la santé des Inuits au Canada.

Cet indicateur tient compte de bébés pesant entre 500 et 2 500 grammes.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

L'insuffisance de poids à la naissance est un indicateur de l'état de santé général du nouveau-né, car le poids est un facteur déterminant de la survie, de la santé et du développement du nourrisson. L'insuffisance de poids à la naissance peut être causée par une naissance prématurée ou une croissance fœtale inadéquate (petit pour l'âge gestationnel) et ces deux éléments sont associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité infantile. Étant donné que les naissances prématurées et les naissances d'enfants petits pour leur âge gestationnel ont des causes et des tendances différentes, il est important d'examiner ces deux composantes du taux sur l'insuffisance de poids à la naissance séparément pour mieux comprendre et surveiller la santé périnatale au Canada.

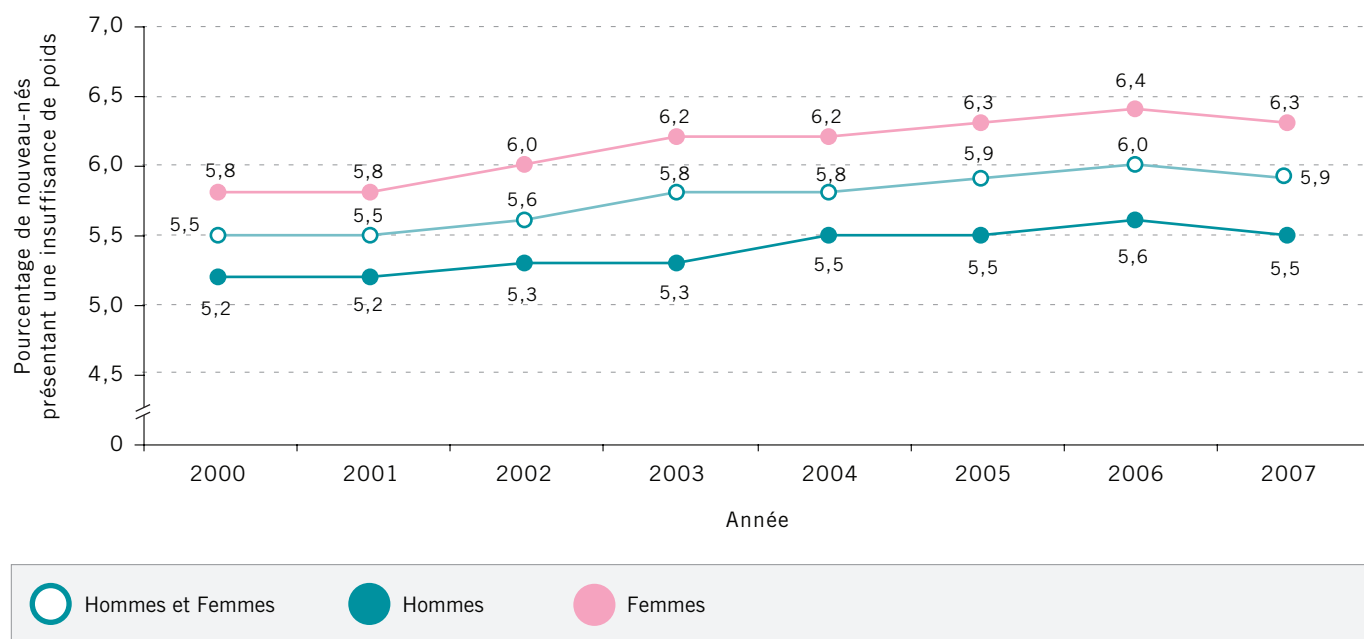
Les inexactitudes dans le taux de naissances prématurées peuvent être causées par l'établissement de l'âge gestationnel, surtout quand il est fondé sur les dates de menstruation. Cependant, le nombre d'erreurs a diminué au cours des dernières décennies, car l'échographie, qui peut mieux confirmer l'âge gestationnel, est largement utilisée au Canada. De plus, les variations dans la composition ethnique de la population peuvent jouer un rôle dans le poids à la naissance parce que certains groupes ethniques ont tendance à avoir des bébés de faible poids, même si ces enfants sont en bonne santé³⁴⁴.

Plus de filles que de garçons naissent avec une insuffisance de poids

En 2007, la proportion de naissances vivantes entre 500 et 2 500 grammes était de 5,9 %. Les taux d'insuffisance de poids à la naissance étaient de 6,3 % pour les filles et de 5,5 % pour les garçons.

Figure 68 Insuffisance de poids à la naissance

Proportion des nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance se situe entre 500 g et 2 500 g, selon le sexe, Canada, 2000-2007



Sources : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Bases de données sur les naissances et les décès. Institut de la Statistique du Québec.

Remarques : Au fil des ans, le nombre d'enregistrements de naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance a augmenté. Pour améliorer la comparabilité de cet indicateur sur une longue période, les taux de naissances de bébés de faible poids à la naissance ont été calculés sans les naissances vivantes de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance.

Les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont pris en compte dans les taux pour la province ou le territoire de résidence de la mère.

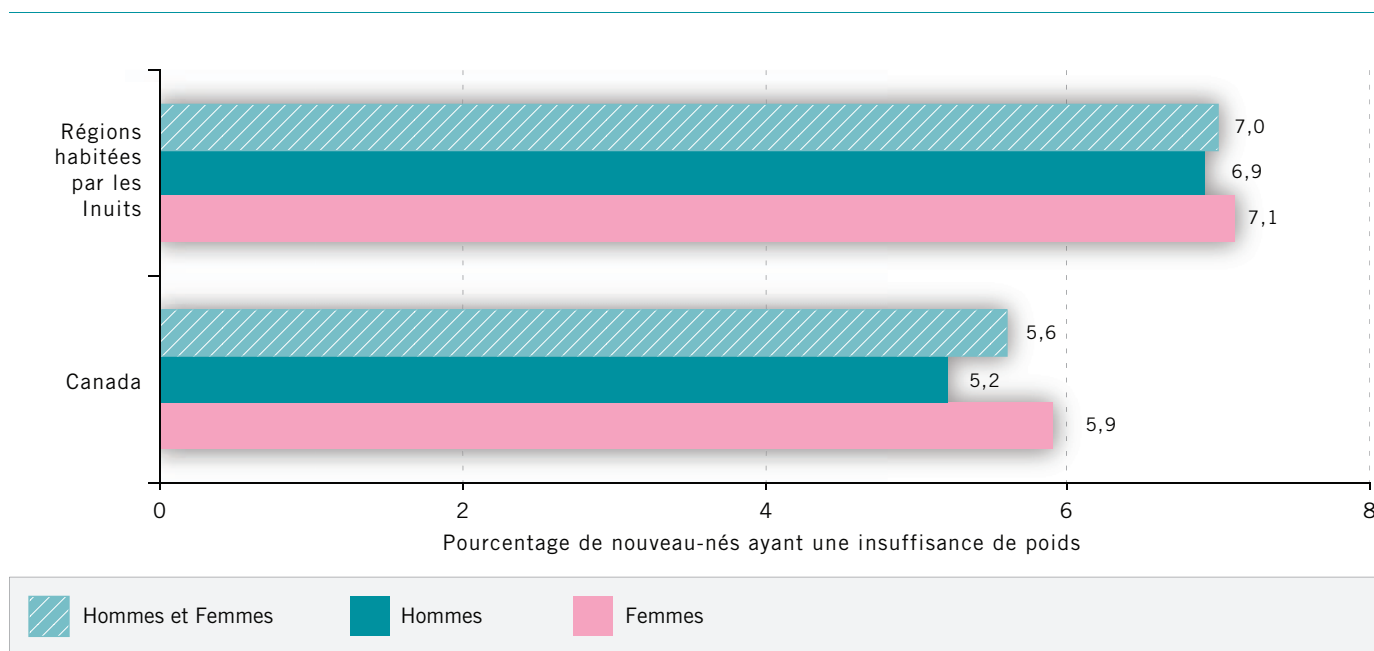
Pour d'autres exclusions ou limites, voir l'annexe 2.

Proportion plus élevée d'insuffisance de poids à la naissance dans les régions habitées par les Inuits

De 1999 à 2003, la proportion de naissances avec une insuffisance de poids entre 500 et 2 500 grammes dans les régions habitées par les Inuits était de 7,0 %, ce qui est plus élevé que le taux national de 5,6 %. La proportion de naissances de garçons et de filles avec une insuffisance de poids était plus élevée chez les résidents des régions habitées par les Inuits (6,9 % chez les garçons et 7,1 % chez les filles) que dans l'ensemble de la population canadienne (5,2 % chez les garçons et 5,9 % chez les filles).

Figure 69 Insuffisance de poids à la naissance

Selon le sexe, moyenne de 5 ans, Canada et régions habitées par les Inuits, 1999-2003



Source : Statistique Canada. Statistique de l'état civil — Base de données sur les naissances.

Remarques : Les taux du présent graphique se fondent sur la somme de cinq années consécutives de données.

La répartition géographique des naissances vivantes dans ce tableau se fonde sur le lieu de résidence habituel de la mère.

Les données pour le Canada comprennent les naissances de l'Inuit Nunangat.

L'Inuit Nunangat est constitué de quatre régions créées à la suite de la signature d'accords de revendication territoriale et comprend, d'ouest en est, la région d'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Nunavik au nord du 55e parallèle au Québec et le Nunatsiavut dans le nord du Labrador (Inuit Tapiriit Kanatami, 2008).

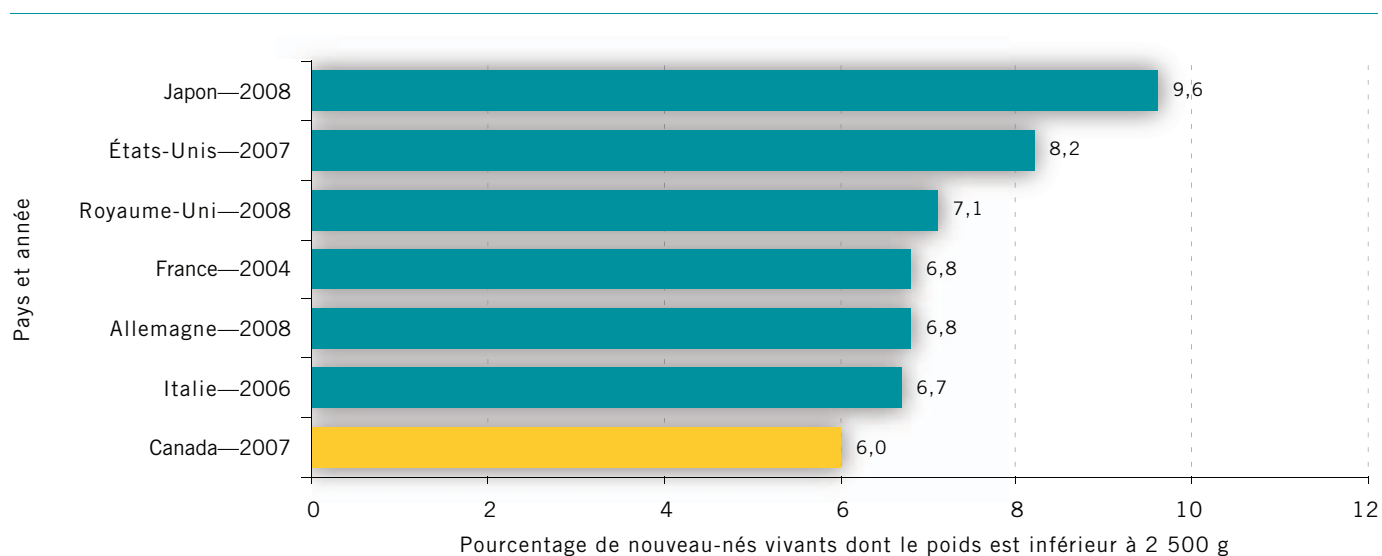
Les taux de bébés de faible poids à la naissance sont corrigés pour ne présenter que les taux de naissances de faibles poids viables. Dans ce tableau, on les calcule comme suit : (soustraire le nombre de naissances vivantes avec un poids de moins de 500 grammes du nombre non ajusté de bébés de faible poids à la naissance dans la même année) et diviser par (le nombre de naissances vivantes de poids supérieur à 499 grammes pour la même année).

Les années de référence pour les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) varient selon le pays. De plus, il existe des variations internationales dans l'enregistrement des mortinaissances et des naissances vivantes. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence au moment d'interpréter les données. Les données de l'OCDE comprennent toutes les naissances vivantes de bébés pesant moins de 2 500 grammes, tandis que les données dans le graphique précédent sur l'insuffisance de poids à la naissance au Canada comprennent seulement les naissances vivantes entre 500 grammes et 2 499 grammes.

À l'échelle internationale, le Canada a le plus faible taux d'insuffisance de poids à la naissance des pays du G7 avec seulement 6,0 % de naissances vivantes de moins de 2 500 grammes.

Figure 70 Insuffisance de poids à la naissance

Proportion des nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g, garçons et filles, selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarques : Les données sont pour les années sélectionnées.

Ces données ne peuvent être comparées à celles des tendances canadiennes pour l'indicateur *Insuffisance de poids à la naissance*, car les données de l'OCDE portent sur les nouveau-nés pesant moins de 2 500 g, alors que l'indicateur canadien porte sur les nouveau-nés dont le poids à la naissance se situe entre 500 g et 2 500 g.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'insuffisance de poids à la naissance, y compris dans les cas de naissances prématurées et d'enfants petits pour leur âge gestationnel, est associée à un certain nombre de facteurs tels que la mauvaise santé maternelle et le mode de vie (p. ex., le tabagisme³⁴⁵ et une mauvaise alimentation³⁴⁶), un indice de masse corporelle bas pendant la grossesse^{347, 348}, une gestation multiple (p. ex., jumeaux, triplets)³⁴⁹, l'âge de la mère³⁵⁰, les intervalles courts entre les grossesses^{351, 352}, les accouchements prématurés antérieurs³⁵³ et les circonstances économiques³⁵⁴. Les causes et les tendances des naissances prématurées et d'enfants petits pour leur âge gestationnel diffèrent de sorte que ces deux composantes de l'insuffisance de poids à la naissance doivent être examinées séparément pour mieux comprendre et surveiller la santé périnatale.

L'insuffisance de poids à la naissance est associée à beaucoup de problèmes de santé, notamment le développement du diabète de type 2³⁵⁵, les troubles cognitifs et d'apprentissage³⁵⁶, l'obésité³⁵⁷, les cardiopathies ischémiques³⁵⁸ et l'hypertension³⁵⁹.

Avantages d'un poids sain à la naissance

Comparativement aux bébés de faible poids à la naissance, ceux dont le poids à la naissance est sain ont davantage tendance à :

- Être en meilleure santé au cours de leur première année de vie
- Avoir moins de problèmes de santé au fil du temps
- Avoir moins de problèmes d'apprentissage
- Atteindre plus facilement les étapes importantes du développement

Risques associés à l'insuffisance de poids à la naissance

- Problèmes de santé accrus pendant la première année de vie
- Problèmes de santé chroniques à long terme
- Troubles physiques et cognitifs potentiels et difficultés à atteindre les étapes importantes du développement
- Mortalité infantile

Ce que vous pouvez faire pour améliorer la santé prénatale de votre bébé et diminuer le risque d'un accouchement prématuré ou de donner naissance à un petit bébé pour son âge gestationnel

- Avant et pendant votre grossesse :
 - o Planifiez votre grossesse et débutez vos soins prénataux dès que possible
 - o Ayez un style de vie sain (p. ex., mangez des aliments sains contenant notamment de l'acide folique et d'autres vitamines, faites de l'exercice et gérez votre stress)
 - o Efforcez-vous d'atteindre un poids santé pendant votre grossesse (<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/prenatal/qa-gest-gros-gr-fra.php>)
 - o Évitez les comportements à risque pour votre santé (p. ex., tabagisme et consommation d'alcool et de drogue)

- Consultez votre fournisseur de soins de santé primaires sur :
 - o la façon de reconnaître les signes d'accouchement prématuré et ce que vous devez faire si cela vous arrive
 - o la prise de suppléments vitaminiques avant et pendant votre grossesse (p. ex., l'acide folique)
 - o la façon de diminuer les risques de naissances multiples si vous envisagez de recourir à un traitement de fertilité
 - o les soins prénataux
- Renseignez-vous sur les divers programmes disponibles dans votre collectivité pour soutenir et améliorer la santé maternelle et foetale (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/index-fra.php>)

52. VACCINATION DÉCLARÉE CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES 65 ANS ET PLUS (VACCIN ANTIGRIPPAL)

Messages clés

- L'influenza (ou la grippe) est une maladie respiratoire très répandue qui touche des millions de Canadiens et Canadiennes chaque année
- Les personnes âgées sont plus à risque de complications plus graves et plus durables
- La vaccination est l'un des moyens les plus efficaces de se protéger contre la grippe
- Deux tiers des Canadiens et Canadiennes âgés de 65 ans et plus ont reçu le vaccin antigrippal dans les 12 mois précédant leur participation à l'enquête

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur mesure le pourcentage des Canadiens et Canadiennes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu le vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant leur participation à l'enquête.

Quelles sont les limites de cet indicateur ?

Cet indicateur est fondé sur la déclaration des répondants et est influencé par leur capacité à se souvenir. Les données déclarées par ces personnes ne sont jamais aussi exactes qu'elles le seraient si elles provenaient d'une véritable base de données clinique³².

Les deux tiers des Canadiens et Canadiennes âgés de 65 ans et plus ont reçu le vaccin antigrippal

En 2009, 66,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont indiqué avoir reçu le vaccin antigrippal dans les 12 mois précédant l'enquête. Cette année-là, les taux pour les hommes et les femmes étaient respectivement de 67,2 % et de 66,0 %.

Parmi les pays du G7, la vaccination chez les personnes âgées semble plus élevée au Royaume-Uni, en France et aux États-Unis qu'au Canada. En 2008, le Canada occupait le quatrième rang (66,6 %) pour ce qui est des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir été vaccinées contre l'influenza dans les 12 mois précédant l'enquête.

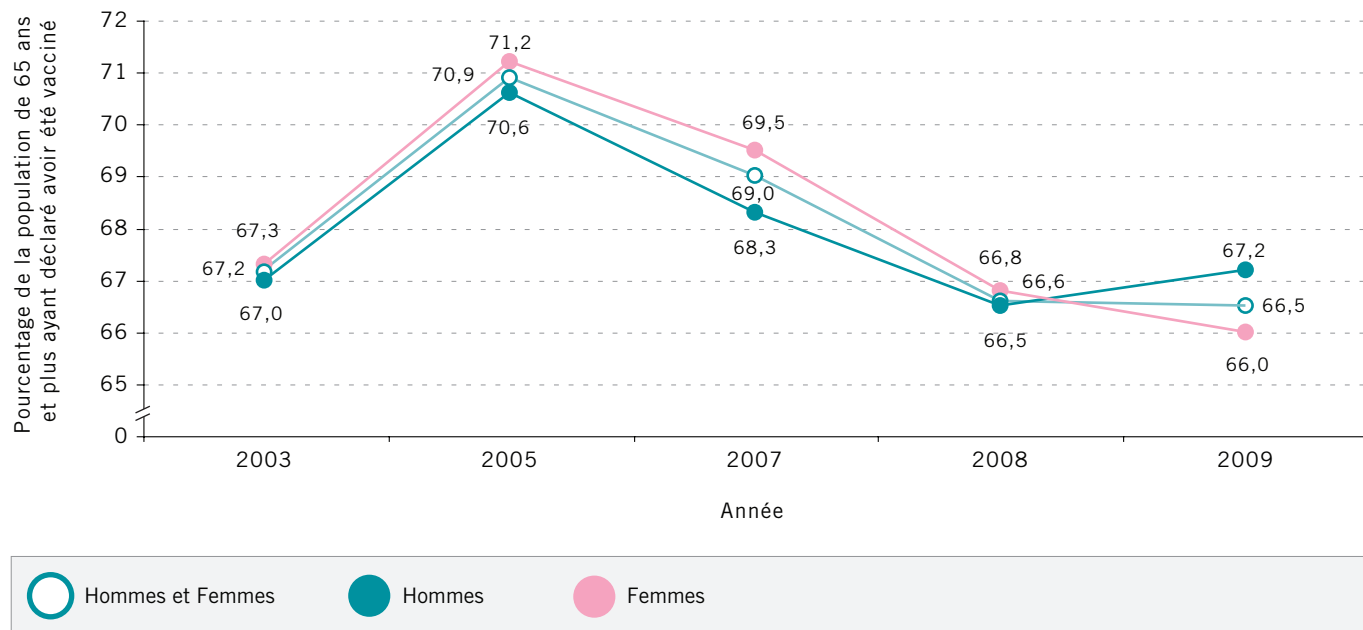
Pourquoi se faire vacciner contre la grippe ?

Après avoir été vacciné contre la grippe, votre système immunitaire produit des anticorps pour lutter contre les souches du virus contenus dans le vaccin.

Lorsque vous êtes exposé au virus de la grippe, ces anticorps aideront à prévenir l'infection ou à diminuer la gravité de la maladie.

Figure 71 Vaccination déclarée contre la grippe

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant déclaré avoir été vacciné il y a moins d'un an, selon le sexe, Canada, 2003-2009

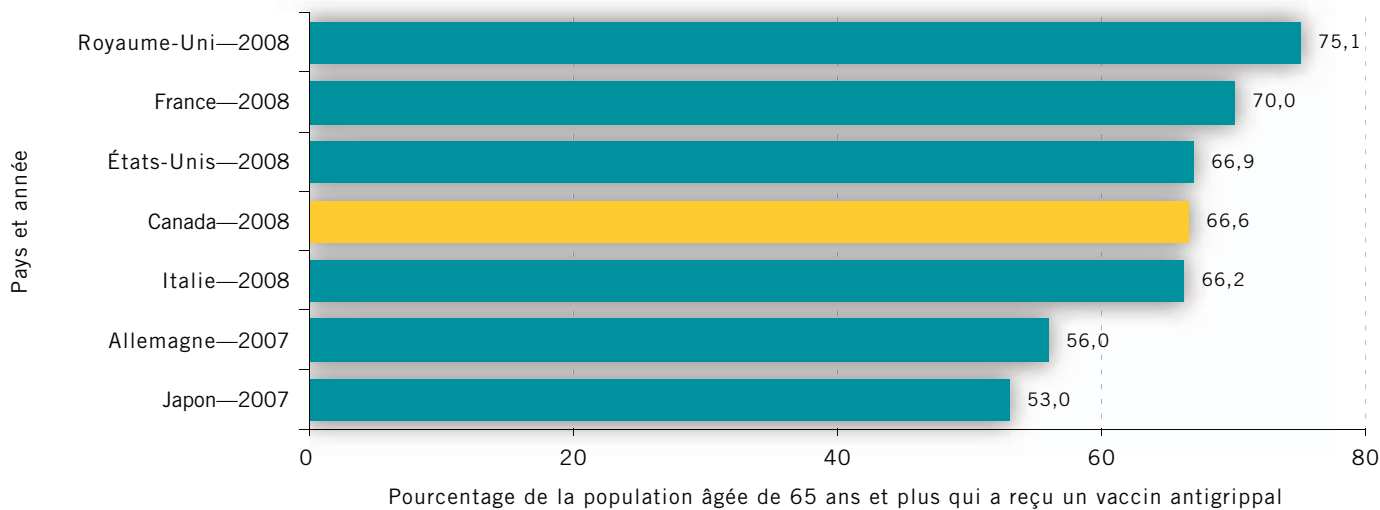


Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003-2009.

Remarques : Comprend les ménages dont les membres âgés de 65 ans et plus ont déclaré la date de leur dernière vaccination contre la grippe (vaccin antigrippal). Les données ne sont pas comparables à celles présentées dans les éditions précédentes de *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* car les données de la présente édition ne sont pas normalisées selon l'âge. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Figure 72 Vaccination contre la grippe

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus qui a été vacciné au cours des douze derniers mois, hommes et femmes, selon les pays et années sélectionnés



Source : Organisation de coopération et de développement économiques. *Eco-santé OCDE 2010*.

Remarque : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'annexe 2.

Que signifient ces résultats pour vous

L'influenza (ou la grippe) est une maladie respiratoire très répandue qui touche des millions de Canadiens et Canadiennes chaque année. Au Canada, on estime qu'entre 10 et 25 % des Canadiens et Canadiennes pourraient être atteints de la grippe chaque année³⁶⁰. Bien que la plupart des gens en guérissent en une semaine, la valeur du temps perdu au travail, à l'école et dans la production des ménages pour cause de maladie liée à la grippe peut être considérable³⁶¹. Même si elle pose des risques pour la santé chez certaines personnes^{362, 363}, la vaccination est l'un des moyens les plus efficaces de se protéger contre l'influenza.

Les groupes à haut risque de maladie grave ou de complications suite à une infection causée par l'influenza comprennent les très jeunes enfants, les personnes de plus de 65 ans, les femmes enceintes, les personnes souffrant de problèmes médicaux sous-jacents tels que les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiaques ou rénales, le diabète ou un système immunitaire affaibli en raison d'un cancer, d'une infection au VIH ou d'autres causes³⁶⁰. Même si la plupart s'en remettent complètement, entre 4 000 et 8 000 Canadiens et Canadiennes — en général, des personnes âgées — meurent chaque année d'une pneumonie liée à la grippe.

Les personnes âgées présentent le taux le plus élevé d'hospitalisation et de décès liés à la grippe³⁶⁴. Parmi les complications communes de la grippe chez les personnes âgées, on retrouve les infections bactériennes et la pneumonie. Se faire vacciner contre la grippe aide à réduire les risques des complications graves et de maladies constituant un danger de mort³⁶⁵. Des recherches indiquent que le vaccin contre la grippe peut être moins efficace dans la prévention de la grippe chez les personnes âgées, même s'il diminue le risque de maladie grave^{366, 367}. Cela signifie qu'il est important que tous les membres de la famille, les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins se fassent vacciner contre la grippe afin de mieux protéger les personnes âgées³⁶⁵.

Avantages de la vaccination contre l'influenza

- Améliorer les probabilités de ne pas être atteint de la grippe pendant l'hiver
- Éviter de transmettre le virus aux autres
- Diminuer la gravité des symptômes chez les personnes atteintes de la grippe
- Diminuer l'incapacité causée par les symptômes de l'influenza

Risques pour la santé associés à la vaccination contre l'influenza

- Douleur au site d'injection (commun, 50 cas ou plus par 100 personnes)³⁶⁸
- Rougeur ou gonflement au site d'injection (commun, 10 à 49 cas par 100 personnes)³⁶⁸
- Douleurs et fièvre dans les 6 à 12 heures suivant la vaccination (commun, > 1 cas par 100 personnes)³⁶⁸
- Symptômes oculaires et respiratoires légers (faible risque, 1 à 9 cas par 1 000 personnes)³⁶⁸
- Syndrome de Guillain-Barré (très faible risque, 1 cas par 1 000 000 de personnes)³⁶⁰
- Réactions allergiques graves (très faible risque, < 1 cas par 100 000 personnes)³⁶⁹
- Décès (très faible risque, non défini)³⁷⁰

Ce que vous pouvez faire pour minimiser la propagation du virus de l'influenza

- Faites-vous vacciner contre la grippe chaque année
- Gardez votre système immunitaire en santé - mangez bien, soyez actif et dormez bien
- Lavez-vous souvent les mains
- Couvrez-vous la bouche lorsque vous toussiez ou éternuez
- Gardez les surfaces communes propres
- Si vous êtes malade, demeurez à la maison!
- Parlez à un professionnel de la santé si vous ressentez des symptômes semblables à la grippe
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur la prévention et la gestion des symptômes de l'influenza, visitez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (<http://origin.phac-aspc.gc.ca/influenza/index-fra.php>)

IV Information sur la santé – Défis et prochaines étapes

Les informations sur la santé sont une partie essentielle de tout système de santé moderne, permettant aux parties prenantes de suivre les changements en matière d'état de santé et d'efficacité du système de santé. Les informations sur la santé reçues en temps opportun, coordonnées et sensibles sont bénéfiques pour les Canadiens et Canadiennes parce qu'elles améliorent leur qualité de vie en les aidant à prendre des décisions.

À ces fins, le gouvernement fédéral a fait des investissements considérables pour améliorer la collecte de données pour que le secteur de la santé puisse mieux répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes. Les investissements fédéraux ont contribué à concevoir le Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines en santé de l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de Statistique Canada. De plus, le gouvernement du Canada investit 500 millions de dollars afin de poursuivre le développement de son système de dossiers électroniques de santé. Les autres avantages comprennent l'amélioration de la qualité des données et des normes nationales relatives aux données, et l'utilisation des données pour favoriser une meilleure reddition de comptes pour les Canadiens et Canadiennes.

Malgré les investissements et les progrès, des lacunes relatives à l'infrastructure des données et à leur disponibilité demeurent. À titre d'exemple, l'infrastructure des données varie d'un bout à l'autre du Canada, ce qui a un impact sur la capacité des provinces et des territoires à collecter, analyser et à publier des données. Le gouvernement du Canada continue de collaborer avec ses partenaires afin d'améliorer ces systèmes de données.

Les données sur les Autochtones accusent un certain retard par rapport à celles qui portent sur la population canadienne dans son ensemble, ce qui peut réduire la capacité du gouvernement fédéral de bien comprendre les problèmes de santé des Autochtones et d'y réagir correctement. On éprouve des difficultés à recueillir de l'information sur la santé des Autochtones et à en faire état. Comme c'est le cas d'autres groupes au Canada, il est difficile d'extraire des bases de données administratives de l'information sur la santé qui soit exclusive aux peuples autochtones (surtout les Premières nations, les Inuits et les Métis). Le chevauchement des compétences en matière de santé entre les autorités fédérales, provinciales/territoriales et locales aggrave les difficultés relatives à l'établissement de rapports sur la santé des Autochtones. Les données sur les Premières nations et les Inuits font partie de plusieurs bases de données provinciales et territoriales (p. ex., les statistiques de l'état civil, les maladies à déclaration obligatoire et les congés d'hôpital), mais il n'existe pas de mécanisme permettant d'identifier les personnes autochtones.

Sans mécanisme qui permet d'identifier les données sur les Premières nations et les Inuits recueillies dans des bases de données statistiques vitales, et d'y accéder, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* se fie sur le travail qui relie l'identificateur autochtone du Recensement avec la Base canadienne de données sur la mortalité afin de produire des statistiques sur la mortalité. Tjepkema, Wilkins, Senécal, Guimond et Penney (2009) ont utilisé deux mises en relation pour produire des statistiques sur la mortalité normalisées selon l'âge pour les Autochtones inscrits pour un certain nombre de maladies mentionnées dans le présent document. En ce qui concerne les Inuits, une méthode a été développée qui permet de lier l'identificateur géographique avec les statistiques de l'état civil pour générer des données pour les indicateurs de santé. Certaines communautés du Nord canadien ont une forte proportion d'Inuits. Ces collectivités sont organisées en quatre régions inuites. Les indicateurs de santé pour les résidents de ces régions servent de modèles pour les indicateurs de santé propres aux Inuits. Il faut souligner que ces données incluent aussi les résidents non inuits de ces régions qui seraient en meilleure santé que les Inuits de ces régions. Par conséquent, il faut être

prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Statistique Canada recueille des renseignements sur la santé des Autochtones grâce à l'Enquête auprès des peuples autochtones. L'Enquête auprès des peuples autochtones hors réserves de 2006 a été utilisée pour faire rapport sur les taux de tabagisme et l'état de santé déclaré des Inuits dans le présent document. Cependant, la composante sur réserve de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 n'a pas été analysée et, par conséquent, il n'existe pas de données pour les collectivités des Premières nations.

En plus des autres travaux de recherche mentionnés dans le présent document, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a consacré plus de 11,7 millions de dollars à la réalisation de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003 et continue à la soutenir, en affectant 12,5 millions de dollars pour appuyer l'infrastructure, la collecte et la diffusion de données pour la phase 2007-2008 de l'enquête jusqu'en 2011.

Plans pour l'avenir

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé continueront d'améliorer le Cadre conceptuel des indicateurs de santé qui est un instrument important pour mesurer le rendement du système de santé et de l'état de santé et pour en rendre compte. De plus, le gouvernement fédéral continuera d'analyser et d'interpréter les données relevées par les indicateurs dans le but de fournir des renseignements pratiques aux Canadiens et Canadiennes sur le rendement du système de santé et de l'état de santé.

Annexes

Annexe 1 : Supplément aux services de santé fédéraux sélectionnés

Santé Canada—Contribue à garantir que l’approvisionnement alimentaire au Canada est sans risque. Bien que le maintien de la salubrité soit une responsabilité partagée entre le gouvernement, l’industrie et les consommateurs, le rôle de Santé Canada consiste à établir des politiques et des normes et fournir des avis et des informations sur l’innocuité et la valeur nutritive des aliments; promouvoir la santé nutritionnelle et le bien-être de la population canadienne en collaborant à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre de politiques et de normes nutritionnelles fondées sur des données probantes; administrer les dispositions de la *Loi sur les aliments et drogues* qui touchent à la santé publique, l’innocuité des aliments et la nutrition; et évaluer l’innocuité, la qualité et l’efficacité des médicaments à usage vétérinaire.

Santé Canada joue un rôle très actif pour s’assurer que les Canadiens et Canadiennes aient accès à des médicaments et des produits de santé sécuritaires et efficaces. Avant que les médicaments (produits pharmaceutiques sur ordonnance et sans ordonnance, désinfectants et produits d’hygiène revendiquant un pouvoir désinfectant) ne soient autorisés pour la vente au Canada, Santé Canada évalue leur innocuité, leur efficacité et leur qualité. Le Ministère s’applique à maintenir un équilibre entre les bienfaits et les risques potentiels pour la santé associés à tous les médicaments et produits de santé, tout en maintenant la sécurité publique comme plus haute priorité. Pour ce faire, le Ministère collabore avec d’autres échelons de gouvernement, des professionnels de la santé, des patients, des groupes d’intérêt de consommateurs, des chercheurs et des fabricants. Les efforts qu’il déploie aident à minimiser les facteurs de risque pour la santé des Canadiens et Canadiennes.

Santé Canada veille à la protection des Canadiens et Canadiennes en effectuant la recherche et l’évaluation, et en collaborant à la gestion des risques pour la santé et la sécurité associés aux produits de consommation, y compris les produits antiparasitaires, que les Canadiens et Canadiennes utilisent régulièrement. Le Ministère est très actif dans la prévention des blessures en élaborant des normes et lignes directrices en matière de sécurité; en appliquant la législation par des enquêtes, des inspections, des saisies et des poursuites; et en effectuant les analyses et la recherche sur les produits de consommation. Par ailleurs, le Ministère fournit aux fabricants, importateurs et distributeurs l’information technique et les renseignements sur les dangers des produits; publie les avis, les mises en garde et les retraits de produits et fait la promotion de la sécurité ainsi que l’utilisation responsable des produits.

Le Ministère s’emploie à protéger la santé des Canadiens et Canadiennes des dangers liés à l’environnement. Il offre de l’information et des conseils sur les facteurs environnementaux les plus courants qui affectent la santé humaine, tels que : l’air, le bruit, la pollution des sols et de l’eau, les changements climatiques, les contaminants environnementaux, la santé et sécurité au travail, la lutte antiparasitaire et le rayonnement. En outre, le Ministère fait la promotion d’initiatives visant à réduire les effets nuisibles causés par le tabac et l’abus de l’alcool et/ou d’autres substances contrôlées.

De plus, Santé Canada consulte le public canadien, l’industrie et les autres parties intéressées lorsqu’il élabore des lois qui visent à protéger la santé et la sécurité des Canadiens et Canadiennes (telles que la *Loi sur les aliments et drogues*, mentionnée ci-dessus). Il prépare également des lignes directrices et des politiques qui aident à interpréter et clarifier les textes législatifs portant sur les médicaments et les produits de santé. Le Ministère élabore et met en application des règlements (tels que le *Règlement sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les instruments médicaux*) qui font partie de la législation du gouvernement du Canada.

L'amélioration de la santé des peuples autochtones est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, et les partenaires autochtones. Santé Canada exécute ou finance une gamme de programmes et de services de santé destinée aux Premières nations et aux Inuits afin de compléter et de soutenir les services offerts par les autorités sanitaires provinciales, territoriales et régionales. Les services de santé primaires sont fournis par l'intermédiaire de postes de soins infirmiers et de centres de santé communautaires dans les communautés de Premières nations éloignées et isolées, et les soins à domicile et communautaires sont fournis dans les collectivités de Premières nations et d'Inuits. Les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé, la santé publique, la santé environnementale et les traitements de la toxicomanie et de l'alcoolisme sont également fournis dans les réserves. En outre, Santé Canada administre des programmes de promotion de la santé ciblés pour l'ensemble des peuples autochtones, quel que soit leur lieu de résidence (p. ex., l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones), ainsi que d'autres programmes qui soutiennent l'élaboration et la mise en place d'activités destinées à promouvoir des choix de modes de vie sains et à contribuer à la prévention des maladies chroniques et des blessures. Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit une gamme limitée de biens et de services liés à la santé nécessaires sur le plan médical à environ 830 000 personnes appartenant aux populations des Premières nations et des Inuits. Le Programme SSNA fournit des services qui ne sont pas assurés par les régimes d'assurance privés, ni par les programmes sociaux ou de santé territoriaux et provinciaux, tels que la couverture de médicaments sur ordonnance, de soins dentaires, de soins de la vue et de transports pour raison médicale. En 2010-2011, on a alloué un budget d'environ 2,2 milliards de dollars aux programmes de santé fédéraux destinés aux Premières nations et aux Inuits.

Visitez le site Web de Santé Canada pour plus d'information sur ses programmes et services (<http://www.hc-sc.gc.ca/>).

L'Agence de la santé publique du Canada—S'emploie à comprendre les facteurs sous-jacents de notre santé collective, à prévenir les blessures et les maladies chroniques et à se préparer efficacement aux urgences de santé publique et aux épidémies de maladies infectieuses.

En collaboration avec des partenaires aux échelons local, régional, national et international, l'Agence a pour mandat principal de mener les efforts du gouvernement fédéral et de mobiliser l'intervention pancanadienne visant à prévenir les maladies et les blessures ainsi que de protéger et de promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde grâce aux mesures suivantes :

- prévoir les menaces pour la santé publique, s'y préparer, intervenir et reprendre les activités normales
- surveiller, observer et étudier les maladies, les blessures, les risques pour la santé évitables et leurs déterminants, l'état global de la santé publique au Canada et dans le monde, ainsi que réaliser des enquêtes et produire des rapports à cet égard
- utiliser les meilleures données et ressources disponibles pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique, au Canada et dans le monde, qui travaillent à l'amélioration de la santé de leur collectivité
- fournir aux Canadiens et Canadiennes et aux intervenants des conseils, de l'information et du leadership en matière de santé publique
- bâtir et maintenir un réseau de santé publique avec les intervenants

L'Agence de la santé publique du Canada gère de nombreux centres, notamment le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et le Centre de mesures et d'interventions d'urgence.

Le travail des nombreux centres de programme et laboratoires et des nombreuses directions de l'Agence contribuent à la vision de l'Agence : « des Canadiens et Canadiennes et des collectivités en santé dans un monde plus sain ».

La **Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses** s'emploie à prévenir, contrôler et éliminer les maladies infectieuses, et à préserver la sûreté et la sécurité dans le domaine de la santé des gens aux échelles nationale et internationale.

La Direction générale est composée de trois centres de programme, deux laboratoires et une direction :

- le **Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique** a pour mandat d'évaluer et de faire diminuer le risque d'infections d'origine hydrique, alimentaire, environnementale et zoonotique au Canada
- le **Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses** a quatre objectifs principaux : prévenir, réduire ou éliminer les maladies évitables et les maladies respiratoires infectieuses par la vaccination; réduire les effets négatifs des infections respiratoires émergentes et réémergentes; faciliter les préparatifs et les interventions en cas de pandémie; et maintenir la confiance envers les programmes d'immunisation au Canada
- le **Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections** a pour objectif de diminuer l'incidence et la transmission des maladies et infections transmissibles, ainsi que d'améliorer l'état de santé des personnes déjà touchées
- le **Laboratoire national de microbiologie** contribue au contrôle des maladies infectieuses aux échelles provinciale, territoriale, nationale et internationale. Le laboratoire combine quatre programmes de laboratoires de services de santé publique; réalise des travaux de recherche sur des agents pathogènes établis, émergeant et rares; joue un rôle de chef de file mondial reconnu, veille à l'excellence en science et offre des innovations en santé publique
- le **Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire** vise surtout à limiter rapidement les risques pour la santé publique associés aux maladies chroniques et infectieuses découlant des relations entre les humains, les animaux et l'environnement
- la **Direction de l'intégration des politiques, de la planification, des rapports et des relations internationales** fournit un soutien et une orientation à la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, et est notamment responsable du programme de santé des migrants et des voyageurs pour l'Agence

La **Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques** de l'Agence assure un leadership en promotion de la santé et met en œuvre des programmes visant à aider les Canadiens et Canadiennes à rester en bonne santé à toutes les étapes de leur vie, à réduire leur risque de contracter une maladie chronique et à empêcher la progression des maladies chroniques chez ceux qui en sont atteints.

Elle met en place des activités de promotion de la santé afin d'atteindre les objectifs suivants :

- des Canadiens et Canadiennes en meilleure santé
- une diminution des inégalités sur le plan de la santé au sein de la population
- un accroissement des connaissances afin d'aider les gens à mieux contrôler leur état de santé et ses déterminants
- des politiques publiques qui tiennent compte de la santé publique
- des interventions de santé publique efficaces
- des milieux qui favorisent et encouragent un bon état de santé

En outre, cette Direction générale travaille avec les intervenants au niveau national et international et fournit de l'information précise pour aider à comprendre de quelle façon les maladies chroniques peuvent être évitées et traitées. Cette information sert à élaborer des politiques et des programmes de santé visant à prévenir et à gérer les maladies chroniques au Canada.

Le **Centre de mesures et d'interventions d'urgence** a pour objectif d'assurer la sûreté et la sécurité nationale dans le domaine de la santé des Canadiens et Canadiennes par des mesures et des interventions d'urgence et par des mesures de protection contre tous les dangers, y compris les catastrophes d'origine naturelle ou humaine.

À cette fin, le centre réalise plusieurs activités principales :

- assure un leadership et une coordination à l'échelle nationale en cas d'urgence de santé publique, en collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux, ainsi qu'avec des représentants des provinces, des territoires et des municipalités
- par l'intermédiaire du Centre des opérations du portefeuille de la Santé, fournit un soutien et coordonne les efforts en vue de se préparer et d'intervenir en cas d'incident sanitaire national ou international
- lance des exercices de gestion des urgences au Canada et à l'étranger et y participe
- administre la législation régissant la sûreté et la sécurité des laboratoires, la santé des voyageurs et la quarantaine, et met en œuvre le Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la Santé

Le **Bureau de la pratique en santé publique (BPSP)** a pour but de renforcer la pratique en santé publique au Canada en augmentant la capacité de la main-d'œuvre et en améliorant l'information, les connaissances et les outils grâce au leadership, à l'innovation et à l'action concertée.

Le BPSP se concentre sur les points suivants :

- accroissement de la capacité de la main-d'œuvre à l'échelle internationale, dans l'ensemble du Canada et à l'interne, grâce à la formation, aux stages et à la mobilisation du personnel
- amélioration des outils, des systèmes et des réseaux pour rendre l'échange de renseignements et de connaissances plus efficace
- élaboration de produits d'information et de connaissances permettant d'améliorer les compétences en santé publique (p. ex., prise de décisions éthique, méthodes de surveillance)
- création de rapports de synthèse sur l'état de la santé publique au Canada (p. ex., rapports de l'administrateur en chef de la santé publique, évaluation de la santé de la population, analyses économiques)

Visitez le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada pour plus d'information sur ses programmes et services (<http://www.phac-aspc.gc.ca/>).

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)—Responsable du financement de la recherche en santé au Canada, de la façon suivante :

- financer davantage la recherche dans des secteurs prioritaires ciblés
- renforcer les capacités de recherche dans des secteurs sous-développés tels que la santé des populations et les services de recherche en santé
- former la prochaine génération de chercheurs en santé
- axer les efforts sur le transfert des connaissances, afin de transformer les résultats de la recherche en politiques, pratiques, procédures, produits et services

Les IRSC sont composés de 13 instituts « virtuels » (Appareil locomoteur et de l'arthrite; Cancer; Développement et de la santé des enfants et des adolescents; Génétique; Maladies infectieuses et immunitaires; Neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies; Nutrition, du métabolisme et du diabète; Santé des Autochtones; Santé circulatoire et respiratoire; Santé des femmes et des hommes; Santé publique et des populations; Services et des politiques de la santé; Vieillesse). Ces instituts novateurs mettent en contact tous les partenaires dans le processus de recherche — soit ceux qui subventionnent la recherche, ceux qui l'effectuent et ceux qui en utilisent les résultats — pour qu'ils échangent des idées et se concentrent sur ce dont les Canadiens et Canadiennes ont besoin : une bonne santé et les moyens de prévenir et de combattre les maladies. Chaque institut soutient une grande variété de recherche dans ses secteurs thématiques et, en consultation avec ses intervenants, établit ses priorités de recherche dans ces secteurs.

Les IRSC financent près de 13 000 chercheurs et stagiaires dans des universités, des hôpitaux universitaires et d'autres organismes de santé et centres de recherche au Canada.

Visitez le site Web des Instituts de recherche en santé du Canada pour de plus amples informations sur la recherche (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/9466.html>).

Ministère de la Défense nationale—Fournit des soins de santé à environ 100 000 membres des Forces canadiennes (Force régulière et réservistes à temps plein) lorsqu'ils sont au pays ou à l'étranger, afin d'optimiser leur santé et d'appuyer les opérations des Forces canadiennes. Une gamme complète de services cliniques est offerte aux membres grâce à un réseau de cliniques de santé des Forces canadiennes ou en achetant des services auprès des provinces et des territoires. Des programmes de santé publique et de promotion de la santé sont offerts à l'ensemble de la population militaire, notamment par le biais de Protection de la santé de la Force, du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. En 2009-2010, on estime que le Ministère a dépensé au total 680 millions de dollars pour dispenser des services de santé.

Gendarmerie royale du Canada (GRC)—Fournit une gamme complète de services et de prestations de soins de santé afin de garantir que ses membres sont capables, tant sur le plan médical qu'émotionnel, d'accomplir leurs tâches. Les services de soins de santé comprennent trois catégories de soins : soins de santé de base, soins de santé complémentaires et soins de santé liés au travail. En raison de la portée nationale de la GRC et dans un souci d'uniformité de la prestation des soins appropriés, les services de soins de santé *de base* sont le résultat de la combinaison de cinq plans provinciaux publics (la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres réguliers de la GRC du financement dans le cadre des régimes d'assurance-maladie provinciaux). Les soins de santé *complémentaires*, qui sont semblables à un régime d'assurance-santé employeur/employé classique, correspondent à des services gratuits pour les membres réguliers, tels que des médicaments, des aides à la vie quotidienne, des services d'ambulance, des indemnités d'hospitalisation, du matériel médical

et des thérapies. Au 1^{er} novembre 2009, 19 192 membres réguliers ou gendarmes spéciaux de la GRC bénéficiaient des soins de santé de base et complémentaires de la GRC. De plus, les membres réguliers et civils de la GRC (3 649 personnes) sont susceptibles de recevoir des services ou des prestations de soins de santé *liés au travail* s'ils se blessent ou contractent une maladie sur leur lieu de travail. Les dépenses totales de santé de la GRC se sont élevées à environ 77,6 millions de dollars en 2008-2009.

Citoyenneté et immigration Canada (CIC)—Fournit, dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire, une couverture pour des soins de santé et dentaires essentiels, des services de dépistage à des fins d'immigration, de même que des services de dépistage et de traitement avant départ aux personnes qui sont sous la responsabilité des autorités de l'Immigration (p. ex., demandeurs d'asile, réfugiés et personnes détenues en vertu de la *Loi sur l'immigration*), ce qui représente environ 115 000 clients. Le programme s'applique avant le départ du pays d'origine ou à l'arrivée au Canada, jusqu'au moment où l'immigrant est admissible aux programmes de santé provinciaux ou quitte le Canada. Pour l'exercice 2008-2009, les dépenses totales de santé de CIC totalisaient 65 millions de dollars.

Anciens Combattants Canada—Fournit des soins de santé aux anciens combattants de la guerre et des Forces canadiennes qui répondent à diverses exigences relatives aux états de service et au revenu ou qui ont droit à des prestations ou des indemnités d'invalidité liées au service militaire. Le ministère fournit une gamme complète de services de santé non couverts à l'échelle provinciale, y compris les soins en établissement aux résidents admissibles dans des foyers communautaires. En 2008-2009, 132 700 personnes étaient admissibles à des prestations, d'où des dépenses de l'ordre de 912 millions de dollars en programmes de soins de santé.

Service correctionnel Canada—Offre aux détenus des services de soins de santé (physique, dentaire et mentale) essentiels ainsi qu'un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels pouvant favoriser leur réadaptation et leur réinsertion au sein de la collectivité. Les services sont offerts par l'intermédiaire d'un réseau d'unités de santé dans les 57 établissements pénitentiaires, y compris des hôpitaux régionaux et des centres de traitement désignés en santé mentale. On fait appel, au besoin, à des spécialistes et à des services diagnostiques et hospitaliers dans la collectivité. Les dépenses opérationnelles pour la prestation de ces services à quelque 20 475 détenus en 2009-2010 s'élevaient à 196 millions de dollars. Cette donnée intègre tous les frais des soins de santé, soit les salaires, les médicaments, les frais d'hospitalisation, les examens médicaux et les rendez-vous chez le médecin, le spécialiste et le dentiste.

Annexe 2 : Exclusions et limites relatives aux sources de données

Les indicateurs sélectionnés pour *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010* proviennent de bases de données, d'enquêtes et de données de surveillance. Les sources de données utilisées pour chaque indicateur ainsi que les exclusions et les limites sont présentées ci-dessous. Elles permettront au lecteur d'évaluer la fiabilité et la validité de l'information présentée.

Avantages et désavantages des données déclarées

Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010 renvoie souvent à des informations qui proviennent des déclarations faites par les répondants. Les données déclarées peuvent être utilisées pour obtenir de l'information sur une gamme de sujets liés à la santé, bien qu'elles soient assujetties à certaines limites connues. Dans le cadre d'un examen systématique évaluant la précision des données déclarées concernant l'utilisation, les chercheurs ont démontré que les données déclarées pouvaient être influencées par divers facteurs, comme les caractéristiques socio-démographiques du répondant, ses aptitudes cognitives ou sa mémoire, les préjugés face au recours aux soins de santé, la conception du questionnaire et/ou le mode de cueillette des données (p. ex., le fait d'interviewer le répondant par téléphone ou en personne)³². Dans un rapport sur l'obésité chez les adultes Canadiens et Canadiennes, Statistique Canada a indiqué que les variations quant aux méthodes utilisées pour recueillir l'information sur le poids et la taille engendraient des données différentes. À titre d'exemple, les mesures déclarées du poids et de la taille donnaient lieu à des taux de surcharge pondérale et d'obésité plus faibles que les mesures physiques directes²⁹⁰.

En ce qui concerne *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*, certains indicateurs fondés sur des données déclarées peuvent être assujettis aux limites du mode de cueillette des données (c.-à-d., le fait d'interviewer la personne au téléphone ou en personne). Ces indicateurs comprennent *l'indice de masse corporelle* et *le taux d'activité physique*.

De plus, l'utilisation de données déclarées peut entraîner des biais liés à la non-réponse. Si certaines personnes dans un échantillon ont différentes caractéristiques et sont moins susceptibles de répondre à une enquête ou à une question particulière de l'enquête, il peut y avoir un biais dans les réponses globales. Pour l'indicateur *Indice de masse corporelle*, un changement notable a été constaté dans le schéma des non-réponses qui peuvent masquer les tendances réelles relatives à l'IMC. Cependant, dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2010*, les taux de réponse des enquêtes utilisées sont dans l'ensemble très bons, ce qui diminue la probabilité des biais dus à la non-réponse et l'impact potentiel des non-répondants.

Statistique Canada

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. La couverture de l'ESCC est de l'ordre de 98 % dans les provinces, ce qui n'est pas le cas dans les territoires : elle est d'environ 90 % au Yukon, 97 % dans les Territoires du Nord-Ouest et de 71 % au Nunavut. Ces variations s'expliquent en grande partie par le fait que certaines régions éloignées sont exclues de l'enquête. Au Nunavut, l'ESCC récolte toujours des renseignements dans les 10 communautés les plus importantes : Iqaluit, Rankin Inlet, Cambridge Bay et Kugluktuk font toujours partie de l'échantillon. Elle sélectionne également une communauté de Cape Dorset, Pangnirtung, Igloodik ou Pond Inlet, ainsi que la communauté de Baker Lake ou d'Arviat.

D'autres détails sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

(http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Enquête canadienne sur les mesures de la santé

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

D'autres détails sur l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5071&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Enquête sur les dépenses des ménages

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les représentants officiels de pays étrangers qui vivent au Canada et leur famille; les membres d'ordres religieux et d'autres groupes vivant en communauté; les membres des Forces canadiennes vivant dans des camps militaires; les personnes vivant dans des résidences pour personnes âgées; et les personnes qui vivent à plein temps dans les institutions (p. ex., les détenus des pénitenciers et les malades chroniques qui vivent dans des hôpitaux et dans des établissements de soins de longue durée).

D'autres détails sur l'Enquête sur les dépenses des ménages (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3508&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Enquête auprès des peuples autochtones

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans des réserves ou des établissements indiens; les personnes vivant dans des institutions. Bien que cette enquête n'inclue pas les personnes vivant dans des réserves dans les provinces, elle comprend l'ensemble des Autochtones vivant dans les territoires.

D'autres détails sur l'Enquête auprès des peuples autochtones (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3250&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Statistique de l'état civil — Base de données sur les naissances

Exclusions et limites : La population réelle (observée) de la base de données sur les naissances comprend les naissances données au pays par des résidentes et des non-résidentes du Canada, ainsi que les naissances données par des résidentes du Canada dans certains États américains.

Comme l'enregistrement des naissances est exigé par la loi dans chaque province et territoire du Canada, la déclaration est pratiquement complète. Le sous-dénombrement est jugé minime, mais est néanmoins surveillé. Il peut être dû à l'enregistrement tardif qui, s'il n'est pas fait immédiatement après la naissance, est nécessaire pour l'inscription à l'école. Statistique Canada reçoit les données sur les enregistrements tardifs (habituellement de 1 000 à 1 500 cas, cinq ans après l'année de l'événement). L'enregistrement incomplet est également une source de sous-dénombrement. Par exemple, certaines provinces exigent qu'une déclaration notariée soit remplie lorsque la mère refuse de nommer le père sur la demande d'enregistrement de naissance. Tant que la déclaration n'est pas notariée, la demande n'est pas enregistrée.

Les déclarations des naissances survenues à l'étranger sont incomplètes. Les naissances d'enfants dont la mère est résidente du Canada qui ont lieu dans d'autres pays que les États-Unis ne sont pas déclarées; bien qu'il existe une entente bilatérale avec les États-Unis, certains États ne déclarent pas nécessairement les naissances d'enfants dont la mère est résidente du Canada qui sont survenues sur leur territoire.

La Division de la statistique de la santé continue de suivre les progrès réalisés dans le domaine des techniques de reproduction assistée et des techniques médicales en regard de la déclaration de nouveau-nés de poids de naissance extrêmement faibles et/ou d'âge gestationnel faible. Les pratiques concernant l'enregistrement de ces naissances manquent d'uniformité, même si leur déclaration est obligatoire aux termes de la loi. Statistiquement, ce problème a engendré des indicateurs de rechange pour la mortalité infantile qui sont calculés en prenant pour dénominateur les naissances vivantes de bébés pesant 500 grammes ou plus.

D'autres détails sur la Statistique de l'état civil — Base de données sur les naissances (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3231&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès

Exclusions et limites : La population réelle (observée) de la base de données sur les décès comprend les décès de résidents et de non-résidents du Canada survenus au Canada, ainsi que les décès de résidents du Canada survenus dans certains États américains.

Comme l'enregistrement des décès est exigé par la loi dans chaque province et territoire du Canada, la déclaration est pratiquement complète. Le sous-dénombrement est jugé minime, mais est néanmoins surveillé. Il peut être dû au fait que des enregistrements sont transmis après la date limite, mais cette situation est beaucoup moins courante que pour les enregistrements de naissances. Le certificat d'enregistrement de décès est exigé pour l'obtention du permis d'inhumer ou de disposer de la dépouille, ainsi que pour le règlement de la succession, ce qui motive la parenté ou les agents officiels à remplir rapidement le formulaire d'enregistrement. Il arrive que des décès soient enregistrés par les autorités locales, mais que les documents pertinents ne soient pas transmis au registraire de la province ou du territoire avant la date limite. Pour les données de 2000, ces cas représentaient environ 200 décès, sept années après l'année du décès (enregistrements tardifs cumulés), soit moins d'un dixième de un pour cent du nombre total d'enregistrements. En ce qui concerne les décès survenus à l'étranger, seuls ceux survenus aux États-Unis sont déclarés régulièrement à Statistique Canada et, pour ceux-ci, des résumés d'enregistrement de décès sont transmis à Statistique Canada par environ 20 États américains. Les données du National Center for Health

Statistics (NCHS) aux États-Unis montrent qu'en 2004, 572 décès de résidents du Canada sont survenus aux États-Unis, mais que seulement 259 enregistrements de décès ont été envoyés à Statistique Canada par les registraires des États.

D'autres détails sur la Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Registre canadien du cancer

Exclusions et limites : Toutes les tumeurs primaires malignes (sauf les carcinomes spinocellulaires et les carcinomes basocellulaires de la peau) sont déclarées au Registre canadien du cancer (RCC). Chaque registre provincial ou territorial du cancer enregistre tous les cas de cancer survenus dans la population de sa province ou de son territoire en combinant l'information provenant de diverses sources, comme les dossiers des centres de traitement anticancéreux et les rapports de radiothérapie, les dossiers médicaux d'hospitalisation, les dossiers médicaux des services de consultations externes et des hôpitaux privés, les rapports de pathologie et d'autres rapports de laboratoire ou d'autopsie, les rapports de radiologie et de programmes de dépistage, les rapports des médecins exerçant dans le privé et les certificats de décès par cancer émis par les bureaux de la statistique de l'état civil. Périodiquement, certains registres provinciaux et territoriaux du cancer éprouvent des difficultés à soumettre les données à Statistique Canada en temps opportun.

Pour éviter le surdénombrement, le RCC n'accepte d'enregistrer les tumeurs que lorsque le registre provincial ou territorial du cancer qui en fait la déclaration est le même que la province ou le territoire de résidence du patient atteint du cancer. Chaque registre provincial ou territorial du cancer doit transmettre les dossiers des résidents d'autres juridictions au registre provincial ou territorial du cancer approprié. Le sous-dénombrement demeure un problème plus préoccupant que le surdénombrement pour plusieurs raisons : certains registres provinciaux et territoriaux du cancer n'utilisent pas, ou n'ont pas utilisé pendant certaines périodes par le passé, les certificats de décès comme source de données sur l'incidence du cancer; la définition de cancer peut varier selon le registre du cancer de la province ou du territoire déclarant; la définition de ce qui constitue une tumeur maligne diffère; certains cancers sont difficiles à diagnostiquer à cause de leur emplacement dans l'organisme; les méthodes de codage, de saisie et de traitement des données ne sont pas les mêmes pour tous les registres; enfin, certains registres omettent de déclarer les cas de cancer traités dans une province/un territoire/un pays autre que la province ou le territoire de résidence.

En 2007, le RCC a adopté les règles s'appliquant aux tumeurs primaires multiples/histologies du Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) pour déterminer les tumeurs multiples primaires. Certaines différences dans l'incidence entre 2006 et 2007 peuvent être attribuables à ces changements. Par ailleurs, en raison de problèmes techniques d'application de ces nouvelles règles par les systèmes de mise à jour, tous les registres n'ont pas pu produire un rapport conformément aux nouvelles exigences pour 2007. Cela pourrait donner lieu à des incohérences entre les provinces et les territoires.

Enfin, des études ont été conçues pour permettre aux registres provinciaux et territoriaux du cancer d'évaluer si la détermination des cas était complète (c.-à-d., vérifier le sous-enregistrement et le sur-enregistrement de cas). Les registres procèdent à la réextraction des données pour évaluer l'exactitude et l'exhaustivité des éléments de données déclarés.

D'autres détails sur le Registre canadien du cancer (http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Exclusions et limites : La BDMH ne contient pas de données sur les visites qui ne donnent pas lieu à une admission du patient, comme les tests de diagnostic, les consultations et les visites aux services d'urgence.

D'autres détails sur la Base de données sur la morbidité hospitalière (<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/TabbedContent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>).

Base de données sur les congés des patients (BDCP)

Exclusions et limites : Le Québec ne participe pas à la BDCP, donc les congés des hôpitaux québécois ne sont pas inclus dans cette base de données.

Étant donné que le codage des congés a changé avec le temps, il faut faire attention à ne pas comparer les périodes de temps à l'aide de différents codages. Avant 2001-2002, on utilisait les classifications CIM-9 et CIM-9-CM (Classification internationale des maladies). Les systèmes CIM-10-CA et Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ont été implantés pour la première fois en 2001-2002 en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans certaines parties de la Saskatchewan. L'implantation totale de la CIM-10-CA et de la CCI (à l'exception du Québec) a été complétée en 2004-2005, lorsque le Manitoba a effectué la transition de la CIM-9-CM. La modification du système de classification depuis l'année financière 2001-2002 a provoqué plusieurs difficultés pour les utilisateurs qui souhaitaient établir des tendances à long terme. Pour plus d'information, voir *S'adapter à la CIM-10-CA et CCI—Conséquences des nouveaux systèmes de classification sur l'affectation des groupes de maladies analogues et des groupes de chirurgie d'un jour*, basé sur les données (des années financières 2001-2002 et 2002-2003) que l'on peut trouver sur le site Web de l'ICIS. L'annexe C de ce rapport présente les codifications et les classifications utilisées par les provinces et les territoires. Nous recommandons fortement aux utilisateurs d'analyser les données en utilisant le bon système de classification.

D'autres détails sur la Base de données sur les congés des patients (<http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/types+of+care/hospital+care/acute+care/cihi016785>).

Base de données médicales Scott's (BDMS)

Exclusions et limites : Les résidents et les médecins non autorisés désirant que les renseignements à leur sujet ne soient pas publiés dans le *Canadian Medical Directory* au 31 décembre de l'année de référence.

La BDMS comprend le nombre de médecins généralistes/de famille (médecins de famille et médecins urgentistes) et de médecins spécialisés (médecins et chirurgiens spécialistes et spécialistes de laboratoire) au 31 décembre de l'année de référence, par 100 000 habitants. Les données incluent les médecins actifs cliniciens et non cliniciens. Les médecins actifs sont définis comme des médecins titulaires d'un doctorat en médecine, qui sont inscrits auprès d'un collège de médecins provincial ou territorial et qui ont une adresse postale valide. En général, les médecins spécialistes incluent les médecins certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et/ou du Collège des médecins du Québec (CMQ), sauf en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et au Yukon, où les spécialistes comprennent également les médecins qui sont autorisés comme spécialistes, mais qui ne sont pas certifiés par le CRMCC ou le CMQ (c.-à-d., des spécialistes non certifiés). Dans toutes les autres juridictions, les spécialistes non certifiés sont considérés comme des médecins généralistes. À l'exception de toutes les catégories citées ci-dessus, tous les médecins sont considérés comme des médecins de famille, y compris les médecins certifiés par le Collège des médecins de famille du Canada. Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie, veuillez consulter le document *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* (www.cihi.ca). Le ratio entre les médecins et les habitants est un indicateur utile publié par différents organismes afin de faciliter la planification des ressources humaines en santé. Cependant, en raison des différences au niveau des méthodes de cueillette, de traitement et de présentation des données, il est possible qu'il y ait un léger écart entre les résultats de l'ICIS et les données provinciales et territoriales. Le lecteur doit éviter de tirer des conclusions sur l'adéquation des ressources offertes en se basant uniquement sur les ratios de médecins.

Les ratios sont calculés en utilisant les prévisions démographiques les plus récentes de Statistique Canada et peuvent différer légèrement de ceux indiqués dans les précédentes publications de l'ICIS.

D'autres détails sur la Base de données médicales Scott's (http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/spending+and+health+workforce/workforce/physicians/hhrdata_smdb).

Base de données sur le personnel de la santé (BDPS)

Exclusions et limites : La BDPS comprend les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées, les pharmaciens (sauf ceux du Québec, du Manitoba, du Yukon et du Nunavut), les physiothérapeutes et les ergothérapeutes (sauf ceux du Québec). Dans cette base de données, sont enregistrés les professionnels de la santé autorisés actifs et en exercice qui sont employés dans ces professions de la santé. En ce qui concerne les autres professionnels de la santé, les données font état du personnel, sans tenir compte de leur situation professionnelle, et incluent le nombre de dentistes autorisés actifs, d'hygiénistes dentaires autorisés, de diététistes autorisés, de chiropraticiens autorisés, d'optométristes autorisés actifs et de psychologues autorisés actifs.

Les données sur les IA pour les territoires incluent les inscriptions secondaires. Les ratios entre le personnel et la population sont réévalués chaque année en utilisant les prévisions démographiques les plus récentes de Statistique Canada et sont donc susceptibles de différer légèrement des chiffres publiés précédemment. Les ratios sont susceptibles de ne pas concorder avec ceux des organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux, du fait que l'ICIS utilise des méthodes de cueillette, de traitement et de présentation des données différentes. Veuillez consulter *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 : Guide de référence* et le *Rapport technique* de la BDPS pour plus d'information sur la méthodologie, pour les questions relatives à la qualité des données et pour les renseignements spécifiques aux professions.

D'autres détails sur la Base de données sur le personnel de la santé (<http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/spending+and+health+workforce/workforce/other+providers/cihi010674>).

Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale

Exclusions et limites : L'ICIS a effectué des inventaires chaque année entre 2003 et 2009, sauf en 2008. Cette enquête est complétée par de l'information provenant des ministres de la santé provinciaux. Au cours des inventaires, on comptabilise tous les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) dans les établissements de santé canadiens (publics et privés) identifiés comme ayant du matériel de ce type. Le but était d'obtenir un inventaire complet, mais il est possible que certains appareils n'aient pas été comptabilisés par l'enquête ou n'aient pas pu être détectés par d'autres moyens tels que le processus de validation par les ministres de la santé provinciaux ou territoriaux. Le nombre d'examen a été indiqué pour certains appareils.

D'autres détails sur l'Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale (http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/medical+imaging/release_22jul2010).

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Système national de surveillance des maladies chroniques (diabète) (SNSMC)

Exclusions et limites : Les personnes de moins d'un an.

Avis au lecteur : Le lecteur devrait interpréter ces données avec prudence.

Divulgarion des limites : 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. Il faut noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme diabète sucré (CIM-9, code 250 ou CIM-10, codes E10-E14). Un rajustement a été fait pour exclure les cas codés comme étant du diabète gestationnel par erreur.

L'utilisation de données administratives à des fins de surveillance, comme c'est le cas avec le SNSMC, implique souvent des compromis lorsqu'il s'agit de recenser les personnes atteintes d'une maladie particulière. Il faut tenir compte de la possibilité d'avoir mal classé des gens qui avaient reçu un diagnostic de diabète mais qui n'étaient pas identifiés comme tel dans le SNSMC (faux négatifs), et des gens qui ne sont pas atteints du diabète mais qui étaient identifiés comme atteints du diabète dans le SNSMC (faux positifs). Des études de validation ont indiqué que la définition des cas utilisée dans le SNSMC est fiable puisqu'elle minimise à la fois le nombre de faux négatifs et le nombre de faux positifs afin de représenter plus ou moins fidèlement le nombre de cas de diabète diagnostiqués au Canada.

De plus, certaines personnes sont réellement atteintes de la maladie mais n'ont jamais été diagnostiquées. L'estimation de ce nombre d'individus dépasse le cadre du SNSMC.

Étant donné que les données présentées dans *Les Canadiens et Canadiennes en santé 2010* ont été normalisées en fonction de la population canadienne de 1991, les données standardisées selon l'âge sous-estiment le nombre de cas de diabète (et le fardeau que cette maladie représente) au sein de la population.

La durée de la période couverte, soit sept exercices financiers, est insuffisante pour effectuer une analyse des tendances.

Puisque les données se fondent sur les données administratives, leur qualité dépend de la précision de ces systèmes. On observera de légères variantes dans les données lorsqu'on les comparera à celles d'autres publications fédérales, provinciales et territoriales, en raison des délais de production des rapports, des sources et de la date à laquelle on consulte les prévisions démographiques de Statistique Canada.

Données de surveillance en laboratoire des entéropathogènes au Canada : Sommaire annuel 2006

Exclusions et limites : Les données sur l'E. coli reposent essentiellement sur les isolats déclarés au Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME), complétés par les identifications effectuées par les services de référence du Laboratoire national de microbiologie (LNM). À l'exception du sérotype O157, peu de provinces signalent systématiquement les isolats d'E. coli producteur de vérotoxine dont tous les antigènes ont été caractérisés et, par conséquent, les valeurs représentées sont essentiellement celles qui ont été transmises au LNM.

D'autres détails sur les *Données de surveillance en laboratoire des entéropathogènes au Canada : Sommaire annuel 2006* (<http://www.nml-lnm.gc.ca/NESP-PNSME/assets/pdf/2006SommaireAnnuel.pdf>).

Bref rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2007

Exclusions et limites : À l'heure actuelle, certaines provinces ou certains territoires présentent à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) des nombres de cas agrégés plutôt que des données sur les cas individuels. De plus, les treize provinces et territoires ne fournissent des données que sur les variables suivantes : âge au moment du diagnostic, année du diagnostic, province/territoire où le diagnostic a été posé et sexe. C'est pourquoi les rapports présentés à l'échelle nationale se limitent aux analyses de ces variables.

Un délai peut s'écouler entre le moment où une personne reçoit un résultat positif au test de dépistage d'une infection transmise sexuellement (ITS) et le moment où l'ASPC reçoit les résultats. On appelle ce délai « retard de déclaration ». Lorsqu'il y a un écart entre les données présentées par l'ASPC et celles présentées individuellement par les provinces et les territoires, ce sont les données provinciales et territoriales qui prévalent, car elles sont plus à jour. Il convient aussi de souligner que les données de 2007 présentées dans le présent rapport sont préliminaires et qu'elles pourraient changer.

Les nombres de cas signalés sous-estiment probablement le fardeau réel des infections dans une population en raison des facteurs suivants :

- un grand nombre de personnes qui ont contracté une ITS ne présentent pas de symptômes
- les personnes infectées n'interagissent pas toujours avec le système de santé afin de subir des tests de dépistage des ITS bactériennes

Les tendances observées doivent être interprétées avec prudence parce qu'un certain nombre de facteurs peuvent entraîner des changements :

- les taux calculés à partir de petits nombres sont plus susceptibles de fluctuer au fil du temps
- les tendances relatives au dépistage peuvent changer en raison d'améliorations apportées sur divers plans : capacités diagnostiques, élimination des doublons et retard de déclaration

D'autres détails sur le *Bref rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2007* (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/sti-its/index-fra.php>).

VIH et sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008

Exclusions et limites : Le nombre de cas de sida déclarés et de tests positifs pour le VIH à un moment donné ne correspond pas nécessairement au nombre total de cas de sida diagnostiqués ou d'infections par le VIH. Cet écart s'explique par le fait que certaines personnes séropositives ou atteintes du sida ne sont jamais déclarées à l'ASPC, ce qui entraîne une sous-déclaration de cas.

Un délai peut s'écouler entre le moment où une personne reçoit un résultat positif au test pour le VIH ou un diagnostic de sida et le moment où l'ASPC reçoit les résultats. On appelle ce délai « retard de déclaration ». Les cas de sida prenant en compte les retards de déclaration sont habituellement présentés lors des rapports de surveillance de fin d'année. L'attention accrue portée à la surveillance du VIH dans un certain nombre de provinces, a contribué à amplifier l'incertitude associée aux méthodes courantes utilisées pour estimer le retard de déclaration des cas de sida. L'ASPC étudie actuellement un processus amélioré d'estimation de la

sous-déclaration et des retards de déclaration des cas diagnostiqués de sida et compte publier des résultats obtenus avec ces méthodes dans de prochains rapports.

D'autres détails sur *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008* (<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/pdf/survrepdec08.pdf>).

Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN)

Exclusions et limites : Actuellement, seuls les centres de soins tertiaires (hôpitaux de soins actifs) participent à ce programme de surveillance.

Divulgarion des limites : Plus de 94 % des hôpitaux qui participent au PCSIN sont des hôpitaux d'enseignement de soins tertiaires; par conséquent, ils ne sont vraiment représentatifs que des centres médicaux affiliés à des universités dans le pays.

Les hôpitaux participant au PCSIN ont un programme de surveillance active du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), avec des politiques de contrôle différentes en fonction des établissements. Il est donc probable que le système ne parvienne pas à détecter certains cas de colonisation par le SARM. On suppose que la colonisation par le SARM existe en l'absence de signes cliniques ou de symptômes d'infection. Cette méthode diagnostique peut entraîner une mauvaise classification des cas latents d'infection par le SARM, même si on pense que c'est un phénomène relativement marginal.

On utilise une définition de cas normalisée pour classer les cas de SARM associés à la communauté ou aux établissements de santé, mais cette méthode comporte une certaine part de subjectivité, qui est également considérée comme négligeable.

Entre 1995 et 2005, des isolats provenant de tous les patients ont été remis au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, afin que d'autres tests soient effectués, alors qu'entre 2006 et 2008, seuls les isolats « cliniques » (c.-à-d., ne provenant pas d'un contrôle) prélevés sur des patients soupçonnés d'être porteurs du SARM ont été étudiés.

Sauf en 1995 et 1996, on n'a sélectionné que des sous-ensembles d'isolats représentatifs sur le plan géographique pour les caractérisations en laboratoire (typage moléculaire). Par conséquent, il est recommandé que les lecteurs tiennent compte de ces éléments lorsqu'ils compareront les résultats annuels.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Eco-Santé OCDE 2010

Exclusions et limites : Les personnes qui s'intéressent aux données comparatives transnationales sur les soins de santé doivent savoir que de graves lacunes persistent dans les ententes internationales sur les méthodes statistiques. Un même terme peut faire référence à des réalités fort différentes dans l'un ou l'autre des 30 pays de l'OCDE. Malgré les efforts d'uniformisation engagés, la normalisation des statistiques sur la santé demeure un objectif et non une réalité. Les statistiques qui ont servi à produire Eco-Santé OCDE 2010 reflètent la situation qui prévalait au moment de la publication; elles ont été précisées et améliorées d'année en année. L'objectif des fichiers et des sources et méthodes qui les accompagnent est de fournir un outil de travail objectif. La coopération et les critiques des divers fournisseurs de données et utilisateurs nationaux entraîneront des améliorations à l'avenir.

D'autres détails sur Eco-Santé OCDE 2010 (http://www.oecd.org/document/30/0,3746,fr_2649_34631_32566008_1_1_1_1,00.html).

Références

- 1 Pour obtenir de plus amples renseignements sur le *Communiqué sur la santé pour la rencontre des premiers ministres*, consultez le site Web suivant : <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2001/health/0926n07.htm>.
- 2 Des renseignements supplémentaires sur l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.
- 3 Des renseignements supplémentaires sur l'*Accord de santé 2004* sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.
- 4 Pour obtenir de plus amples renseignements sur les accords de santé, consultez les hyperliens des références # 1 à 3 ou le suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/indicat/index-fra.php>.
- 5 La liste des 70 indicateurs précédemment publiée est accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/indicat/index-fra.php>.
- 6 De plus amples renseignements sur cette vérification sont accessibles à : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200812_08_f_31832.html.
- 7 Des renseignements sur le Cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de StatCan sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/DEF_FRAMEWORK_JUNE09_FR.
- 8 Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada, consultez l'annexe 2 ou le lien suivant : http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2.
- 9 Statistiquement significative signifie qu'une différence observée ne pourrait probablement pas être uniquement l'effet du hasard, et que cette différence peut être attribuée à une réelle différence dans la population. La valeur « $p < 0,05$ » signifie qu'il y a moins de 5 % de chances que la différence soit due au seul hasard. Il est important de noter que la taille de l'échantillon d'une étude est un déterminant important de l'incidence du hasard sur les résultats.
- 10 Statistique Canada. Recensement 2006. *Tableaux des faits saillants sur les peuples autochtones*. Population selon les groupes d'âge, le sexe et les groupes d'identité autochtone, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %) Ottawa, Statistique Canada, 2008. N° de catalogue : 97-558-XWE2006002. Accessible à : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-558/pages/page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Table=2&Data=Count&Sex=1&Abor=1&StartRec=1&Sort=2&Display=Page&CSDFilter=250>.
- 11 Pour de plus amples informations sur la Loi canadienne sur la santé, visitez le site Web suivant : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>.
- 12 Des renseignements détaillés sur les plans, les priorités et les résultats stratégiques de Santé Canada sont accessibles à : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2008-2009/inst/shc/shc-fra.pdf>.
- 13 De plus amples renseignements sur les dépenses en santé au Canada sont accessibles à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_FR_web.pdf.
- 14 L'ICIS définit les dépenses de santé comme étant les activités ayant pour objectif direct d'améliorer ou de maintenir la santé. Vous trouverez des détails dans la référence # 13, ci-dessus.
- 15 Les dépenses de santé provinciales et territoriales comprennent le financement gouvernemental provincial/territorial, les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et aux territoires et les transferts du gouvernement provincial aux gouvernements municipaux.
- 16 Ces dépenses font partie des régimes d'assurance sociale indépendants du point de vue du financement qui sont institués et administrés par une instance gouvernementale, p. ex., les activités de financement autonomes imposées et contrôlées par le gouvernement, comme les commissions des accidents du travail et le Fonds d'assurance médicaments du Québec.
- 17 Des détails sur le Transfert canadien en matière de santé sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>.
- 18 De plus amples détails sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.fin.gc.ca/budget05/bp/bpc3-fra.asp>.

- 19 Des détails sont accessibles à l'adresse suivante : <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1611>.
- 20 Des détails sur le budget 2009 sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.budget.gc.ca/2009/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf>.
- 21 Gray, D.P., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seamark, D., Seamark, C., Dixon, M., Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 96(4): 160-166. Accessible à l'adresse suivante : <http://jrsm.rsmjournals.com/cgi/reprint/96/4/160>.
- 22 Rosser, W., Schultz, K. (2007). Promoting continuity of care should be integral to any health care system. *Canadian Medical Association Journal*. 177(11): 1385-1386. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.canadianmedicaljournal.ca/cgi/content/full/177/11/1385>.
- 23 McIsaac, W.J., Fuller-Thomson, E., Talbot, Y. (2001). Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Canadian Family Physician*. 47: 70-76. Accessible à l'adresse suivante : <http://171.66.125.180/cgi/reprint/47/1/70>.
- 24 Saultz, J.W., Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. 3: 159-166. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466859/?tool=pubmed>.
- 25 Lorig, K.R., Mazonson, P.D., Holman, H.R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis and Rheumatism*. 36(4): 439-446.
- 26 Vitacca, M., Bianchi, L., Guerra, A., Fracchia, C., Spanevello, A. (2009). Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *European Respiratory Journal*. 33: 411-418. Accessible à l'adresse suivante : <http://erj.ersjournals.com/cgi/reprint/33/2/411>.
- 27 Dunlop, S., Coyote, P.C., McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*. 51: 123-133.
- 28 Zanchetta, M.S., Poureslami, I.M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *American Journal of Public Health*. 97(2): S26-S30.
- 29 Kalichman, S.C., Benotsch, E.G., Weinhardt, L.S., Austin, J., Luke, W. (2002). Internet use among people living with HIV/AIDS: association of health information, health behaviors, and health status. *AIDS Education and Prevention*. 14(1): 51-61.
- 30 Eng, T.R., Maxfield, A., Patrick, K., Deering, M.J., Ratzan, S.C., Gustafson, D.H. (1998). Access to health information and support: a public highway or a private road. *Journal of the American Medical Association*. 280(15): 1371-1375. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/280/15/1371>.
- 31 Citation de la *Cour Suprême du Canada* : *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005. CSC 35 Date : 20050609 Dossier : 29272. Page 7. Accessible à l'adresse suivante : <http://scc.lexum.org/fr/2005/2005csc35/2005csc35.html>.
- 32 Bhandari, A., Wagner, T. (2006). Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Medical Care Research and Review*. 63(2): 217-235.
- 33 De plus amples informations sur le nombre d'examen d'imagerie médicale au Canada sont disponibles sur le site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé à l'adresse suivante : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/medical+imaging/release_26may11.
- 34 De plus amples informations sur les Garanties de délais d'attente sont accessibles à l'adresse suivante : <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1611>.
- 35 Connor-Spady, B., Sanmartin, C., Johnston, G., McGurran, J., Kehler, M., Noseworthy, T. (2008). Willingness of patients to change surgeons for a shorter waiting time for arthroplasty. *Canadian Medical Association Journal*. 179(4): 327-332. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/179/4/327>.
- 36 De plus amples informations sur *Les temps d'attente au Canada – une comparaison par province* de l'Institut canadien d'information sur la santé sont accessibles à l'adresse suivante : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1599>.
- 37 Steinbrook, R. (2006). Private health care in Canada. *The New England Journal of Medicine*. 354: 1661-1664. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp068064>.

- 38 Law, M.R., Morris, J.K., Wald, N.J. (2009). Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *British Medical Journal*. 338(191): b1665.
- 39 Chen, Y.F., Jobanputra, P., Barton, P., Jowett, S., Bryan, S., Clark, W., Fry-Smith, A., Burls, A. (2006). A systematic review of the effectiveness of adalimumab, etanercept and infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis in adults and an economic evaluation of their cost-effectiveness. *Health Technology Assessment*. 10(42). 266 pages. Accessible à l'adresse suivante : http://eprints.bham.ac.uk/1/1/Chen_YF%2C_Jobanputra_P._TNF_inhibs_for_RA_HTA_2006.pdf.
- 40 American Diabetes Association. (2008). Standards of Medical Care in Diabetes—2008. *Diabetes Care*. 31(S1): S12-S54. Accessible à l'adresse suivante : http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S12.full.pdf+html.
- 41 Marcellin, P., Chang, T.T., Lee Lim, S.G., Sievert, W., Tong, M., Arterburn, S., Borroto-Esoda, K., Frederick, D., Rousseau, F. (2008). Long-term efficacy and safety of Adefovir Dipivoxil for the treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *Hepatology*. 48(3): 750-758. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119163271/HTMLSTART>.
- 42 Manavi, K. (2006). A review on infection with Chlamydia trachomatis. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 20(6): 941-951.
- 43 Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British Journal of General Practice*. 40: 114-116. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371078/pdf/brjgenprac00082-0026.pdf>.
- 44 Fenton, W.S., Blyler, C.R., Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*. 23(4): 637-651. Accessible à l'adresse suivante : <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/4/637>.
- 45 Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26: 331-342. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119018661/PDFSTART>.
- 46 Shah, N.S., Wright, A., Bai, G.H., Barrera, L., Boulahbal, F., Martín-Casabona, N., Drobniewski, F., Gilpin, C., Havelková, M., Lepe, R., Lumb, R., Metchock, B., Portaels, F., Rodrigues, M.F., Rüscher-Gerdes, S., Van Deun, A., Vincent, V., Laserson, K., Wells, C., Cegielski, J.P. (2007). Worldwide emergence of extensively drug-resistant tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases*. 13(3): 380-387. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2725916/>.
- 47 Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J., Johnson, J.A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*. 333(7557): 15.
- 48 Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J.A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., Hurley, J., Grad, R., Latimer, E., Perreault, R., McLeod, P., Huang, A., Larochelle, P., Mallet, L. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*. 285(4): 421-429. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/4/421>.
- 49 The Strategic Counsel. *Health Canada Performance Survey 2009*. Page 49.
- 50 Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 11(4): 319-328. Accessible à l'adresse suivante : <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/11/4/319.full.pdf+html>.
- 51 Sitzia, J., Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12): 1829-1843.
- 52 Hall, J.A., Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*. 30(7): 811-819.
- 53 Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*. 13(5): 385-390. Accessible à l'adresse suivante : <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/13/5/385.full.pdf+html>.

- 54 Bleich, S.N., Özaltin, E., Murray, C.J.L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*. 87: 271-278. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v87n4/v87n4a12.pdf>.
- 55 Xiao, H., Barber, J.P. (2008). The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value in Health*. 11(4): 719-725. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4733.2007.00294.x/pdf>.
- 56 Lee, D.S., Tu, J.V., Chong, A., Alter, D.A. (2008). Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. *Circulation*. 118: 1938-1945. Accessible à l'adresse suivante : <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/118/19/1938>.
- 57 Sulmasy, D.P., McIlvane, J.M. (2002). Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Archives of Internal Medicine*. 162: 2098-2104. Accessible à l'adresse suivante : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/162/18/2098>.
- 58 Rao, M., Clarke, A., Sanderson, C., Hammersley, R. (2006). Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.38874.499167.7C. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.bmj.com/content/333/7557/19.full.pdf>.
- 59 Becker, G., Newsom, E. (2003). Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *American Journal of Public Health*. 93: 742-748. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/93/5/742>.
- 60 Karolija, D., Wood-Dauphinee, S., Pointner, R. (2007). Patient-reported outcomes. How important are they? *Surgical Endoscopy*. 21: 503-507. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/88r2041555603541/fulltext.pdf>.
- 61 Coyte, P.C., Wright, J.G., Hawker, G.A., Bombardier, C., Dittus, R.S., Paul, J.E., Freund, D.A., Ho, E. (1994). Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario. *The New England Journal of Medicine*. 331: 1068-1071.
- 62 Billings, J., Zeitel, L., Lukomnik, J., Carey, T.S., Blank, A.E., Newman, L. (1993). Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*. 12(1): 162-173. Accessible à l'adresse suivante : <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/162>.
- 63 Roos, L.L., Walld, R., Uhanova, J., Bond, R. (2005). Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Research and Educational Trust*. 40(4): 1167-1185. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2005.00407.x/pdf>.
- 64 Agabiti, N., Pirani, M., Schifano, P., Cesaroni, G., Davoli, M., Bisanti, L., Caranci, N., Costa, G., Forastiere, F., Marinacci, M., Russo, A., Spadea, T., Perucci, C.A., and Italian Study Group on Inequalities in Health Care. (2009). Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BioMed Central Public Health*. 9: 457-464. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/457>.
- 65 Levinton, C., Lacroix, J., Choi, L., Tallentire, M., Paul, J. (2006). Ambulatory care sensitive conditions technical summary. Hospital Report 2006: Acute Care. *Institut canadien d'information sur la santé*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.hospitalreport.ca/downloads/2006/AC/2006_AC_ambcare_techreport.pdf.
- 66 Pappas, G., Hadden, W.C., Kozak, L.J., Fisher, G.F. (1997). Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. *American Journal of Public Health*. 87: 811-816. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/87/5/811>.
- 67 Trivedi, A.N., Zaslavsky, A.M., Schneider, E.C., Ayanian, J.Z. (2005). Trends in the quality of care and racial disparities in Medicare managed care. *The New England Journal of Medicine*. 353: 692-700.
- 68 Booth, G.L., Hux, J.E. (2003). Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Archives of Internal Medicine*. 163: 101-106. Accessible à l'adresse suivante : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/1/101>.
- 69 Shi, L., Samuels, M.E., Pease, M., Bailey, W.P., Corley, E.H. (1999). Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *Southern Medical Journal*. 92: 989-998.

- 70 Culler, S.D., Parchman, M.L., Przybylski, M. (1998). Factors related to potentially preventable hospitalisations among elderly. *Medical Care*. 36: 804-817.
- 71 Zhang, W., Mueller, K.J., Chen, L.W. (2008). Uninsured hospitalizations: rural and urban differences. *The Journal of Rural Health*. 24(2): 194-202. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2008.00158.x/pdf>.
- 72 Ansari, Z., Laditka, J.N., Laditka, S.B. (2006). Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care Research and Review*. 63: 719-741.
- 73 Statistique Canada. (2004). *Soins de santé primaires – Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2002000/considerations/pc/4064257-fra.htm>.
- 74 Desai, M.M., Stauffer, B.D., Feringa, H.H., Schreiner, G.C. (2009). Statistical models and patients predictors of readmission for acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2: 500-507. Accessible à l'adresse suivante : <http://circoutcomes.ahajournals.org/cgi/content/full/2/5/500-R2-832949>.
- 75 Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Indicateurs de santé 2010. Définitions, sources de données et raisonnement* (Ottawa, Ont. : ICIS, 2010). Accessible à l'adresse suivante : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/DEFINITIONS_052010_FR.
- 76 Carroll, D.L., Rankin, S.H., Cooper, B.A. (2007). The effects of a collaborative peer advisor/advanced practice nurse intervention: cardiac rehabilitation participation and rehospitalization in older adults after a cardiac event. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 22: 313-319.
- 77 Young, W., Rewa, G., Goodman, S.G., Jaglal, S.B., Cash, L., Lefkowitz, C., Coyte, P.C. (2003). Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*. 169: 905-910.
- 78 Ades, P.A., Huang, D., Weaver, S.O. (1992). Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs. *American Heart Journal*. 123: 916-921.
- 79 Bondestam, E., Breikss, A., Hartford, M. (1995). Effects of early rehabilitation on consumption of medical care during the first year after acute myocardial infarction in patients ≥ 65 years of age. *American Journal of Cardiology*. 75: 767-771.
- 80 Ades, P.A., Pashkow, F.J., Nestor, J.R. (1997). Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 17(4): 222-231.
- 81 Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2004 à 2008*. Accessible à l'adresse suivante : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/regulated_nurses_2004_2008_fr.pdf.
- 82 Dussault, G., Dubois, C.A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*. 1: 1. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf>.
- 83 Anand, S., Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*. 364: 1603-1609. Accessible à : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17313-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17313-3/fulltext).
- 84 Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2008*. Accessible à l'adresse suivante : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SMDB_2008_f.pdf.
- 85 Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Le recours aux examens d'IRM et de TDM varie fortement parmi les provinces*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types+of+care/specialized+services/medical+imaging/release_22jul2010.
- 86 Wang, L., Nie, J.X., Tracy, S., Moineddin, R., Upshur, R.E.G. (2008). Utilization patterns of diagnostic imaging across the late life course: a population-based study in Ontario, Canada. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 24(4): 384-390. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=6&fid=2347084&jid=THC&volumeId=24&issueId=04&aid=2347080&fulltextType=RA&fileId=S0266462308080501>.

- 87 Kidwell, C.S., Chalela, J.A., Saver, J.L., Starkman, S., Hill, M.D., Demchuk, A.M., Butman, J.A., Patronas, N., Alger, J.R., Latour, L.L., Luby, M.L., Baird, A.E., Leary, M.C., Tremwel, M., Ovbiagele, B., Fredieu, A., Suzuki, S., Villablanca, J.P., Davis, S., Dunn, B., Todd, J.W., Ezzeddine, M.A., Haymore, J., Lynch, J.K., Davis, L., Warach, S. (2004). Comparison of MRI and CT for detection of acute intracerebral hemorrhage. *Journal of the American Medical Association*. 292(15): 1823-1830. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/292/15/1823>.
- 88 Brydie, A. (2003). Early MRI in the management of clinical scaphoid fracture. *The British Journal of Radiology*. 76: 296-300. Accessible à l'adresse suivante : <http://bjr.birjournals.org/cgi/reprint/76/905/296>.
- 89 Sandrasegaran, K., Rajesh, A., Rushing, D.A., Rydberg, J., Akisik, F.M., Henley, J.D. (2005). Gastrointestinal stromal tumors: CT and MRI findings. *European Radiology*. 15: 1407-1414. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/r2682761v6033017/fulltext.pdf>.
- 90 Holmes, J.F., Akkinepalli, R. (2005). Computed tomography versus plain radiography to screen for cervical spine injury: a meta-analysis. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*. 58(5): 902-905.
- 91 Mowatt, G., Cook, J.A., Hillis, G.S., Walker, S., Fraser, C., Jia, X., Waugh, N. (2008). 64-slice computed tomography angiography in the diagnosis and assessment of coronary artery disease: systematic review and meta-analysis. *Heart*. 94(11): 1386-1393.
- 92 Santé Canada. (2003). L'examen du corps entier au moyen des technologies de l'IRM ou de la tomographie par ordinateur. *Votre santé et vous*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/med/mri-irm-fra.pdf.
- 93 Franiel, T., Schmidt, S., Klingebiel, R. (2006). First-degree burns on MRI due to nonferrous tattoos. *American Journal of Roentgenology*. 187: W556. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ajronline.org/cgi/content/full/187/5/W556>.
- 94 Murphy, K.J., Brunberg, J.A. (1997). Adult claustrophobia, anxiety and sedation in MRI. *Magnetic Resonance Imaging*. 15(1): 51-54.
- 95 Lin, S.P., Brown, J.J. (2007). MR contrast agents: physical and pharmacologic basics. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*. 25: 884-899. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114219236/PDFSTART>.
- 96 Santé Canada. (2007). Association des agents de contraste avec gadolinium et la fibrose néphrogénique systémique ou dermatopathie néphrogénique fibrosante (FNS/DNF) - Avis aux hôpitaux. Accessible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2007/gadolinium_nth-aah-fra.php.
- 97 Hill, B.C., Johnson, S.C., Owens, E.K., Gerber, J.L., Senagore, A.J. (2010). CT scan for suspected acute abdominal process: impact of combinations of IV, oral, and rectal contrast. *World Journal of Surgery*. 34: 699-703. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/9645u30468832602/fulltext.pdf>.
- 98 L'Association canadienne des radiologistes. (2009). *Avez-vous besoin d'une TDM ?* Ottawa: ACR. Accessible à l'adresse suivante : http://www.car.ca/uploads/patient%20info/car_tdm_fr.pdf.
- 99 Reed, M. (2010). Patient safety through medical imaging appropriateness. *Technology for Doctors, online*. Document du 11 novembre 2010. Accessible à l'adresse suivante : http://www.car.ca/uploads/news%20publications/safety_through_appropriateness_reprint259low.pdf.
- 100 Statistique Canada. (2006). *Mortalité, liste sommaire des causes – Qualité des données, concepts et méthodologie*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/2001000/4078972-fra.htm>.
- 101 Pan, S.Y., Ugnat, A.-M., Semenciw, R., Desmeules, M., Mao, Y., MacLeod, M. (2006). Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. *Injury Prevention*. 12(3): 155-160. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563519/>.
- 102 Gouvernement du Canada. (1990). *Le suicide chez les adolescents*. Accessible à l'adresse suivante : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp236-f.htm>.
- 103 Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Principales causes de décès et d'hospitalisation au Canada*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/index-fra.php>.
- 104 Santé Canada. (2007). *Vie saine – Sécurité et blessures*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/securit/index-fra.php>.

- 105 Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Données concernant les blessures*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/facts-fra.php>.
- 106 Santé Canada. (2001). *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_injury-bleess/2001_trauma/index-fra.php.
- 107 Clayton, D., Barceló, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*. 20(2): 89-95.
- 108 Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 294(16): 2064-2074. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/294/16/2064>.
- 109 Doessel, D.P., Williams, R.F.G., Whiteford, H. (2009). A reassessment of suicide measurement – some comparative PYLL-based trends in Queensland, Australia, 1920-2005. *Crisis*. 30(1): 6-12. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.psycontent.com/content/1u401x444844121t/>.
- 110 Ballesteros, M.F., Gielen, A.C. (2010). Patient counseling for unintentional injury prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 4(1): 38-41. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajl.sagepub.com/content/4/1/38.full.pdf+html>.
- 111 Des détails sur les tendances du cancer se trouvent dans le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*, accessible à l'adresse suivante : http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/cancer%20statistics/~/_media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/Canadian%20Cancer%20Statistics%202008%20PDF_404639205.ashx.
- 112 Rock, C.L., Demark-Wahnefried, W. (2002). Can lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer? *Journal of Nutrition*. 132: 3504S-3509S. Accessible à l'adresse suivante : <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/132/11/3504S>.
- 113 Ornish, D., Weidner, G., Fair, W.R., Marlin, R., Pettengill, E.B., Raisin, C.J., Dunn-Emke, S., Crutchfield, L., Jacobs, F.N., Barnard, R.J., Aronson, W.J., McCormac, P., McKnight, D.J., Fein, J.D., Dnistrian, A.M., Weinstein, J., Ngo, T.H., Mendell, N.R., Carroll, P.R. (2005). Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *Journal of Urology*. 174: 1065-1070. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.abundantwellbeing.com/Nischala/CancerStudyOrnish.pdf>.
- 114 Jones, L.W., Demark-Wahnefried, W. (2006). Diet, exercise, and complementary therapies after primary treatment for cancer. *The Lancet Oncology*. 7(12): 1017-1026.
- 115 Key, T.J., Schatzkin, A., Willet, W.C., Allen, N.E., Spencer, E.A., Travis, R.C. (2004). Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition*. 7(1A): 187-200.
- 116 Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *The Health Consequence of Smoking*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm.
- 117 Boffetta, P., Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*. 7: 149-156.
- 118 Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*. 87: 1234-1245.
- 119 World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington, DC: AICR.
- 120 Giovannucci, E., Rimm, E.B., Liu, Y., Stampfer, M.J., Willett, W.C. (2002). A prospective study of tomato products, lycopene, and prostate cancer risk. *Journal of the National Cancer Institute*. 94: 391-398. Accessible à l'adresse suivante : <http://jnci.oxfordjournals.org/content/94/5/391.full.pdf+html>.
- 121 Feskanich, D., Ziegler, R.G., Michaud, D.S., Giovannucci, E.L., Speizer, F.E., Willett, W.C., Colditz, G.A. (2000). Prospective study of fruit and vegetable consumption and risk of lung cancer among men and women. *Journal of the National Cancer Institute*. 92: 1812-1823. Accessible à l'adresse suivante : <http://jnci.oxfordjournals.org/content/92/22/1812.full.pdf+html>.
- 122 Norat, T., Lukanova, A., Ferrari, P., Riboli, E. (2002). Meat consumption and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *International Journal of Cancer*. 98: 241-256. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.10126/pdf>.

- 123 Michaud, D.S., Augustsson, K., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Giovannucci, E. (2001). A prospective study on intake of animal products and risk of prostate cancer. *Cancer Causes and Control*. 12: 557-567.
- 124 Howe, G.R., Aronson, K.J., Benito, E., Castelleto, R., Cornée, J., Duffy, S., Gallagher, R.P., Iscovich, J.M., Deng-ao, J., Kaaks, R., Kune, G.A., Kune, S., Lee, H.P., Lee, M., Miller, A.B., Peters, R.K., Potter, J.D., Riboli, E., Slattery, M.L., Trichopoulos, D., Tuyns, A., Tzonou, A., Watson, L.F., Whittemore, A.S., Wu-Williams, A.H., Shu, Z. (1997). The relationship between dietary fat intake and risk of colorectal cancer: evidence from the combined analysis of 13 case-control studies. *Cancer Causes and Control*. 8: 215-228.
- 125 Potter, J.D., Steinmetz, K. (1996). Vegetables, fruit and phytoestrogens as preventive agents. In: Stewart, B.W., McGregor, D., eds. *Principles of Chemoprevention*. IARC Scientific Publication No. 139. Lyon: IARC, pages 61-90.
- 126 Jacobs, D.R.J., Marquart, L., Slavin, J., Kushi, L.H. (1998). Whole-grain intake and cancer: an expanded review and meta-analysis. *Nutrition and Cancer*. 30: 85-96.
- 127 Bueno De Mesquita, H.B., Ferrari, P., Riboli, E., on behalf of EPIC. (2002). Plant foods and the risk of colorectal cancer in Europe: preliminary findings. *IARC Scientific Publications Series*. 156: 89-95.
- 128 Fuchs, C.S., Giovannucci, E.L., Colditz, G.A., Hunter, D.J., Stampfer, M.J., Rosner, B., Speizer, F.E., Willett, W.C. (1999). Dietary fiber and the risk of colorectal cancer and adenoma in women. *The New England Journal of Medicine*. 340: 169-176. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199901213400301>.
- 129 Michels, K.B., Giovannucci, E., Joshipura, K.J., Rosner, B.A., Stampfer, M.J., Fuchs, C.S., Colditz, G.A., Speizer, F.E., Willett, W.C. (2000). Prospective study of fruit and vegetable consumption and incidence of colon and rectal cancers. *Journal of the National Cancer Institute*. 92: 1740-1752. Accessible à l'adresse suivante : <http://jnci.oxfordjournals.org/content/92/21/1740.full.pdf+html>.
- 130 Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Obésité au Canada : Aperçu*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/oc/index-fra.php>.
- 131 Kruk, J., Aboul-Enein, H.Y. (2006). Physical activity in the prevention of cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 7: 11-21.
- 132 Hardman, A.E. (2001). Physical activity and cancer risk. *Proceedings of the Nutrition Society*. 60: 107-113.
- 133 McTiernan, A. (2008). Mechanisms linking physical activity with cancer. *Nature Reviews Cancer*. 8: 205-211. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.nature.com/nrc/journal/v8/n3/pdf/nrc2325.pdf>.
- 134 Tjepkema, M., Wilkins, R., Sénécal, S., Guimond, E., Penney, C. (2009). La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, Catalogue 82-003-X) 20(4): 1-24. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11034-fra.htm>.
- 135 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Six types de maladie cardiovasculaire*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/mcv-cvd-fra.php>.
- 136 Stampfer, M.J., Hu, F.B., Manson, J.E., Rimm, E.B., Willett, W.C. (2000). Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *The New England Journal of Medicine*. 343: 16-22. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200007063430103>.
- 137 He, F.J., Nowson, C.A., MacGregor, G.A. (2006). Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. *The Lancet*. 367: 320-326.
- 138 Lee, C.D., Folsom, A.R., Blair, S.N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*. 34: 2475-2481. Accessible à l'adresse suivante : <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/34/10/2475>.
- 139 Baigent, C., Keech, A., Kearney, P.M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., Kirby, A., Sourjina, T., Peto, R., Collins, R., Simes, J. (2005). Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *The Lancet*. 366: 1267-1278.
- 140 Staessen, J.A., Wang, J.-G., Thijs, L. (2001). Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *The Lancet*. 358: 1305-1315.
- 141 Huxley, R., Barzi, F., Woodward, M. (2006). Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *British Medical Journal*. 332: 73-78. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.bmj.com/content/332/7533/73.full.pdf+html>.

- 142 Agence de la santé publique du Canada. (2009). *2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-fra.pdf>.
- 143 Lakier, J.B. (1992). Smoking and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*. 93(Suppl. 1): 8S-12S.
- 144 Critchley, J.A., Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*. 290(1): 86-97. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/1/86>.
- 145 Warren, T.Y., Barry, V., Hooker, S.P., Sui, X., Church, T.S., Blair, S.N. (2010). Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 42(5): 879-885.
- 146 Warburton, D.E.R., Nichol, C.W., Bredin, S.D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*. 174(6): 801-809. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/174/6/801>.
- 147 van't Veer, P., Jansen, M.C.J.F., Klerk, M., Kok, F.J. (2000). Fruits and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease. *Public Health Nutrition*. 3(1): 103-107. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=626024&jid=&volumeId=&issueId=01&aid=555840&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.
- 148 Mente, A., de Koning, L., Shannon, H.S., Anand, S.S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*. 169(7): 659-669. Accessible à l'adresse suivante : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/169/7/659>.
- 149 Lee, C.M.Y., Huxley, R.R., Wildman, R.P., Woodward, M. (2008). Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 61: 646-653.
- 150 Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*. 360: 1903-1913.
- 151 Liszka, H.A., Mainous, A.G., King, D.E., Everett, C.J., Egan, B.M. (2005). Prehypertension and cardiovascular morbidity. *Annals of Family Medicine*. 3(4): 294-299. Accessible à l'adresse suivante : <http://annfammed.org/cgi/reprint/3/4/294>.
- 152 Barter, P., Gotto, A.M., LaRosa, J.C., Maroni, J., Szarek, M., Grundy, S.M., Kastelein, J.J.P., Bittner, V., Fruchart, J.-C. (2007). HDL cholesterol, very low levels of LDL cholesterol, and cardiovascular events. *The New England Journal of Medicine*. 357: 1301-1310. Accessible à l'adresse suivante : <http://content.nejm.org/cgi/reprint/357/13/1301.pdf>.
- 153 Staus, S.E., Majumdar, S.R., McAlister, F.A. (2002). New evidence for stroke prevention: scientific review. *Journal of the American Medical Association*. 288(11): 1388-1395.
- 154 Halbert, R.J., Natoli, J.L., Gano, A., Badamgarav, E., Buist, A.S., Mannino, D.M. (2006). Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*. 28(3): 523-532. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ersj.org.uk/cgi/reprint/28/3/523>.
- 155 Mannino, D.M., Buist, A.S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet*. 370: 765-773.
- 156 Mannino, D.M., Homa, D.M., Akinbami, L.J., Ford, E.S., Redd, S.C. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States, 1971-2000. *Respiratory Care*. 47: 1184-1199.
- 157 Prescott, E., Bjerg, A.M., Andersen, P.K., Lange, P., Vestbo, J. (1997). Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *European Respiratory Journal*. 10: 822-827. Accessible à l'adresse suivante : <http://erj.ersjournals.com/cgi/reprint/10/4/822>.
- 158 Kennedy, S.M., Chambers, R., Du, W., Dimich-Ward, H. (2007). Environmental and occupational exposures: do they affect chronic obstructive pulmonary disease differently in women and men? *Proceedings of the American Thoracic Society*. 4: 692-694. Accessible à l'adresse suivante : <http://pats.atsjournals.org/cgi/reprint/4/8/692>.
- 159 Baker, D., Marks, G., Poulos, L., Williamson, M. (2004). Review of proposed National Health Priority Area asthma indicators and data sources. Accessible à l'adresse suivante : http://www.asthmonitoring.org/PDF/review_asthma_ind_final.pdf.
- 160 Phelan, P.D., Robertson, C.F., Olinsky, A. (2002). The Melbourne Asthma Study: 1964-1999. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 109(2): 189-194. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WH4-45V7WNK-2/2/ebb8e36702ff3b26e5c08abf88a0b9e4>.

- 161 Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Asthme*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/crd-mrc/asthme-asthma-fra.php>.
- 162 Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Surveillance for Asthma — United States, 1980—1999. *Surveillance Summaries*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/ss5101a1.htm>.
- 163 Catterall, J.R., Rhind, G.B., Stewart, I.C., Whyte, K.F., Shapiro, C.M., Douglas, N.J. (1986). Effect of sleep deprivation on overnight bronchoconstriction in nocturnal asthma. *Thorax*. 41(9): 676-680. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC460429/>.
- 164 Zielinski, T.A., Brown, E.S., Nejtek, V.A., Khan, D.A., Moore, J.J., Rush, A.J. (2000). Depression in asthma: prevalence and clinical implications. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2(5): 153-158.
- 165 Woznicki, K. (2010). Childhood asthma linked to risk of COPD. *Medscape*.
- 166 National Academy of Sciences Institute of Medicine (NAS). (2000). *Clearing the Air: Asthma and Indoor Air Exposures*. National Academic Press, Washington, DC.
- 167 von Mutius, E., Illi, S., Hirsch, T., Leupold, W., Keil, U., Weiland, S.K. (1999). Frequency of infections and risk of asthma, atopy and airway hyperresponsiveness in children. *European Respiratory Journal*. 14: 4-11.
- 168 Calvani, M. Jr., Alessandri, C., Bonci, E. (2002). Fever episodes in early life and the development of atopy in children with asthma. *European Respiratory Journal*. 20: 391-396. Accessible à l'adresse suivante : <http://erj.ersjournals.com/cgi/content/abstract/20/2/391>.
- 169 Potera, C. (2003). Low birth weight linked to asthma. *Environmental Health Perspectives*. 111(3): 146-149.
- 170 Beuther, D.A., Weiss, S.T., Sutherland, E.R. (2006). Obesity and asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 174: 112-119. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/reprint/174/2/112>.
- 171 Camargo, C.A. Jr., Weiss, S.T., Zhang, S., Willett, W.C., Speizer, F.E. (1999). Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. *Archives of Internal Medicine*. 159: 2582-2588. Accessible à l'adresse suivante : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/159/21/2582>.
- 172 Smith, G.C.S., Wood, A.M., White, I.R., Pell, J.P., Cameron, A.D., Dobbie, R. (2004). Neonatal respiratory morbidity at term and the risk of childhood asthma. *Archives of Disease in Childhood*. 89: 956-960. Accessible à l'adresse suivante : <http://adc.bmj.com/content/89/10/956.abstract>.
- 173 Gilmour, I., Jaakkola, M.S., London, S.J., Nel, A.E., Rogers, C.A. (2006). How exposure to environmental tobacco smoke, outdoor air pollutants, and increased pollen burdens influences the incidence of asthma. *Environmental Health Perspectives*. 114(4): 627-633.
- 174 Lau, S., Illi, S., Sommerfeld, C., Niggermann, B., Bergman, R., von Mutius, E., Wahn, U., & the Multicentre Allergy Study Group. (2000). Early exposure to house-dust mite and cat allergens and development of childhood asthma: a cohort study. *The Lancet*. 356: 1392-1397.
- 175 Reijonen, T.M., Kotaniemi-Syrjanen, A., Korhonen, K., Korppi, M. (2000). Predictors of asthma three years after hospital admission for wheezing in infancy. *Pediatrics*. 106: 1406-1412. Accessible à l'adresse suivante : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/106/6/1406>.
- 176 Celedon, J.C., Lintonjua, A.A., Ryan, L., Weiss, S.T., Gold, D.R. (2002). Day care attendance, respiratory tract illnesses, wheezing, asthma, and total serum IgE level in early childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 156(3): 241-245. Accessible à l'adresse suivante : <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/156/3/241.pdf>.
- 177 Weiss, S.T. (2002). Eat Dirt – The Hygiene Hypothesis and allergic diseases. *The New England Journal of Medicine*. 347(12): 930-931. Accessible à l'adresse suivante : <http://content.nejm.org/cgi/content/full/347/12/930>.
- 178 Vartiainen, E., Seppälä, T., Lillsunde, P., Puska, P. (2002). Validation of self-reported smoking by serum cotinine measurement in a community-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56: 167-170. Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/content/56/3/167.full.pdf>.

- 179 West, R., Zatonski, W., Przewozniak, K., Jarvis, M.J. (2007). Can we trust national smoking prevalence figures? Discrepancies between biochemically assessed and self-reported smoking rates in three countries. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 16: 820-822. Accessible à l'adresse suivante : <http://cebp.aacrjournals.org/content/16/4/820.full.pdf+html>.
- 180 Patrick, D.L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diehr, P., Koepsell, T., Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*. 84(7): 1086-1093. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/84/7/1086>.
- 181 Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C. Jr., Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Journal*. 52(1): 12-21. Accessible à l'adresse suivante : <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/reprint/52/1/12>.
- 182 Ezzati, M., Lopez, A.D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *The Lancet*. 362: 847-852.
- 183 Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Accessible à l'adresse suivante : http://www.risqtoxico.ca/documents/2006_Brochu_ReportCost.pdf.
- 184 U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Accessible à l'adresse suivante : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm.
- 185 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthriti-arthrite/lwaic-vaaac-10/5-fra.php>.
- 186 Gaudin, P., Leguen-Guegan, S., Allenet, B., Baillet, A., Grange, L., Juvin, R. (2008). Is dynamic exercise beneficial in patients with rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 75: 11-17.
- 187 Dunlop, D.D., Semanik, P., Song, J., Manheim, L.M., Shih, V., Chang, R.W. (2005). Risk factors for functional decline in older adults with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 52(4): 1274-1282. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110438370/PDFSTART>.
- 188 Häkkinen, A., Sokka, T., Kotaniemi, A., Hannonen, P. (2001). A randomized two-year study of the effects of dynamic strength training on muscle strength, disease activity, functional capacity, and bone mineral density in early rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 44(3): 515-522. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/78003200/PDFSTART?CRETRY=1&SRETRY=0>. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/78003200/PDFSTART>.
- 189 Messier, S.P., Loeser, R.F., Miller, G.D., Morgan, T.M., Rejeski, W.J., Sevick, M.A., Ettinger, W.H. Jr., Pahor, M., Williamson, J.D. (2004). Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the arthritis, diet, and activity promotion trial. *Arthritis and Rheumatism*. 50(5): 1501-1510. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/108563876/PDFSTART>.
- 190 Tukker, A., Visscher, T.L.S., Picavet, H.S.J. (2008). Overweight and health problems of the lower extremities: osteoarthritis, pain and disability. *Public Health Nutrition*. 12(3): 359-368. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=3824672&jid=&volumeId=&issueId=03&aid=3824664&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.
- 191 Marks, R., Allegrante, J.P. (2007). Prevalence and impact of arthritis: opportunity for prevention. *Health Education Journal*. 66: 3-21. Accessible à l'adresse suivante : <http://hej.sagepub.com/content/66/1/3.full.pdf+html>.
- 192 Kanis, J.A., Johnell, O., Oden, A., Sernbo, I., Redlund-Johnell, I., Dawson, A., de Laet, C., Jonsson, B. (2000). Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporosis International*. 11: 669-674. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/uru1d0dw9c3dv278/fulltext.pdf>.
- 193 Lin, J.T., Lane, J.M. (2004). Osteoporosis: a review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 425: 126-134.
- 194 Ralston, S.H., de Crombrughe, B. (2010). Genetic regulation of bone mass and susceptibility to osteoporosis. *Genes and Development*. 20: 2492-2506. Accessible à l'adresse suivante : <http://genesdev.cshlp.org/content/20/18/2492.full.pdf+html>.
- 195 Rizzoli, R., Boonen, S., Brandi, M.L., Burlet, N., Delmas, P., Reginster, J.Y. (2008). The role of calcium and vitamin D in the management of osteoporosis. *Bone*. 42: 246-249.

- 196 Wolff, I., van Croonenborg, J.J., Kemper, H.C.G., Kostense, P.J., Twisk, J.W.R. (1999). The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre- and postmenopausal women. *Osteoporosis International*. 9: 1-12. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/ywv4w3m54tfx5kt0/fulltext.pdf>.
- 197 Hallström, T., Wolk, A., Glynn, A., Michaelsson, K. (2006). Coffee, tea and caffeine consumption in relation to osteoporotic fracture risk in a cohort of Swedish women. *Osteoporosis International*. 17: 1055-1064. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/k51814917p6lr7k8/fulltext.pdf>.
- 198 Wetmore, C.M., Ichikawa, L., LaCroix, A.Z., Ott, S.M., Scholes, D. (2008). Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporosis International*. 19: 519-527. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/92n2232980k41251/fulltext.pdf>.
- 199 Kanis, J.A., Johansson, H., Johnell, O., Oden, A., de Laet, C., Eisman, J.A., Pols, H., Tetenhouse, A. (2005). Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporosis International*. 16: 737-742. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/r6bhm7jrx9w2g2/fulltext.pdf>.
- 200 Fang, L., Oliver, A., Jayaraman, G.C., Wong, T. (2010). Trends in age disparities between younger and middle-aged adults among reported rates of Chlamydia, Gonorrhea and infectious Syphilis infections in Canada: Findings from 1997 to 2007. *Sexually Transmitted Diseases*. 37(1): 18-25.
- 201 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Infections à Chlamydia, 2010*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/502chlamydia-fra.pdf>.
- 202 Pour en savoir plus sur les taux de chlamydia au Canada chez les différents groupes d'âge, consultez le site Web suivant : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia1991-08-fra.php.
- 203 Anderson, J.E. (2003). Condom use and HIV risk among US adults. *American Journal of Public Health*. 93: 912-914. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/93/6/912>.
- 204 Mercer, C.H., Copas, A.J., Sonnenberg, P., Johnson, A.M., McManus, S., Erens, B., Cassel, J.A. (2008). Who has sex with whom? Characteristics of heterosexual partnerships reported in a national probability survey and implications for STI risk. *International Journal of Epidemiology*. 38: 206-214. Accessible à l'adresse suivante : <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/38/1/206>.
- 205 Grant, K., Ragsdale, K. (2008). Sex and the 'recently single': perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. *Culture, Health and Sexuality*. 10(5): 495-511.
- 206 Low, N., Broutet, N., Adu-Sarkodie, Y., Barton, P., Hossain, M., Hawkes, S. (2006). Global control of sexually transmitted infections. *The Lancet*. 368: 2001-2016.
- 207 Cohen, M.S., Hoffman, I.F., Royce, R.A., Kazembe, P., Dyer, J.R., Costello Daly, C., Zimba, D., Vernazza, P.L., Maida, M., Fiscus, S.A., Eron, J.J. Jr., and the AIDSCAP Malawi Research Group. (1997). Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *The Lancet*. 349(9069): 1868-1873.
- 208 Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Qu'est-ce que le VIH/sida ?* Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/info/index-fra.php>.
- 209 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/epidemiology/>.
- 210 Mullen, P.D., Ramírez, G., Strouse, D., Hedges, L.V., Sogolow, E. (2002). Meta-analysis of the effects of behavioural HIV prevention interventions on the sexual risk behaviour of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 30: S94-S105.
- 211 Semaan, S., Des Jarlais, D.C., Sogolow, E., Johnson, W.D., Hedges, L.V., Ramirez, G., Flores, S.A., Norman, L., Sweat, M.D., Needle, R. (2002). A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 30: S73-S93. Accessible à l'adresse suivante : http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2002/07011/A_Meta_analysis_of_the_Effect_of_HIV_Prevention.8.aspx.

- 212 Strathdee, S.A., Hallett, T.B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., Hankins, C.A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *The Lancet*. 376: 268-284.
- 213 Jaffe, H.W., Valdiserri, R.O., De Cock, K.M. (2007). The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. *Journal of the American Medical Association*. 298(20): 2412-2414. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/298/20/2412>.
- 214 Jewkes, R. (2010). Gender inequities must be addressed in HIV prevention. *Science*. 329: 145-147. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.sciencemag.org/cgi/reprint/329/5988/145.pdf>.
- 215 Larkin, J., Flicker, S., Koleszar-Green, R., Mintz, S., Dagnino, M., Mitchell, C. (2007). HIV risk, systemic inequities, and Aboriginal youth. *American Journal of Public Health*. 98(3): 179-182. Accessible à l'adresse suivante : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/811/811>.
- 216 Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J.W., Janssen, R.S. (2005). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States—Implication for HIV Prevention Programs. *Epidemiology and Social Science*. 39(4): 446-453. Accessible à l'adresse suivante : http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2005/08010/Meta_Analysis_of_High_Risk_Sexual_Behavior_in.13.aspx.
- 217 Crepaz, N., Lyles, C.M., Wolitski, R.J., Passin, W.F., Rama, S.M., Herbst, J.H., Purcell, D.W., Malow, R.M., Stall, R., for the HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Team. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytical review of controlled trials. *AIDS*. 20: 143-157.
- 218 Murphy, E.L., Collier, A.C., Kalish, L.A., Assman, S.F., Para, M.F., Flanigan, T.P., Kumar, P.N., Mintz, L., Wallach, F.R., Nemo, G.J. (2001). Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Archives of Internal Medicine*. 135(1): 17-26. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.annals.org/content/135/1/17.full.pdf+html>.
- 219 Vlahov, D., Galai, N., Safaeian, M., Galea, S., Kirk, G.D., Lucas, G.M., Sterling, T.R. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy among injection drug users with late-stage human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Epidemiology*. 161(11): 999-1012. Accessible à l'adresse suivante : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/161/11/999>.
- 220 Little, S.J., Holte, S., Routy, J.P., Daar, E.S., Markowitz, M., Collier, A.C., Koup, R.A., Mellors, J.W., Connick, E., Conway, B., Kilby, M., Wang, L., Whitcomb, J.M., Hellman, N.S., Richman, D.D. (2002). Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *The New England Journal of Medicine*. 347(6): 385-394.
- 221 Agence canadienne d'inspection des aliments. (2005). *La bactérie E. coli O157:H7 Conseils pour préserver la salubrité des aliments : Prévention des toxi-infections alimentaires*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/ecolif.shtml>.
- 222 Clark, W.F., Kortas, C., Suri, R.S., Moist, L.M., Salvadori, M., Weir, M.A., Garg, A.X. (2008). Excessive fluid intake as a novel cause of proteinuria. *Canadian Medical Association Journal*. 178(2): 173-175. Accessible à l'adresse suivante : <http://ecmaj.ca/content/178/2/173.full.pdf+html>.
- 223 Brydie, A. (2003). The Walkerton Health Study. *The Canadian Nurse*. 101(5): 16-21.
- 224 Garg, A.X., Salvadori, M., Moist, L.M., Suri, R.S., Clark, W.F. (2009). Renal prognosis of toxigenic Escherichia coli infection. *Kidney International*. 75: S38-S41.
- 225 Aiello, A.E., Coulborn, R.M., Perez, V., Larson, E.L. (2008). Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *American Journal of Public Health*. 98(8): 1372-1381. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/98/8/1372>.
- 226 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Vérotoxine E. coli*. Accessible à l'adresse suivante : <http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/diseases/ecol-fra.php>.
- 227 Cosgrove, S.E. (2006). The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. *Clinical Infectious Diseases*. 42: S82-S89.
- 228 Holmberg, S.D., Solomon, S.L., Blake, P.A. (1987). Health and economic impacts of antimicrobial resistance. *Reviews of Infectious Diseases*. 9: 1065-1078. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.jstor.org/pss/4454251>.
- 229 Santé Canada. (2006). *Résistance aux antibiotiques*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/antibio-fra.php>.

- 230 Weinstein, R.A. (2001). Controlling antimicrobial resistance in hospitals: infection control and use of antibiotics. *Clinical Infectious Diseases*. 7: 188-192. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631704/pdf/11294703.pdf>.
- 231 Conly, J. (2002). Antimicrobial resistance in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 167(8): 885-891. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/167/8/885>.
- 232 Guerra, C.M., Pereira, C.A.P., Neves Neto, A.R., Cardo, D.M., Correa, L. (2007). Physicians' perceptions, beliefs, attitudes, and knowledge concerning antimicrobial resistance in a Brazilian teaching hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 28: 1411-1414.
- 233 de Goma, E.M., Leeper, N.J., Heidenreich, P.A. (2008). Clinical significance of high-density lipoprotein cholesterol in patients with low low-density lipoprotein cholesterol. *Journal of the American College of Cardiology*. 51: 49-55. Accessible à l'adresse suivante : <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/162>.
- 234 Briel, M., Ferreira-Gonzalez, I., You, J.J., Karanickolas, P.J., Akl, E.A., Wu, P., Blechacz, B., Bassler, D., Wei, X., Sharman, A., Whitt, I., Alves da Silva, S., Khalid, Z., Nordmann, A.J., Zhou, Q., Walter, S.D., Vale, N., Bhatnagar, N., O'Regan, C., Mills, E.J., Bucher, H.C., Montori, V.M., Guyatt, G.H. (2009). Association between change in high density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease morbidity and mortality: systematic review and meta-regression analysis. *British Medical Journal*. 338: 1-8.
- 235 Hu, F.B., Manson, J.E., Willett, W.C. (2001). Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a critical review. *Journal of the American College of Cardiology*. 20(1): 5-19. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.jacn.org/cgi/reprint/20/1/5>.
- 236 Dietschy, J.M. (1998). Dietary fatty acids and the regulation of plasma low density lipoprotein cholesterol concentrations. *Journal of Nutrition*. 128: 444S-448S. Accessible à l'adresse suivante : <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/128/2/444S>.
- 237 Kris-Etherton, P.M., Pearson, T.A., Wan, Y., Hargrove, R.L., Moriarty, K., Fishell, V., Etherton, T.D. (1999). High-monounsaturated fatty acid diets lower both plasma cholesterol and triacylglycerol concentrations. *American Journal of Clinical Nutrition*. 70: 1009-1015. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/70/6/1009>.
- 238 Katan, M.B., Zock, P.L., Mensink, R.P. (1995). Dietary oils, serum lipoproteins, and coronary heart disease. *American Journal of Clinical Nutrition*. 61(supplement): 1368S-1373S.
- 239 Brown, L., Rosner, B., Willett, W.W., Sacks, F.M. (1999). Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69: 30-42. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/69/1/30>.
- 240 Anderson, J.W., Baird, P., Davis, R.H. Jr., Ferreri, S., Knudtson, M., Koraym, A., Waters, V., Williams, C.L. (2009). Health benefits of dietary fiber. *Nutrition Reviews*. 67(4): 188-205. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-4887.2009.00189.x/pdf>.
- 241 Halverstadt, A., Phares, D.A., Wilund, K.R., Goldberg, A.P., Hagberg, J.M. (2007). Endurance exercise training raises high-density lipoprotein cholesterol and lowers small low-density lipoprotein and very low-density lipoprotein independent of body fat phenotypes in older men and women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 56: 444-450.
- 242 Leon, A.S., Sanchez, O.A. (2001). Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 33: S502-S515.
- 243 Leon, A.S., Sanchez, O.A. (2001). Meta-analysis of the effects of aerobic exercise training on blood lipids. *Circulation*. 104 (Suppl II): 414-415.
- 244 Treasure, C.B., Klein, J.L., Weintraub, W.S., Talley, J.D., Stillabower, M.E., Kosinski, A.S., Zhang, J., Boccuzzi, S.J., Cedarholm, J.C., Alexander, R.W. (1995). Beneficial effects of cholesterol-lowering therapy on the coronary endothelium in patients with coronary artery disease. *The New England Journal of Medicine*. 332(8): 481-487.
- 245 Wilkins, K., Campbell, N.R.C., Joffres, M.R., McAlister, F.A., Nichol, M., Quach, S., Johansen, H.L., Tremblay, M.S. (2010). Tension artérielle des adultes au Canada. *Rapports sur la santé*. 21(1): 1-11. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010001/article/11118-fra.pdf>.
- 246 Goldstein, I.B., Shapiro, D., Guthrie, D. (2006). Ambulatory blood pressure and family history of hypertension in healthy men and women. *American Journal of Hypertension*. 19(5): 486-491.

- 247 Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L. Jr., Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T. Jr., Roccella, E.J. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 42: 1206-1252. Accessible à l'adresse suivante : <http://hyper.ahajournals.org/cgi/reprint/42/6/1206>.
- 248 Dickinson, H.O., Mason, J.M., Nicolson, D.J., Campbell, F., Beyer, F.R., Cook, J.V., Williams, B., Ford, G.A. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*. 24(2): 215-233.
- 249 Neter, J.E., Stam, B.E., Kok, F.J., Grobbee, D.E., Geleijnse, J.M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 42: 878-884. Accessible à l'adresse suivante : <http://hyper.ahajournals.org/cgi/reprint/42/5/878>.
- 250 Whelton, S.P., Chin, A., Xin, X., He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Archives of Internal Medicine*. 136: 493-503. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.annals.org/content/136/7/493.full.pdf+html>.
- 251 Allen, K., Blascovich, J., Mendes, W.B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*. 64: 727-739. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/64/5/727>.
- 252 Stamler, R. (1991). Implications of the INTERSALT study. *Hypertension*. 17(1): I16-I20.
- 253 Lawes, C.M.M., Bennett, D.A., Feigin, V.L., Rodgers, A. (2004). Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke*. 35: 776-785. Accessible à l'adresse suivante : <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/01.STR.0000116869.64771.5Av1>.
- 254 Almeida, D.M. (2005). Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science*. 14: 64-68.
- 255 McIntyre, K.P., Korn, J.H., Matsuo, H. (2008). Sweating the small stuff: how different types of hassles result in the experience of stress. *Stress and Health*. 24: 383-392. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.1190/pdf>.
- 256 Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1: 293-319. Accessible à l'adresse suivante : <http://arjournals.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>.
- 257 Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Miller, G.E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*. 298(14): 1685-1687. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/298/14/1685>.
- 258 Kalimo, R., Tenkanen, L., Härmä, M., Poppius, E., Heinsalmi, P. (2000). Job stress and sleep disorders: findings from the Helsinki Heart Study. *Stress Medicine*. 16: 65-75. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/71004348/PDFSTART>.
- 259 Kouvonen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Linna, A., Vahtera, J. (2005). Job strain and leisure-time physical activity in female and male public sector employees. *Preventive Medicine*. 41: 532-539.
- 260 Kouvonen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J. (2005). Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46,190 employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59: 63-69.
- 261 McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*. 338: 171-179.
- 262 Brady, S.S., Matthews, K.A. (2006). Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Archives of Internal Medicine*. 31(1): 80-88. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/x651880406747811/fulltext.pdf>.
- 263 Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease: a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 32(6): 431-442.
- 264 Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 30(2): 85-128.
- 265 Hintsanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Keskivaara, P., Juonala, M., Raitakari, O.T., Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Job strain and early atherosclerosis: the cardiovascular risk in young Finns study. *Psychosomatic Medicine*. 67: 740-747. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/67/5/740>.

- 266 Campagne, D.M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*. 21(7): 1651–1658. Accessible à l'adresse suivante : <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/7/1651>.
- 267 Epel, E.S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabbar, F.S., Adler, N.E., Morrow, J.D., Cawthon, R.M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 101: 17312-17315. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.pnas.org/content/101/49/17312.full.pdf+html>.
- 268 Dunn, A.L., Trivedi, M.H., O'Neal, H.A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 33: S587-S597.
- 269 Hassmén, P., Koivula, N., Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine*. 30: 17–25.
- 270 Michalsen, A., Grossman, P., Acil, A., Langhorst, J., Lüdtke, R., Esch, T., Stefano, G.B., Dobos, G.J. (2005). Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Medical Science Monitor*. 11(12): CR555-561. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.yoga-vidya.de/fileadmin/yv/Yogatherapie/Artikel/StressreduktionYoga.pdf>.
- 271 Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., Eckert, K. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*. 15: 77-83.
- 272 Labbé, E., Schmidt, N., Babin, J., Pharr, M. (2007). Coping with stress: the effectiveness of different types of music. *Applied Psychophysiology and Feedback*. 32: 163-168. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/j521ur30881238g7/fulltext.pdf>.
- 273 Bennett, M.P., Zeller, J.M., Rosenberg, L., McCann, J. (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 9(2): 38-45. Accessible à l'adresse suivante : http://digitalcommons.wku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nurs_fac_pub.
- 274 Kimura, H., Nagao, F., Tanaka, Y., Sakai, S., Ohnishi, T., Okumara, K. (2005). Beneficial effects of the Nishino Breathing Method on immune activity and stress level. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11(2): 285-291. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.liebertonline.com/doi/pdf/10.1089/acm.2005.11.285>.
- 275 Koszycki, D., Bengler, M., Shlik, J., Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behaviour therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 45: 2518-2526.
- 276 Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Qu'est-ce que le diabète ?* Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php>.
- 277 Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ndssdic-snsddac-09/pdf/rapport-2009-fra.pdf>.
- 278 Tortora, G.J., Grabowski, S.R. (1996). *Principles of Anatomy and Physiology*. New York, NY: HarperCollins.
- 279 Hussain, A., Claussen, B., Ramachandran, A., Williams, R. (2006). Prevention of type 2 diabetes: a review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 76: 317-326.
- 280 Colagiuri, R. (2004). Integrating psycho-social issues into national diabetes programmes. *Diabetes Voice*. 49: 31-33.
- 281 Grey, M. (2000). Coping and Diabetes. *Diabetes Spectrum*. 13(3): 167. Accessible à l'adresse suivante : <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg167.htm>.
- 282 Eriksson, J., Lindström, J., Tuomiletho, J. (2001). Potential for the prevention of type 2 diabetes. *British Medical Bulletin*. 60: 183-199. Accessible à l'adresse suivante : <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/full/60/1/183>.
- 283 Laaksonen, M.A., Knekt, P., Rissanen, H., Härkänen, T., Virtala, E., Maniemi, J., Aromaa, A., Heliövaara, M., Reunamen, A. (2010). The relative importance of modifiable potential risk factors of type 2 diabetes: a meta-analysis of two cohorts. *European Journal of Epidemiology*. 25: 115-124. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20012885>.
- 284 Narayan, K.M.V., Imperatore, G., Benjamin, S.M., Engelgau, M.M. (2002). Targeting people with pre-diabetes. *British Medical Journal*. 325: 403-404. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7361/403>.

- 285 Chau, D., Edeman, S.V. (2001). Clinical management of diabetes in the elderly. *Clinical Diabetes*. 19(4): 172-175.
- 286 Hamilton, M.T., Hamilton, D.G., Zderic, T.W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*. 56: 2655-2667.
- 287 LaMonte, M.J., Blair, S.N., Church, T.S. (2005). Physical activity and diabetes prevention. *Journal of Applied Physiology*. 99: 1205-1213. Accessible à l'adresse suivante : <http://jap.physiology.org/cgi/reprint/99/3/1205>.
- 288 Oldroyd, J., Banerjee, M., Heald, A., Cruickshank, K. (2005). Diabetes and ethnic minorities. *Postgraduate Medical Journal*. 81: 486-490. Accessible à l'adresse suivante : <http://pmj.bmj.com/content/81/958/486.full>.
- 289 Gale, E.A.M., Gillespie, K.M. (2001). Diabetes and gender. *Diabetologia*. 44: 3-15. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/bv0k0pev28qq9ea3/>.
- 290 Tjepkema, M. (2005). *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés*. Ottawa : Statistique Canada. Composante du produit n° 82-620-MWF2005001. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241444-fra.pdf>.
- 291 L'IMC standard n'est pas considéré comme étant un indicateur adéquat pour les jeunes de 18 ans et moins, car chacun a une courbe de croissance différente et certains n'ont pas terminé leur croissance. Cependant, chez les personnes très minces, très musclées ou très en forme physiquement ou qui n'ont pas terminé leur croissance, l'IMC peut surestimer les risques potentiels pour la santé. De plus, l'IMC ne tient pas compte de la densité osseuse, et peut ne pas offrir une bonne évaluation des risques pour la santé chez les adultes de plus de 65 ans et chez les personnes appartenant à certains groupes ethniques. Puisque l'IMC est calculé à partir du poids d'une personne à un moment donné, il est possible qu'il ne représente pas adéquatement le risque des personnes dont le poids change subitement, ce qui pourrait suggérer d'autres problèmes de santé.
- 292 Les données fournies ici comprennent la population de 18 ans et plus qui ont déclaré leur poids et leur taille. Elles ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pieds, 11 pouces). Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du pourcentage des différences liées aux méthodes de collecte des données auprès des répondants (au téléphone ou en personne). Les données pour les obèses de classes I, II et III peuvent être différentes des totaux du graphique *Indice de masse corporelle déclaré (catégorie obèse)* à cause de l'arrondissement. Le taux « Non déclaré » n'est pas montré. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
- 293 Les données fournies ici comprennent la population des ménages de 18 ans et plus qui ont déclaré leur poids et leur taille. Elles ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pieds, 11 pouces). Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du pourcentage des différences liées aux méthodes de collecte des données auprès des répondants (au téléphone ou en personne). Le taux « Non déclaré » varie sensiblement avec le temps. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
- 294 Comprend la population des ménages de 18 ans et plus qui ont déclaré leur poids et leur taille. Elles ne tiennent pas compte des femmes enceintes et des personnes dont la taille est inférieure à 91,4 cm (3 pieds) ou supérieure à 210,8 cm (6 pieds, 11 pouces). Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du pourcentage des différences liées aux méthodes de collecte des données auprès des répondants (au téléphone ou en personne). Les totaux pour la catégorie obèse peuvent être différents de la somme des classes I, II et III dans le graphique *Indice de masse corporelle déclaré (toutes catégories)* à cause de l'arrondissement. Le taux « Non déclaré » varie sensiblement avec le temps. Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
- 295 Spencer, E.A., Appleby, P.N., Davey, G.K., Key, T.J. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. *Public Health Nutrition*. 5: 561-565. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=627568&jid=PHN&volumeId=5&issueId=04&aid=566220>.
- 296 Must, A., Spadano, J., Coakley, E.H., Field, A.E., Colditz, G., Dietz, W.H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*. 282(16): 1523-1529. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/282/16/1523>.
- 297 Datillo, A.M., Kris-Etherton, P.M. (1992). Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 56: 320-328. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/56/2/320>.

- 298 Harrington, M., Gibson, S., Cottrell, R.C. (2009). A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutrition Research Reviews*. 22: 93-108.
- 299 La catégorie « physiquement actifs » comprend les personnes qui ont déclaré être actifs ou modérément actifs. La dépense énergétique (DE) est calculée en fonction de la fréquence et de la durée d'une séance d'activité physique, ainsi que l'équivalent métabolique (MET) de l'activité. L'équivalent métabolique sert à mesurer la dépense énergétique exprimé en multiple du métabolisme de repos. Les personnes dont la DE totale (en fonction de la fréquence et de la durée des divers indicateurs de l'activité physique) se situait entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour étaient considérées comme étant dans la catégorie « modérément actifs », tandis que les personnes dont la DE totale était de 3,0 kcal/kg/jour ou plus étaient considérées comme étant dans la catégorie « actifs ». Les personnes dont la DE totale était de moins de 1,5 kcal/kg/jour étaient considérées comme étant dans la catégorie « inactifs ». Une explication plus détaillée des variables dérivées de l'indice de l'activité physique est accessible à l'adresse suivante : http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D2_T9_V3-fra.pdf.
- 300 Prince, S.A., Adamo, K.B., Hamel, M.E., Hardt, J., Connor Gorber, S., Tremblay, M. (2008). A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 5: 56. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ijbnpa.org/content/pdf/1479-5868-5-56.pdf>.
- 301 Katzmarzyk, P.T., Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*. 29(1): 90-115. Accessible à l'adresse suivante : <http://article.pubs.nrc-cnrc.gc.ca/RPAS/rpv?hm=HInit&journal=apnm&volume=29&calyLang=eng&afpf=h04-008.pdf>.
- 302 Fletcher, G.F., Balady, G., Blair, S.N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., Epstein, S., Sivarajan Froelicher, E.S., Froelicher, V.F., Pina, I.L., Pollock, M.L. (1996). Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. *Circulation*. 94: 857-862.
- 303 Paffenbarger, R. (2000). Physical exercise to reduce cardiovascular disease risk. *Proceedings of the Nutrition Society*. 59: 421-422. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=797300&jid=&volumeId=&issueId=03&aid=797288&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.
- 304 Kampert, J.B., Blair, S.N., Barlow, C.E., Kohl, H.W. (1996). Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women. *Annals of Epidemiology*. 6: 452-457.
- 305 Lee, I.-M. (1994). Physical activity, fitness, and cancer. Dans : Boucard, C., Shephard, R.J., Stephens, T., édés. *Physical Activity, Fitness, and Health*. Champaign, IL: Human Kinetics; pgs. 814-831.
- 306 Lee, Y. (2000). The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54: 123-129. Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/content/54/2/123.full.pdf>.
- 307 Grant, M.D., Piotrowski, Z.H., Chappell, R. (1995). Self-reported health and survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48: 375-387.
- 308 Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Everson, S.A., Cohen, R.D., Salonen, R., Tuomilehto, J., Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *International Journal of Epidemiology*. 25(2): 259-265. Accessible à l'adresse suivante : <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/25/2/259>.
- 309 Burström, B., Fredlund, P. (2001). Self-rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 836-840. Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/content/55/11/836.full.pdf>.
- 310 Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., Goldberg, M. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60: 364-372. Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/content/60/4/364.full.pdf>.
- 311 Choi, N.G. (2003). Determinants of self-perceived changes in health status among pre- and early-retirement populations. *International Journal of Aging and Human Development*. 56(3): 197-222.
- 312 Mishra, G.D., Brown, W.J., Dobson, A.J. (2003). Physical and mental health: changes during menopause transition. *Quality of Life Research*. 12: 405-412. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.springerlink.com/content/g20p2148w2023655/fulltext.pdf>.

- 313 Mulsant, B.H., Ganguli, M., Seaberg, E.C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 45: 954-958.
- 314 Buckley, N.J., Denton, F.T., Robb, A.L., Spencer, B.G. (2004). The transition from good to poor health: an econometric study of the older population. *Journal of Health Economics*. 23: 1013-1034.
- 315 Tremblay, S., Ross, N.A., Berthelot, J.-M. (2002). Le contexte régional socioéconomique et la santé. *Supplément aux Rapports sur la santé*. 13: 1-12. Ottawa : Statistique Canada, numéro 82-003 au catalogue. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002003-fra.pdf>.
- 316 Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*. 350: 235-239.
- 317 Marcus, D.K., Gurley, J.R., Marchi, M.M., Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 27: 127-139.
- 318 Barsky, A.J., Orav, E.J., Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 62: 903-910. Accessible à l'adresse suivante : <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/62/8/903>.
- 319 Des détails sur les déterminants de la santé sont accessibles au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.
- 320 Ferrucci, L., Izmirlian, G., Leveille, S., Phillips, C.L., Corti, M.-C., Brock, D.B., Guralnik, J.M. (1999). Smoking, physical activity, and active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*. 149: 645-653. Accessible à l'adresse suivante : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/149/7/645>.
- 321 Leveille, S.G., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Langlois, J.A. (1999). Aging successfully until death in old age: opportunity for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*. 149: 654-664. Accessible à l'adresse suivante : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/149/7/654>.
- 322 Danaei, G., Rimm, E.B., Oza, S., Kulkarni, S.C., Murray, C.J.L., Ezzati, M. (2010). The promise of prevention: the effects of four preventable risk factors on national life expectancy and life expectancy disparities by race and county in the United States. *Public Library of Science Medicine*. 7(3): e1000248. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000248>.
- 323 Al Snih, S., Ottenbacher, K.J., Markides, K.S., Kuo, Y.-F., Eschbach, K., Goodwin, J.S. (2007). The effect of obesity on disability vs mortality on older Americans. *Archives of Internal Medicine*. 167: 774-780. Accessible à l'adresse suivante : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/167/8/774>.
- 324 Trichopoulou, A., Vasilipoulou, E. (2000). Mediterranean diet and longevity. *British Journal of Nutrition*. 84: S205-S209. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=885740&jid=&volumeId=&issueId=S2&aid=885732&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.
- 325 Gundgaard, J., Noelsen, J.N., Olsen, J., Sørensen, J. (2003). Increased intake of fruit and vegetables: estimation of impact in terms of life expectancy and healthcare costs. *Public Health Nutrition*. 6(1): 25-30. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=1382060&jid=&volumeId=&issueId=01&aid=1382052&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.
- 326 Alley, D.E., Chang, V.W. (2007). The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *Journal of the American Medical Association*. 298(17): 2020-2027. Accessible à l'adresse suivante : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/298/17/2020>.
- 327 Reynolds, S.L., Saito, Y., Crimmins, E.M. (2005). The impact of obesity on active life expectancy in older American men and women. *Gerontologist*. 45(4): 438-444.
- 328 Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., Kaplan, G.A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*. 144(2): 135-141. Accessible à l'adresse suivante : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/144/2/135>.
- 329 Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada - Édition 2008*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/index-fra.php>.
- 330 Euro-Peristat project, with SCPE, Eurocat and Euroneostat. (2008). *European Perinatal Health Report*. Accessible à l'adresse suivante : www.europeristat.com.

- 331 Metzler, M., Kanarek, N., Highsmith, K., Bialek, R., Straw, R., Auston, I., Stanley, J., Klein, R. (2008). Community health status indicators project: the development of a national approach to community health. *Preventing Chronic Disease*. 5(3): 1-8. Accessible à l'adresse suivante : http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jul/pdf/07_0225.pdf.
- 332 Singh, G.K., Yu, S.M. (1995). Infant mortality in the United States: trends, differentials, and projections, 1950 through 2010. *American Journal of Public Health*. 85(7): 957-964.
- 333 Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada - Édition 2008*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspsc/index-fra.php>. Consulter la page 298 pour obtenir des détails sur les causes de mortalité infantile.
- 334 McDonald, S.D., Han, Z., Mulla, S., Beyene, J. (2010). Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *British Medical Journal*. 341: c3428. Accessible à l'adresse suivante : http://www.bmj.com/cgi/content/full/341/jul20_1/c3428.
- 335 Lu, M.C., Chen, B. (2004). Racial and ethnic disparities in preterm birth: the role of stressful life events. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 191(3): 691-699. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15467527>.
- 336 Alexander, G.R., Slay, M. (2002). Prematurity at birth: trends, racial disparities, and epidemiology. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4): 215-220. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/101520060/PDFSTART>.
- 337 Varner, M.W., Esplin, M.S. (2005). Current understanding of genetic factors in preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 112(Supplement 1): 28-31. Accessible à l'adresse suivante : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118670842/PDFSTART>.
- 338 Gribbin, C., James, D. (2004). Assessing fetal health. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 18(3): 441-424.
- 339 Godfrey, K.M. (1998). Maternal regulation of fetal development and health in adult life. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 78: 141-150.
- 340 Feldman, P.J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C.A., Wadhwa, P.D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*. 62: 715-725. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/62/5/715>.
- 341 Canning, P.M., Frizzell, L.M., Courage, M.L. (2009). Birth outcomes associated with prenatal participation in a government support programme for mothers with low incomes. *Child: Care, Health and Development*. 36(2): 225-231. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2009.01045.x/pdf>.
- 342 Khanani, I., Elam, J., Hearn, R., Jones, C., Maseru, N. (2010). The impact of prenatal WIC participation on infant mortality and racial disparities. *American Journal of Public Health*. 100(S1): S204-S209. Accessible à l'adresse suivante : <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/100/S1/S204>.
- 343 Ickovics, J.R., Kershaw, T.S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., Schindler-Rising, S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. 110: 330-339. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276878/pdf/nihms-42174.pdf>.
- 344 Kierans, W.J., Joseph, K.S., Luo, Z.-C., Platt, R., Wilkins, R., Kramer, M.S. (2008). Does one size fit all? The case for ethnic-specific standards of fetal growth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 8: 1-9. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-8-1.pdf>.
- 345 Jaddoe, V.W.V., Troe, E.J.W.M., Hofman, A., Mackenbach, J.P., Moll, H.A., Steegers, E.A.P., Witteman, J.C.M. (2008). Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 22: 162-171. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00916.x/pdf>.
- 346 Haggarty, P., Campbell, D.M., Duthie, S., Andrews, K., Hoad, G., Piyathilake, C., McNeill, G. (2009). Diet and deprivation in pregnancy. *British Journal of Nutrition*. 102: 1487-1497. Accessible à l'adresse suivante : <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=6657348&jid=&volumeId=&issueId=10&aid=6657340&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>.

- 347 Wen, S.W., Goldenberg, R.L., Cutter, G.R., Hoffman, H.J., Cliver, S.P. (1990). Intrauterine growth retardation and preterm delivery: prenatal risk factors in an indigent population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 162: 213-218.
- 348 Hendler, I., Goldenberg, R.L., Mercer, B.M., Iams, J.D., Meis, P.J., Moawad, A.H., MacPherson, C.A., Caritis, S.N., Miodovnik, M., Menard, K.M., Thurnau, G.R., Sorokin, Y. (2005). The Preterm Prediction Study: association between maternal body mass index (BMI) and spontaneous preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192: 882-886.
- 349 Lee, Y.M., Cleary-Goldman, J., D'Alton, M.E. (2006). The impact of multiple gestations in late preterm (near-term) births. *Clinics in Perinatology*. 33(4): 777-792.
- 350 Tough, S.C., Newburn-Cook, C., Johnston, D.W., Svenson, L.W., Rose, S., Belik, J. (2005). Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics*. 109: 399-403. Accessible à l'adresse suivante : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/109/3/399>.
- 351 Zhu, B.P., Rolfs, R.T., Nangle, B.E., Horan, J.M. (1999). Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 340(8): 589-594.
- 352 Fuentes-Afflick, E., Hessol, N.A. (2000). Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics and Gynecology*. 95(3): 383-390.
- 353 Mercer, B.M., Goldenberg, R.L., Moawad, A.H., Meis, P.J., Iams, J.D., Das, A.F., Caritis, S.N., Miodovnik, M., Menard, M.K., Thurnau, G.R., Dombrowski, M.P., Roberts, J.M., McNellis, D., and the National Institute of Child Health Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (1999). The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 181: 1216-1221.
- 354 Smith, L.K., Draper, E.S., Manktelow, B.N., Dorling, J.S., Field, D.J. (2007). Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal*. 92(1): F11-F14.
- 355 Harder, T., Rodekamp, E., Schellong, K., Dudenhausen, J.W., Plagemann, A. (2007). Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 165(8): 849-857. Accessible à l'adresse suivante : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/165/8/849>.
- 356 Hack, M., Flannery, D.J., Schluchter, M., Cartar, L., Borawski, E., Klein, N. (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *The New England Journal of Medicine*. 346(3): 149-157.
- 357 McMillen, C., Robinson, J.S. (2005). Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming. *Physiological Reviews*. 85: 571-633. Accessible à l'adresse suivante : <http://physrev.physiology.org/cgi/reprint/85/2/571>.
- 358 Huxley, R., Owen, C.G., Whincup, P.H., Cook, D.G., Rich-Edwards, J., Smith, G.D., Collins, R. (2007). Is birth weight a risk factor for ischemic heart disease in later life? *American Journal of Clinical Nutrition*. 85: 1244-1250. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.ajcn.org/cgi/reprint/85/5/1244>.
- 359 Curhan, G.C., Chertow, G.M., Willett, W.C., Spiegelman, D., Colditz, G.A., Manson, J.E., Speizer, F.E., Stampfer, M.J. (1996). Birth weight and adult hypertension and obesity in women. *Circulation*. 94: 1310-1315. Accessible à l'adresse suivante : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/94/6/1310>.
- 360 Santé Canada. (2009). *Votre santé et vous – L'influenza (la grippe)*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/flu-grippe-fra.php>.
- 361 Mullahy, J. (1999). It'll only hurt a second? Microeconomic determinants of who gets flu shots. *Health Economics*. 8(1): 9-24. Accessible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291099-1050%28199902%298:1%3C9::AID-HEC396%3E3.0.CO;2-X/abstract>.
- 362 Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Seasonal Influenza (Flu) - Seasonal Flu Shot*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/flu/about/qa/flushot.htm>.
- 363 Fiore, A.E., Shay, D.K., Broder, K., Iskander, J.K., Uyeki, T.M., Mootrey, G., Bresee, J.S., Cox, N.J. (2009). Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 58: 1-52. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr58e0724a1.htm>.

- 364 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Information - Les aînés et le virus de la grippe (grippe saisonnière et grippe H1N1)*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/fs-fi-seniors-aines-fra.php>.
- 365 Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Prenez la grippe au sérieux - faites-vous vacciner! - Vaccination contre la grippe*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/iif-vcg/gs-pg-fra.php>.
- 366 Simonsen, L., Taylor, R.J., Viboud, C., Miller, M.A., Jackson, L.A. (2007). Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. *The Lancet Infectious Diseases*. 7(10): 658-666. Accessible à l'adresse suivante : <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/H1N1-flu/vaccination/vaccination-12.pdf>.
- 367 Jefferson, T., Rivetti, D., Rivetti, A., Rudin, M., Pietranonj, C.D., Demicheli, V. (2005). Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review. *The Lancet*. 366(9492): 1165-1174. Accessible à l'adresse suivante : <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673605673394.pdf?id=e16241398b8eb460:-69863000:12b165ce4e9:76c41284581218107>.
- 368 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. (1999). *Vaccin injectable contre l'influenza (grippe) saisonnière*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?aid=63>.
- 369 Santé Canada. (2009). *Fausse conceptions au sujet de l'innocuité des vaccins*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/misconception-fra.php>.
- 370 Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *Seasonal Flu Shot*. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/flu/about/qa/flushot.htm>.