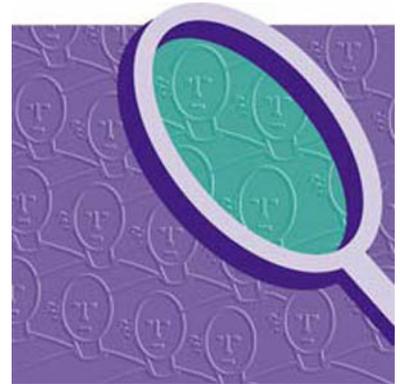




N° 82-221-XIF au catalogue

Indicateurs de la santé

2007



Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : 613-951-1746 ou par courriel à hd-ds@statcan.ca).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web à www.statcan.ca.

Service national de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Renseignements concernant le Programme des services de dépôt	1-800-700-1033
Télécopieur pour le Programme des services de dépôt	1-800-889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements pour accéder au produit

Le produit n° 82-221-XIF au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Publications.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées dans le site www.statcan.ca sous À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Indicateurs de la santé

2007

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2007

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Mai 2007

N° 82-221-XIF au catalogue, vol. 1 n° 1
ISSN 1496-3930

Périodicité : semestriel

Ottawa

This publication is available in English upon request (catalogue no. 82-221-XIE).

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Table des matières

Introduction.....	6
À propos des indicateurs de la santé.....	7
Quoi de neuf dans ce numéro	8
Tableaux de données et cartes	10
Liste de cartes	12
Profil des régions sociosanitaires	15
Régions sociosanitaire et groupes homologues.....	16
Changements dans les régions sociosanitaire.....	16
Groupes de régions sociosanitaire homologues	16
Définitions, sources de données et méthodes	19
1. État de santé	19
1.1 Bien-être.....	19
1.2 Problèmes de santé.....	20
1.3 Fonction humaine	24
1.4 Décès	26
2. Déterminants non médicaux de la santé.....	32
2.1 Comportements sanitaires	32
2.2 Conditions de vie et de travail	34
2.3 Ressources personnelles.....	37
2.4 Facteurs environnementaux.....	39
3. Rendement du système de santé	39
3.1 Acceptabilité	39
3.2 Accessibilité	39
3.3 Pertinence	41
3.4 Compétence	42
3.5 Sécurité	46
4. Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	47
4.1 Collectivité	47
4.2 Système de santé	50
4.3 Ressources.....	54
Qualité des données, concepts et méthodologie	55
1. Indicateurs régionaux de la santé.....	55
1.1 Estimations démographiques au niveau de la région sociosanitaire.....	55
2. Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil (Statistique Canada).....	55
2.1 Statistiques provinciales sur l'état civil et sur le cancer	55
2.2 Indicateurs régionaux fondés sur les statistiques de l'état civil	56
3. Indicateurs fondés sur l'incidence du cancer (Statistique Canada).....	62
3.1 Incidence du cancer.....	62
4. Indicateurs fondés sur les enquêtes de Statistique Canada (SC).....	63
4.1 Enquête nationale sur la santé de la population.....	63
4.2 Enquête nationale sur la santé de la population - Composante du Nord	64
4.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.....	65

4.4 L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	66
4.5 Méthode de ré-échantillonnage bootstrap.....	66
5. Indicateurs fondés sur les données sur la criminalité (Statistique Canada)	66
6. Indicateurs fondés sur les données sur la population active (Statistique Canada)	68
7. Indicateurs fondés sur les données du Recensement (Statistique Canada)	68
8. Indicateurs du système de santé- (Institut canadien d'information sur la santé - ICIS).....	69
8.1 Données sur les hospitalisations et taux d'hospitalisations (ICIS)	70
8.2 Données sur les médecins (ICIS).....	71
8.3 Base de données sur les dépenses nationales de santé (ICIS).....	72
Annexe	72
Estimations démographiques.....	72
Méthode appliquée par Statistique <i>Canada</i>	73
Méthodes appliquées par les provinces.....	74
Note de renvoi	76
À propos Statistique Canada.....	77
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	77
Annexe A- Tableaux	78
Tableau 1 Cartes de référence des régions sociosanitaires selon province et territoire	78
Tableau 2 Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2003 et 2005/2007	81
Tableau 3 Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2000 et 2003.....	86
Tableau 4 Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2005	91
Tableau 5 Sommaire des groupes homologues et les caractéristiques principales	94
Annexe B - Cartes	96
Carte 1 Community Health Regions, Terre-Neuve-et-Labrador, régions sociosanitaire, 2003	96
Carte 2 Regional Integrated Health Authorities, Terre-Neuve-et-Labrador régions socosanitaire, 2005.....	97
Carte 3 Health Regions, Île-du-Prince-Édouard régions sociosanitaire, 2005.....	98
Carte 4 Zones, Nouvelle-Écosse régions sociosanitaire, 2005.....	99
Carte 5 District Health Authorities (DHA), Nouvelle-Écosse régions sociosanitaire, 2005	100
Carte 6 Régions sociosanitaire, Nouveau-Brunswick régions sociosanitaire, 2005	101
Carte 7 Régions sociosanitaire (RSS), Québec région sociosanitaire, 2003	102
Carte 8 Régions sociosanitaire (RSS), Québec régions sociosanitaire, 2005.....	103
Carte 9 Public Health Units (PHU), Nord de l'Ontario, 2003.....	104
Carte 10 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario, 2003.....	105
Carte 11 District Health Councils (DHC), Ontario régions sociosanitaire, 2003	106
Carte 12 Public Health Units (PHU) , Nord de l'Ontario régions sociosanitaire, 2005	107
Carte 13 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario régions sociosanitaire, 2005	108
Carte 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), Ontario régions socosanitaire, 2005.....	109
Carte 15 Regional Health Authorities, Manitoba régions sociosanitaire, 2005.....	110
Carte 16 Regional Health Authorities, Saskatchewan régions sociosanitaire, 2005.....	111
Carte 17 Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaire, 2003	112
Carte 18 Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaire, 2005	113
Carte 19 Health Service Delivery Areas, Colombie-Britannique régions sociosanitaire, 2005	114
Carte 20 Territoires du Nord régions sociosanitaire, 2005	115
Carte 21 Régions sociosanitaire et groupes homologues au Canada, 2005.....	116

Introduction

Fournit les données les plus récentes sur la santé des Canadiens - région par région
La présente publication, produite conjointement par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), est une compilation de plus de 80 indicateurs qui mesurent l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, le rendement du système de santé ainsi que les caractéristiques de la collectivité et du système de santé.

Ces indicateurs sont produits au niveau des régions sociosanitaires ainsi qu'à l'échelle des provinces, des territoires et du Canada. Les indicateurs sont calculés à l'aide des données les plus récentes qui représentent un vaste éventail de sources, dont le recensement, les enquêtes et les dossiers administratifs. Les définitions, la qualité des données, les concepts et les notes méthodologiques fournissent les renseignements nécessaires à l'interprétation des indicateurs.

Des cartes sont offertes avec certains indicateurs.

À propos des indicateurs de la santé

Contexte

En 1998, plus de 500 personnes - administrateurs du domaine de la santé, chercheurs, dispensateurs de soins, représentants des gouvernements, groupes de défense en matière de santé et consommateurs - ont été réunies afin d'établir les besoins en information sur la santé. Une de leurs priorités était la disponibilité de données comparatives pour les indicateurs clés en santé et en services de santé.

À la suite de cette consultation, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada ont amorcé un processus visant à identifier des mesures de la santé et du système de santé. En guise de première étape, et afin de mieux comprendre les catégories d'indicateurs qu'il convenait d'élaborer et de publier, une première conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population a été convoquée en mai 1999. De cette conférence ont émané un premier ensemble d'indicateurs de base, ainsi qu'une liste d'indicateurs susceptibles d'être élaborés ultérieurement (voir **Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population** à www.cihi.ca).

Cinq ans plus tard, une deuxième conférence consensuelle a été organisée en mars 2004 en vue de réexaminer de façon générale les priorités et les orientations du projet des indicateurs de la santé (voir **Le projet des indicateurs de la santé : les cinq prochaines années** à www.cihi.ca).

Les indicateurs de la santé

- permettent de fixer des objectifs en matière de santé ;
- répondent à des définitions et à des méthodes normalisées (qui rendent possibles les comparaisons) ;
- touchent un vaste auditoire – diffusés électroniquement partout au Canada, tant sur le plan régional, provincial que national.

Le but de ce projet est de fournir un appui aux autorités sanitaires régionales dans le suivi des progrès accomplis dans l'amélioration et le maintien de la santé de la population et le fonctionnement du système de santé pour lequel elles sont responsables en fournissant une information comparative de qualité sur :

- la santé générale de la population desservie, comment elle se compare à d'autres régions de la province et du pays et comment elle évolue au fil du temps ;
- les principaux déterminants non médicaux de la santé dans la région ;
- les services de santé que les résidents de la région reçoivent ;
- les caractéristiques de la collectivité ou du système de santé qui révèlent une information contextuelle utile.

Les discussions se poursuivent entre les autorités provinciales et régionales en matière de santé en vue de s'assurer de la pertinence des données et de l'uniformité des méthodes utilisées.

Quoi de neuf dans ce numéro

Des changements à la publication électronique ont été faits. Statistique Canada a modifié la présentation des pages de la section Tableaux de données, dans le but d'améliorer la convivialité et de respecter les nouvelles lignes directrices sur l'amélioration de l'accessibilité.

L'ICIS a récemment mis en service un nouvel outil en ligne plus avancé pour permettre l'accès aux données sur les indicateurs qui figurent dans la publication électronique (www.icis.ca). L'interface conviviale de l'outil rend la recherche de données plus aisée et plus directe, et elle est désormais dotée d'une fonction avec représentation graphique.

La présente publication électronique coïncide avec la publication par l'ICIS et Statistique Canada du rapport papier *Indicateurs de santé 2007* (http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators_f), le plus récent d'une série de rapports sur les dernières données disponibles relativement au système de santé et à la santé de la population dans les régions sociosanitaires, les provinces et les territoires du Canada. De plus, le rapport comprend une sélection de mesures de l'état de santé ainsi que les déterminants non médicaux de la santé. Cette publication comprend pour la première fois des analyses explicatives de certains indicateurs dans le but de faciliter l'interprétation et l'utilisation des données en mettant en relief les caractéristiques des patients et les processus de soins clés ayant un lien avec la variation des taux. Cette année, les points de mire seront les hospitalisations à la suite d'une fracture de la hanche et les temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.

Nouveaux tableaux de données

L'ICIS ajoute deux nouveaux indicateurs pour l'exercice 2005-2006, soit les temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche et le ratio d'entrées et de sorties liées à une intervention coronarienne percutanée.

Depuis l'année de données 2005-2006, les indicateurs des arthroplasties de la hanche et du genou de l'ICIS sont calculés pour les personnes de 20 ans et plus. Ces indicateurs ne sont pas comparables aux taux rapportés au cours des années précédentes, lesquels ont été calculés en fonction de la nouvelle définition et présentés dans le but de permettre des comparaisons au fil du temps.

- Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche en 2005-2006
- Ratio d'entrées et de sorties liées à une intervention coronarienne percutanée en 2005-2006

Tableaux mis à jour

Les tableaux suivants ont été mis à jour pour la diffusion de ce numéro.

État de santé

- Changements d'une année à l'autre de l'auto-évaluation de la santé entre 1994-1995 et 2004-2005
- Changements d'une année à l'autre de l'indice de masse corporelle (IMC) entre 1994-1995 et 2004-2005
- Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure 2005-2006 (ICIS)

Déterminants non-médicaux de la santé

- Changements d'une année à l'autre du niveau d'activité physique entre 1994-1995 et 2004-2005
- Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac entre 1994-1995 et 2004-2005
- Taux de chômage chez les adultes et les jeunes, 2006
- Incidence de la criminalité, 2005
- Adultes et jeunes accusés, 2005

Rendement du système de santé

- Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, 2005-2006 (ICIS)
- Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou un accident vasculaire, moyenne sur trois ans des données pour 2003-2004 à 2005-2006 (ICIS)
- Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM), d'une crise d'asthme, d'une hystérectomie ou d'une prostatectomie, moyenne sur trois ans des données pour 2003-2004 à 2005-2006 (ICIS)
- Taux de césariennes, 2005-2006 (ICIS)
- Taux d'hospitalisations à la suite d'une fracture de la hanche, 2005-2006 (ICIS)
- Taux de fracture de la hanche à l'hôpital, moyenne sur trois ans des données pour 2003-2004 à 2005-2006 (ICIS)

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

- Estimations de la population, 2004 et 2005
- Rapports de dépendance
- Ratio d'entrées et de sorties, 2005-2006 (ICIS)
- Taux de pontages aortocoronariens, 2005-2006 (ICIS)
- Taux d'intervention coronarienne percutanée, 2005-2006 (ICIS)
- Taux d'arthroplasties de la hanche et du genou, 2005-2006 (ICIS)
- Taux d'hystérectomies, 2005-2006 (ICIS)
- Médecins, 2005 (ICIS)

Tableaux de données et cartes

Les tableaux de données et cartes sont présentés selon le cadre conceptuel des Indicateurs de la santé. Pour visualiser les tableaux, voir http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-xif/2007001/tbl-fram_f.htm

Cadre conceptuel des Indicateurs de la santé

État de santé			
Bien-être	Problèmes de santé	Fonction humaine	Décès
<ul style="list-style-type: none"> • Auto-évaluation de la santé • Changements d'une année à l'autre de l'auto-évaluation de la santé • Estime de soi¹ • Auto-évaluation de la santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de masse corporelle chez les adultes (IMC) • Indice de masse corporelle chez les jeunes (IMC) • Changement d'une année à l'autre de l'indice de masse corporelle (IMC) • Arthrite ou rhumatisme • Diabète • Asthme • Hypertension • Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités¹ • Douleurs ou malaises selon l'intensité¹ • Dépression² • Faible poids à la naissance • Incidence du cancer • Hospitalisation à la suite d'une blessure (ICIS) • Blessures 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé fonctionnelle¹ • Jours d'incapacité en deux semaines • Participation et limitation des activités • Espérance de vie sans limitation d'activité (EVLA) • Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité infantile • Mortalité périnatale • Espérance de vie Décès selon certaines causes • Années potentielles de vie perdues (APVP)
Déterminants non médicaux de la santé			
Comportements sanitaires	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> • Genre de fumeur • Début de l'usage du tabac • Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac¹ • Fréquence de la consommation d'alcool • Activité physique durant les loisirs • Changement d'une année à l'autre du niveau d'activité physique • Allaitement¹ • Consommation de fruits et 	<ul style="list-style-type: none"> • Titulaire d'un diplôme d'études secondaires • Titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires • Taux de chômage chez les adultes et les jeunes • Taux de chômage de longue durée • Taux de faible revenu • Enfants dans les familles à faible revenu • Revenu personnel moyen • Part médiane des revenus • Revenu provenant de 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'appartenance à la communauté locale • Soutien social¹ • Stress dans la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la fumée secondaire à la maison • Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics

légumes ¹	transferts gouvernementaux • Abordabilité du logement • Latitude de décision au travail ¹ • Incidence de la criminalité ¹ • Adultes et jeunes accusés ¹		
Rendement du système de santé			
Acceptabilité	Accessibilité	Pertinence	Compétence
• Satisfaction des patients ¹	• Vaccination contre la grippe • Mammographie de dépistage • Test de Pap (Papanicolaou) • Médecin de famille • Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (ICIS)	• Césariennes (ICIS)	
Continuité	Compétence	Efficiences	Sécurité
	• Conditions propices aux soins ambulatoires (ICIS) • Mortalité dans les 30 (ICIS) • Réadmissions (ICIS)		• Hospitalisations liées à une fracture de la hanche (ICIS) • Fractures de la hanche à l'hôpital (ICIS)
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé			
Collectivité	Système de santé	Ressources	
<ul style="list-style-type: none"> Estimations de la population Densité de la population Rapport de dépendance Personnes vivant en régions urbaine et rurale Autochtones Immigrants Mobilité des migrants internes Zones d'influence des régions métropolitaines (ZIM) Familles monoparentales Minorités visibles Grossesse chez l'adolescente¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Ratio d'entrées et de sorties (ICIS) Pontage aortocoronarien par greffe (ICIS) Intervention coronarienne percutanée (ICIS) Arthroplastie de la hanche (ICIS) Arthroplastie du genou (ICIS) Hystérectomie (ICIS) Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle Consultation d'un médecin Consultation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale¹ Consultation de spécialistes des soins dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> Médecins (ICIS) 	
Notes : 1. Les données sont disponibles à l'échelle provinciale/territoriale ou pour seulement certaines régions sociosanitaires. 2. Cet indicateur n'est pas mise-à-jour dû à des problèmes de qualité des données.			
Sources : Statistique Canada, Institut Canadien d'information sur la santé.			

Liste de cartes

Pour visualiser les cartes voir http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2007001/maps/maps_f.htm

Régions sociosanitaires

- Carte 1 Community Health Regions, Terre-Neuve-et-Labrador, régions sociosanitaires, 2003
- Carte 2 Regional Integrated Health Authorities, Terre-Neuve-et-Labrador régions sociosanitaires, 2005
- Carte 3 Health Regions, Île-du-Prince-Édouard régions sociosanitaires, 2005
- Carte 4 Zones, Nouvelle-Écosse régions sociosanitaires, 2005
- Carte 5 District Health Authorities (DHA), Nouvelle-Écosse régions sociosanitaires, 2005
- Carte 6 Régions sociosanitaires, Nouveau-Brunswick régions sociosanitaires, 2005
- Carte 7 Régions sociosanitaires (RSS), Québec régions sociosanitaires, 2003
- Carte 8 Régions sociosanitaires (RSS), Québec régions sociosanitaires, 2005
- Carte 9 Public Health Units (PHU), Nord de l'Ontario, 2003
- Carte 10 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario, 2003
- Carte 11 District Health Councils (DHC), Ontario régions sociosanitaires, 2003
- Carte 12 Public Health Units (PHU), Nord de l'Ontario régions sociosanitaires, 2005
- Carte 13 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario régions sociosanitaires, 2005
- Carte 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), Ontario régions sociosanitaires, 2005
- Carte 15 Regional Health Authorities, Manitoba régions sociosanitaires, 2005
- Carte 16 Regional Health Authorities, Saskatchewan régions sociosanitaires, 2005
- Carte 17 Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaires, 2003
- Carte 18 Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaires, 2005
- Carte 19 Health Service Delivery Areas, Colombie-Britannique régions sociosanitaires, 2005
- Carte 20 Territoires du Nord régions sociosanitaires, 2005
- Carte 21 Régions sociosanitaires et groupes homologues au Canada, 2005

Section des tableaux de données

- Carte 22 Auto-évaluation de la santé mentale par région sociosanitaire, 2005
- Carte 23 Auto-évaluation de la santé par région sociosanitaire, 2005
- Carte 24 Obésité chez les adultes par région sociosanitaire, 2005
- Carte 25 Arthrite ou rhumatisme par région sociosanitaire, 2005
- Carte 26 Diabète par région sociosanitaire, 2005
- Carte 27 Asthme par région sociosanitaire, 2005
- Carte 28 Hypertension par région sociosanitaire, 2005
- Carte 29 Bébés de faible poids à la naissance (moins de 2600 grammes) par région sociosanitaire, 2001
- Carte 30 Blessures par région sociosanitaire, 2005
- Carte 31 Jours d'incapacité en deux semaines par région sociosanitaire, 2005
- Carte 32 Participation et limitation des activités par région sociosanitaire, 2005
- Carte 33 Espérance de vie sans limitation d'activité à la naissance par région sociosanitaire, 1996
- Carte 33a Espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans par région sociosanitaire, 1996
- Carte 34 Espérance de vie ajustée sur la santé à la naissance par région sociosanitaire, 1996
- Carte 34a Espérance de vie ajustée sur la santé à 65 ans par région sociosanitaire, 1996
- Carte 35 Mortalité infantile par région sociosanitaire, 2001
- Carte 36 Mortalité périnatale par région sociosanitaire, 2001
- Carte 37 Espérance de vie à la naissance par région sociosanitaire, 2001
- Carte 37a Espérance de vie à 65 ans par région sociosanitaire, 2001

Carte38 Décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 38a Décès dus aux cardiopathies par région sociosanitaire, 2001
Carte 38b Décès dus aux maladies vasculaires cérébrales par région sociosanitaire, 2001
Carte39 Décès dus au cancer (tumeurs malignes) par région sociosanitaire, 2001
Carte 39a Décès dus au cancer du poumon par région sociosanitaire, 2001
Carte39b Décès dus au cancer du côlon et du rectum par région sociosanitaire, 2001
Carte 39c Décès dus au cancer du sein chez la femme par région sociosanitaire, 2001
Carte39d Décès dus au cancer de la prostate par région sociosanitaire, 2001
Carte 40 Stress dans la vie quotidienne par région sociosanitaire, 2005
Carte 41 Décès dus à des blessures accidentelles par région sociosanitaire, 2001
Carte 42 Décès dus au SIDA par région sociosanitaire, 2001
Carte 43 Genre de fumeur par région sociosanitaire, 2005
Carte 44 Initiation à l'usage du tabac par région sociosanitaire, 2005
Carte 45 Fréquence de consommation d'alcool par région sociosanitaire, 2005
Carte 46 Activité physique durant les loisirs par région sociosanitaire, 2005
Carte 47 Pratique d'allaitement par province, 2003
Carte47a Pratique d'allaitement par groupe de régions homologues, 2003
Carte 48 Proportion de titulaires d'un diplôme d'études secondaires (25 à 29 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Carte 49 Proportion de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (25 à 54 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Carte 50 Taux de chômage de longue durée (population active de 15 ans et plus) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Carte 51 Taux de faible revenu par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Carte 52 Proportion d'enfants de 17 ans et moins vivant dans des familles à faible revenu par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Carte 53 Revenu personnel moyen en dollars canadiens par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Carte 54 Abordabilité du logement - Proportion de ménages qui dépensent au moins 30% de leur revenu total pour se loger par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Carte 55 Inégalité du revenu – Proportion totale des revenus qui revient à la moitié inférieure des ménages par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Carte 56 Proportion des revenus gouvernementaux (population âgées de 15 ans et plus) par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 57 Sentiment d'appartenance à la communauté locale par région sociosanitaire, 2005
Carte 58 Exposition à la fumée secondaire à la maison par région sociosanitaire, 2005
Carte 59 Exposition à la fumée secondaire dans des véhicules ou des lieux publics par région sociosanitaire, 2005
Carte 60 Vaccination contre la grippe par région sociosanitaire, 2005
Carte 61 Médecin de famille par région sociosanitaire, 2005
Carte 62 Mammographie de dépistage par région sociosanitaire, 2005
Carte 63 Test de Pap (Papanicolaou) par région sociosanitaire, 2005
Carte 64 Densité de la population – Nombre d'habitants par kilomètre carré par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 65 Proportion de la population vivant dans des zones urbaines par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 66 Proportion d'Autochtones par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 67 Proportion d'immigrants par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 68 Mobilité des migrants internes proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente au moment du recensement 2001, par région sociosanitaire
Carte 69 Proportion de la population qui vit dans une zone ZIM forte par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 70 Proportion de familles monoparentales par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 71 Proportion de la population appartenant à un groupe de minorités visibles par région sociosanitaire, recensement 2001
Carte 72 Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle par région sociosanitaire, 2005

Carte 73 Consultation d'un médecin par région sociosanitaire, 2005
Carte 74 Consultation de spécialistes des soins dentaires par région sociosanitaire, 2005
Carte 75 Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 75a Décès dus à la pneumonie et à la grippe par région sociosanitaire, 2001
Carte 75b Décès dus à la bronchite, à l'emphysème et à l'asthme par région sociosanitaire, 2001
Carte 76 APVP pour toutes les causes de décès par région sociosanitaire, 2001
Carte 77 APVP pour les décès dus à tous les types de cancer (tumeurs malignes) par région sociosanitaire, 2001
Carte 77a APVP pour les décès dus au cancer du poumon par région sociosanitaire, 2001
Carte 77b APVP pour les décès dus au cancer du côlon et du rectum par région sociosanitaire, 2001
Carte 77c APVP pour les décès dus au cancer du sein per région sociosanitaire, 2001
Carte 77d APVP pour les décès dus au cancer de la prostate par région sociosanitaire, 2001
Carte 78 Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 78a Décès dus aux cardiopathies ischémiques par région sociosanitaire, 2001
Carte 78b Décès dus aux maladies vasculaires cérébrales par région sociosanitaire, 2001
Carte 79 Décès dus au cancer (tumeurs malignes) par région sociosanitaire, 2001
Carte 79a Décès dus au cancer du poumon par région sociosanitaire, 2001
Carte 79b Décès dus au cancer du côlon et du rectum par région sociosanitaire, 2001
Carte 79c Décès dus au cancer du sein chez la femme par région sociosanitaire, 2001
Carte 79d Décès dus au cancer de la prostate par région sociosanitaire, 2001
Carte 80 Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 80a Décès dus à la pneumonie et à la grippe par région sociosanitaire, 2001
Carte 80b Décès dus à la bronchite, à l'emphysème et à l'asthme par région sociosanitaire, 2001
Carte 81 Décès dus au suicide et aux blessures auto-infligées par région sociosanitaire, 2001
Carte 82 Décès dus à des blessures accidentelles par région sociosanitaire, 2001
Carte 83 Décès dus au SIDA
Carte 84 Années potentielles de vie perdues (APVP)
Carte 85 APVP pour les décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 86 APVP pour les décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire par région sociosanitaire, 2001
Carte 87 APVP pour les décès dus au suicide et aux blessures auto-infligées par région sociosanitaire, 2001
Carte 88 APVP pour les décès dus à des blessures accidentelles par région sociosanitaire, 2001
Carte 89 APVP pour les décès dus au SIDA par région sociosanitaire, 2001

Profil des régions sociosanitaires

Les profils des régions sociosanitaires sont des tableaux CANSIM faits pour produire des rapports pour des régions sociosanitaires sélectionnées, ou des régions basées sur une série d'indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et le recensement.

Pour les profils des régions sociosanitaires par source voir
www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2007001/profiles_f.htm .

Régions sociosanitaire et groupes homologues

Une « région sociosanitaire » représente une unité administrative définie par un ministère provincial de la Santé. Pour s'assurer de couvrir entièrement le Canada, chaque territoire du Nord représente aussi une région sociosanitaire.

Voir [Tableau 1 Régions sociosanitaires au Canada, selon la province ou le territoire](#)

Voir [Carte 21 Régions sociosanitaires et groupe homologues au Canada, 2005](#).

Changements dans les régions sociosanitaire

Depuis juin 2003, des changements ont été faits dans quelques régions sociosanitaires. Celles-ci sont indiquées dans le tableau ci-dessus. Toutefois, de nombreux tableaux de données dans la présente publication continuent de refléter les limites en vigueur en 2003. Ces dernières seront mises à jour au fur et à mesure que de nouveaux tableaux de données seront produits pour les numéros futurs. Voir [Tableau 2 Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2003 et 2005/2007](#) et le [Tableau 3 Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2000 et 2003](#) dans l'annexe pour les détails. Entre juin 2005 et la date de la publication, des limites ont été légèrement modifiées au Nouveau-Brunswick.

Groupes de régions sociosanitaire homologues

Afin de comparer valablement les régions sociosanitaires ayant des caractéristiques socioéconomiques semblables, Statistique Canada a regroupé ces régions en « groupes de régions homologues » selon une méthode statistique destinée à maximiser les différences statistiques interrégionales. À cette fin, on a choisi 24 variables couvrant autant de déterminants socioéconomiques que possible de la santé, en se basant sur des données recueillies au niveau de la région sociosanitaire provenant principalement du Recensement du Canada. Les concepts étudiés incluent:

- données démographiques de base (par, changements démographiques et structure démographique);
- conditions de vie (par, caractéristiques socioéconomiques, logement et inégalité du revenu);
- conditions de travail (par, situation du marché du travail).

Les données sur les groupes de régions homologues fondées sur les limites de 2005 des régions sociosanitaires et sur les données du Recensement de 2001 sont maintenant disponibles. Il existe à l'heure actuelle neuf groupes de régions homologues représentés par les lettres A à I.

Voir [Tableau 4 Groupes de régions sociosanitaires homologues 2005](#).

Voir [Tableau 5 Sommaire des groupes homologues et les caractéristiques principales](#).

Un exposé plus détaillé du raisonnement et des méthodes sur lesquels se fonde l'établissement des groupes de régions homologues est donné dans **Groupes de régions sociosanitaires homologues – document de travail, 2000 et Groupes de régions sociosanitaires homologues – document de travail, 2003** disponible à www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-xif/2006002/regions_f.htm

Depuis la création des groupes de régions sociosanitaires homologues en 2003, les limites géographiques des régions sociosanitaires ont changé assez peu. Le fait nouveau le plus important a été l'établissement de régions régionales de la santé intégrées (Regional Integrated Health Authorities) à Terre-Neuve, ce qui a réduit de six à quatre le nombre de régions sociosanitaires dans cette province.

Pour plus d'information sur la géographie, les changements de codes et de nom des régions sociosanitaires entre 2003 et 2005, consultez la section sur les régions sociosanitaires et les groupes homologues http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2006002/regions_f.htm.

Une autre modification importante apportée aux limites des régions sociosanitaires a été la création des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, pour remplacer les conseils régionaux de santé. Toutefois, ce changement n'a pas eu d'incidence sur les groupes de régions homologues, parce que l'on fonde la classification des groupes de régions homologues sur les bureaux de santé publique (Public Health Units), qui sont également reconnus comme des régions sociosanitaires.

Afin d'assurer la comparabilité et de réduire au minimum les changements apportés à la classification en groupes de régions homologues, les régions sociosanitaires formées le plus récemment ont, pour la plupart, été reclassées dans les groupes de régions sociosanitaires homologues courants. Comme les changements étaient forts peu nombreux, la reconstruction des groupes de régions homologues par la méthode d'analyse typologique originale n'était pas pratique, d'autant plus que les données de recensement nécessaires pour cet exercice n'étaient pas disponibles. Les régions dont les limites ont subi des modifications importantes ont donc été analysées individuellement afin de déterminer la meilleure concordance.

Pour l'Alberta, la modification, en décembre 2003, de la limite entre la Calgary Health Region (groupe de régions homologues B) et la David Thompson RHA (groupe de régions homologues E) a donné lieu à un déplacement de population qui s'est soldé par une diminution de 4,4 % de la population de la David Thompson RHA et un accroissement de 1,2 % de celle de Calgary. Comme la population relative touchée est petite, l'affectation aux groupes de régions homologues susmentionnés demeure appropriée.

En Ontario, la Muskoka-Parry Sound Health Unit (3545) a été dissoute et le territoire a été réparti entre deux régions sociosanitaires pour former la North Bay Parry Sound District Health Unit (3547) et la Simcoe Muskoka District Health Unit (3560). Les régions sociosanitaires bénéficiaires sont restées classées dans les mêmes groupes de régions homologues, mais le changement représente un transfert du groupe de régions homologues « E » au groupe de régions homologues « C » pour la municipalité de Parry Sound.

Durant la présente mise à jour des groupes de régions homologues, la modification récente des limites survenue à Terre-Neuve-et-Labrador est celle qui a été la plus problématique. Bien qu'il s'agisse d'un simple regroupement de régions sociosanitaires, il comportait la fusion de régions de même taille de population, mais provenant de groupes de régions homologues différents. Les données de recensement disponibles sur ces régions ont été examinées afin de déterminer si les caractéristiques démographiques avaient été modifiées suffisamment pour justifier le changement de groupe de régions homologues associé.

Les deux changements survenus à Terre-Neuve-et-Labrador qui ont nécessité une analyse plus approfondie sont les suivants :

1. La Health and Community Services St. John's Region (1001 – groupe de régions homologues « A ») et la Health and Community Services Eastern Region (1002 – groupe de régions homologues « I ») ont été combinées pour former l'Eastern Regional Integrated Health Authority (1011). Dans ce cas, la fusion a surtout eu une incidence sur les caractéristiques suivantes :

- composition urbaine -rurale (maintenant 65,6 % urbaine et 34,4 % rurale);
- densité de population (maintenant 15,03 par kilomètre carré);
- variation totale de population (représente une baisse de 4,97 %).

Par conséquent, cette nouvelle région sociosanitaire a été affectée au groupe de régions homologues « C ».

2. Le Grenfell Regional Health Services Board (1005 – groupe de régions homologues « I ») et la Health Labrador Corporation (1006 – groupe de régions homologues « H ») ont été combinés pour former la Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority (1014). Une forte proportion d'Autochtones est la principale caractéristique du groupe de régions homologues « H » qui le distingue du groupe « I ».

La proportion d'Autochtones pour la région combinée demeure assez élevée (26 %). Par conséquent, cette nouvelle région a été affectée au groupe de régions homologues « H ».

Les deux autres régions régionales de la santé intégrées gardent les mêmes limites qu'auparavant et, par conséquent, ne représentent qu'un changement de code et de nom. Donc, elles demeurent dans le même groupe de régions homologues (toutes deux dans le groupe « I »).

Notes spéciales :

Pour l'île-du-Prince-Édouard, les quatre régions sociosanitaires ont été abolies en novembre 2005 suite à une restructuration du système de santé. Ces limites ont été maintenues pour la diffusion des indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, et restent les unités prises en compte pour les groupes de régions homologues.

En Nouvelle-Écosse, les six zones ont été reconnues comme des régions sociosanitaires, bien qu'il existe des régions administratives de plus faible niveau d'agrégation, soit neuf District Health Authorities (DHA). La province a demandé que Statistique Canada commence à utiliser les unités administratives au lieu des zones. Étant donné les limites en ce qui concerne la génération de données pour les petites unités, les limites des zones ainsi que des DHA demeurent utiles, et elles seront présentées comme deux niveaux des régions sociosanitaires de 2005. Les zones, qui, pour la plupart, représentent des agrégations de DHA, restent les unités prises en compte pour la détermination des groupes de régions homologues.

Définitions, sources de données et méthodes

Statistique Canada obtient les données des indicateurs de sources variées, comme l' ICIS. Les définitions sont présentées dans le même format du cadre conceptuel.

1. État de santé

1.1 Bien-être

Auto-évaluation de la santé

Définition :

Personnes (de 12 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population, composante Nord) qui évaluent leur état de santé comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.

L'auto-évaluation de la santé est un indicateur de l'état de santé global d'une personne. Il peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord; Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur la santé des enfants et des jeunes (enfants âgés de 0 à 11 ans), 1994-1995

Changements d'une année à l'autre de l'auto-évaluation de la santé

Définition :

Changements dans le temps de l'auto-évaluation de l'état de santé (excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise; amélioration, détérioration ou état stable) chez la population à domicile de 12 ans et plus, aux deux ans, à chaque cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population. La population, l'âge, le sexe et la province sont basés sur le premier cycle de l'enquête (Cycle 1) en 1994-1995.

Sources :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinales, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005

Estime de soi

Définition :

Auto-évaluation de la valeur personnelle chez les personnes de 12 ans et plus, d'après leurs réponses à six questions dérivées de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1969), qui a été décomposée en une dimension par Pearlin et Schooler (1978). Dans cette publication, une note de 0 à 17 correspond à une mauvaise estime de soi, de 18 à 19 à une estime de soi moyenne, et de 20 à 24 à une estime de soi élevée.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon transversal, Fichier santé

Auto-évaluation de la santé mentale

Définition:

Personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé mentale comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.

L'état de santé mentale auto-déclaré fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans l'état de santé (physique) auto-déclaré.

Source:

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Fichier santé

1.2 Problèmes de santé

Indice de masse corporelle chez les adultes (IMC)

Note: Changement de définition en 2004 afin que la classification du poids corporel soit conforme aux nouvelles normes de Santé Canada.

Définition :

L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada, les risques suivants sont associés avec chaque catégorie de l'IMC : poids normal = moindre risque; poids insuffisant et excès de poids = risque accru de développer des problèmes de santé; obésité - classe 1 = risque élevé; obésité - classe 2 = risque très élevé; obésité - classe 3 = risque extrêmement élevé.

Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

L'indice est : inférieur à 18,5 (poids insuffisant), 18,5-24,9 (poids normal), 25,0-29,9 (excès de poids); 30,0-34,9 (obésité - classe I); 35,0-39,9 (obésité - classe II); 40 et plus (obésité - classe III). L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Indice de masse corporelle chez les jeunes (IMC)

Définition:

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres).

L'indice est : ni embonpoint ni obèse; embonpoint; obèse.

L'indice de masse corporelle (IMC) chez les jeunes est différent de celui des adultes car ils sont encore en croissance. Cette variable classe l'IMC mesuré chez les enfants âgés de 12 à 17 ans comme étant « obèse » ou « souffrant d'embonpoint » selon des niveaux d'IMC spécifiés par âge - sexe, tels que définis par Cole et collaborateurs. Les niveaux de Cole sont basés sur des données internationales agrégées (Brésil, Grande-Bretagne, Hong Kong, Singapour et États-Unis) d'IMC et jumelées aux niveaux d'IMC internationalement acceptés de 25 (embonpoint) et 30 (obèse). Les répondants qui ne tombent pas dans les catégories « obèse » ou « embonpoint » (tels que définis par Cole et collaborateurs) ont été classés comme « ni embonpoint ni obèse » par l'Enquête nationale sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Source:

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Fichier santé

Changements d'une année à l'autre de l'indice de masse corporelle (IMC)

Définition :

Changements dans le temps de l'indice de masse corporelle (IMC) (obésité, excès de poids, poids normal ou poids insuffisant; IMC plus élevé, même IMC, ou IMC moins élevé) chez la population à domicile de 12 ans et plus, aux deux ans, à chaque cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population. La population, l'âge, le sexe et la province sont basés sur le premier cycle de l'enquête (Cycle 1) en 1994-1995.

Sources :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinales, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005

Arthrite ou rhumatisme

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme d'un professionnel de la santé. L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord

Diabète

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord

Asthme

Définition :

Personnes de 4 ans ou plus (ou de 12 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population, composante Nord) qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord ; Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur la santé des enfants et des jeunes (asthme pour les enfants âgés de 4 à 11 ans), 1994-1995.

Hypertension

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités

Définition :

Personnes de 4 ans et plus (ou de 12 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population, composante Nord) qui déclarent avoir des douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord ; Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur la santé des enfants et des jeunes (enfants âgés de 4 à 11 ans), 1994-1995

Douleurs ou malaises selon l'intensité

Définition :

Personnes de 4 ans ou plus (ou de 12 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population, composante Nord) qui ont répondu " oui " ou " non " à la question vérifiant si elles étaient habituellement sans douleurs ou sans malaises. L'intensité de la douleur est mesurée comme sévère, modérée ou légère.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord ; Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur la santé des enfants et des jeunes (enfants âgés de 4 à 11 ans), 1994-1995

Dépression

Définition :

Personnes de 12 ans et plus ayant une probabilité égale ou supérieure à 0,9 d'avoir vécu un trouble dépressif majeur au cours des 12 derniers mois, basée sur les réponses à la version abrégée de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Les répondants sont classés selon la probabilité qu'ils auraient été diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur au cours des 12 derniers mois s'ils avaient répondu à la version longue de la CIDI.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2000-2001, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Faible poids à la naissance

Définition :

Naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes (poids de naissance connu). Naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est supérieur à 500 grammes et inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes (poids à la naissance connu). (S'applique seulement à un sous-groupe de données chronologiques au niveau provincial/territorial.)

Le faible poids à la naissance est un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement du nouveau-né. Les nouveau-nés dont le poids de naissance est faible courent un plus grand risque que les autres de souffrir d'un handicap et de maladies comme l'infirmité motrice cérébrale, de troubles de la vue, de difficultés d'apprentissage et de problèmes respiratoires.

Source :

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

Incidence du cancer

Définition :

Taux des nouveaux sièges primaires de cancer (tumeurs malignes), normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants, tous les types et sièges de cancer confondus et pour certains sièges : côlon et rectum (codes C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0 de la CIM-O-3), poumon (codes C34.0 à C34.9 de la CIM-O-3), sein -femme (codes C50.0 à C50.9 de la CIM-O-3), et prostate (code C61.9 de la CIM-O-3).

Source :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur le cancer, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations de la population).

Hospitalisations à la suite d'une blessure

Définition :

Taux d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie (excluant l'intoxication et d'autres blessures non traumatiques), normalisé selon l'âge par 100 000 habitants.

La cause de la blessure correspond au premier code valide et documenté de cause extérieure de traumatisme qui répond à la définition d'une blessure traumatique et avec diagnostic de type « 9 » :

CIM-9 ou ICD-9-CM :

E800-E807, E810-E838, E840-E848, E880-E888, E890-E902, E906-E910, E913-E928, E953-E958, E960-E961, E963-E968, E970-E976, E978, E983-E988, E990-E998

CIM-10-CA :

V01-V06, V09-V99, W00-W45, W49-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W94, W99, X00-X06, X08-X19, X30-X39, X50, X52, X58, X59, X70-X84, X86, X91-X99, Y00-Y05, Y07-Y09, Y20-Y36

Cet indicateur donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, le développement et l'utilisation des produits, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, et les ressources de prévention et de traitement.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Registre national des traumatismes

Blessures

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois. Comprend toutes les blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales, mais n'inclut pas les traumatismes dus à des mouvements répétitifs. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, s'entend de la « blessure la plus grave », telle qu'indiquée par le répondant.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

1.3 Fonction humaine

Santé fonctionnelle

Définition :

Personnes de 4 ans et plus (ou de 12 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population, composante Nord) qui déclarent des mesures qui donnent une idée de la santé fonctionnelle globale fondée sur 8 attributs fonctionnels (vue, ouïe élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition, et douleur). Un résultat variant entre 0,8 et 1,0 est associé à une très bonne santé ou à une santé parfaite; les résultats inférieurs à 0,8 témoignent de problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves.

Aussi appelé Indice de l'état de santé (IES), cet indice, créé par le Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster, est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS).

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord; Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur la santé des enfants et des jeunes (enfants âgés de 4 à 11 ans), 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999.

Jours d'incapacité en deux semaines

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui sont restées alitées ou ont réduit leurs activités normales à cause d'une maladie ou d'un accident pendant une journée ou plus au cours des deux semaines précédentes.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Participation et limitation des activités (Précédemment Limitation des activités)

Note : Les données sur la limitation des activités tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne sont pas comparables en raison des différences entre les catégories de questions et de réponses des deux enquêtes.

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui déclarent être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé.

Espérance de vie sans limitation d'activité (EVLA)

Définition:

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

L'espérance de vie sans limitation d'activité est un indicateur plus large que celui de l'espérance de vie, qui introduit le concept de qualité de la vie. Il permet de distinguer les années de vie libres de toute limitation d'activité, des années vécues avec au moins une limitation d'activité. Pour ce faire, l'espérance de vie sans limitation d'activité définit un seuil basé sur la nature de ces limitations. Les années de vie vécues dans des conditions supérieures à ce seuil sont comptées pleinement. Celles qui sont vécues dans des conditions inférieures ne sont pas comptabilisées. Ainsi, l'accent n'est pas mis exclusivement sur la durée de vie, comme c'est le cas pour l'espérance de vie, mais également sur la qualité de vie.

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population) et Recensement de la population de 1996 (échantillon de 20%).

Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS)

Définition :

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

L'espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) est un indicateur plus complet que l'espérance de vie, parce qu'il introduit le concept de qualité de vie. L'EVAS intègre des données sur la mortalité, sur le placement dans un établissement de santé à long terme et sur les limitations des activités au sein de la population et représente un indice global de l'état de santé. Donc, l'accent est mis non pas uniquement sur la durée de la vie, mais aussi sur la qualité de vie.

Pour calculer l'EVAS, des poids (valeurs relatives) sont attribués à quatre états de santé. Ces états de santé sont, par ordre décroissant de poids : aucune limitation des activités; limitation des activités dans les loisirs ou dans les transports; limitation des activités au travail, à la maison ou à l'école; et placement dans un établissement de soins de santé. Ces unités sont additionnées pour produire une forme d'espérance de vie « ajustée pour la qualité ».

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population) et Recensement de la population de 1996 (échantillon de 20%).

1.4 Décès

Mortalité infantile

Définition :

Nombre et taux de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

Mesure, établie de longue date, non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Reflète le niveau de mortalité, d'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.

Source :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et sur les décès.

Mortalité périnatale

Définition :

Nombre et taux de mortinaissances et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances totales (y compris les mortinaissances). Une mortinaissance s'entend ici de tout décès d'un fœtus après 28 semaines de gestation ou plus. Les mortinaissances pour lesquelles on ne connaît pas l'âge gestationnel sont exclues.

Probabilité qu'un fœtus jugé viable soit mort-né ou meure avant la fin de la première semaine de sa vie. Reflète les normes de soins obstétricaux et pédiatriques, ainsi que l'efficacité des initiatives de santé publique.

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances, sur les mortinaissances et sur les décès.

Espérance de vie

Définition :

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) et ainsi de suite pour les autres groupes d'âge, selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

Indicateur de la santé d'une population d'usage très répandu. L'espérance de vie est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie.

Source :

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

Taux de décès normalisé selon l'âge (Séries chronologiques au niveau provincial/ territorial)

Définition :

Taux normalisé selon l'âge de décès dus à certaines causes pour 100 000 habitants.

Causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et des années subséquentes disponibles sont classifiées selon la 10^{ième} révision de la classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé reliés (CIM-10). Certaines causes sont définies comme suit : Cancer du colon et du rectum (codes C18 à C21 de la CIM-10 ou codes 153 et 154 de la CIM-9), cancer du poumon (codes C33 et C34 de la CIM-10 ou code 162 de la CIM-9), cancer du sein chez la femme (code C50 de la CIM-10 des femmes spécifiés ou code 174 de la CIM-9), cancer de la prostate (code C61 de la CIM-10 ou code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (IAM) (codes I21 et I22 de la CIM-10 ou code 410 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes I60 à I69 de la CIM-10 ou codes 430 à 438 de la CIM-9), tous les accidents vasculaires cérébraux (codes I60 à I66 de la CIM-10 ou codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9).

Indicateur de la santé globale de la population qui constitue une mesure comparable à l'espérance de vie.

Sources :

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

Décès, toutes causes confondues

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès, toutes causes confondues pour 100 000 habitants.

Indicateur de la santé globale de la population qui constitue une mesure comparable à l'espérance de vie.

Source :

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

Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil circulatoire confondues (codes I00 à I99 de la CIM-10), cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), maladies vasculaires cérébrales (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire (codes I00 à I02, I05 à I09, I10 à I15, I26 à I28, I30 à I52, I70 à I79, I80 à I89, et I95 à I99 de la CIM-10).

Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du

taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement des maladies de l'appareil circulatoire.

Sources :

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

Décès dus aux tumeurs malignes (cancer)

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer pour 100 000 habitants, tous types et sièges de cancer confondus (codes C00 à C97 de la CIM-10) et pour certains sièges : côlon et rectum (codes C18 à C21 de la CIM-10), poumon (codes C33 et C34 de la CIM-10), sein -femme (code C50 de la CIM-10) et prostate (code C61 de la CIM-10).

Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par cancer, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du cancer.

Sources :

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

Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil respiratoire confondues (codes J00 à J99 de la CIM-10), pneumonie et grippe (codes J10 à J18 de la CIM-10), bronchite, emphysème et asthme (codes J40 à J43, J45, J46 de la CIM-10) et toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire (codes J00 à J06, J20 à J22, J30 à J39, J44, J47, J60 à J70, J80 à J84, J85, J86, J90 à J94, J95 à J99 de la CIM-10).

Mesure le succès à long terme des efforts déployés en vue de réduire la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. La diminution du taux de mortalité témoigne du succès des mesures de prévention, de dépistage et de traitement des maladies de l'appareil respiratoire.

Sources :

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

Suicide

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès par suicide (codes X60 à X84, Y87.0 de la CIM-10) pour 100 000 habitants.

Mesure le succès à long terme des efforts en vue de prévenir le suicide, qui représente aussi bien un problème social qu'un problème de santé publique important.

Sources :

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

Décès dus à des blessures accidentelles

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus à des blessures accidentelles pour 100 000 habitants. Les blessures accidentelles (« non intentionnelles ») incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais non celles causées par des accidents et complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (codes V01 à X59, et Y85 à Y86 de la CIM-10).

Mesure le succès à long terme des efforts en vue de réduire la mortalité par blessures accidentelles, comparativement à d'autres régions, provinces ou pays. Donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, la prévention, les soins d'urgence et les ressources de traitement.

Sources :

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

Décès dus au SIDA

Définition :

Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus au SIDA et à l'infection par le VIH (codes B20 à B24 de la CIM-10) pour 100 000 habitants.

Mesure le succès de la prévention et du traitement du SIDA et de l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine, c'est-à-dire l'agent pathogène qui cause le SIDA). Les renseignements sur la mortalité permettent d'estimer le nombre de personnes qui sont atteintes du SIDA ou infectées par le VIH, ainsi que l'effet du traitement.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - (Séries chronologiques au niveau provincial/territorial)

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de n'importe quelle cause - avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie. Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de taux pour 100 000 habitants.

Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et des années subséquentes disponibles sont classifiés selon la 10^{ième} révision de la classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé reliés (CIM-10). Certaines causes sont définies comme suit : Cancer du colon et du rectum (codes 153 et 154 de la CIM-9), cancer du poumon (code 162 de la CIM-9), cancer du sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), cancer de la prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (IAM) (code 410 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes 430 à 438 de la CIM-9), tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9), blessures accidentelles (codes V01 à X59, Y85 et Y86 de la CIM-10 ou codes E800 à E929 sauf E870 à E879), suicides (codes X60 à X84, Y87 de la CIM-10 ou codes E950 à E959 de la CIM-9)

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP)- Tous décès confondus

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) (tous décès confondus) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de n'importe quelle cause - avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP)- Tous décès par cancer confondus

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour toutes tumeurs malignes confondues (codes C00 à C97) et cancers spécifiques : colorectal (codes C18 à C21 de la CIM-10), poumon (codes C33 et C34 de la CIM-10), sein (code C50 de la CIM-10) et prostate (code C61 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute forme de cancer — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) -Tous décès par maladie circulaire confondus

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour tous les décès dus à la maladie circulaire confondus (codes I00 à I99) et causes spécifiques : cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), accidents cérébraux vasculaires (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies circulatoires (codes I00 à I02, I05 à I09, I10 à I15, I26 à I28, I30 à I52, I70 à I79, I80 à I89, et I95 à I99 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute maladie circulaire — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - Tous décès par maladie respiratoire confondus

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour tous les décès dus aux maladies respiratoires confondus (codes J00 à J99) et causes spécifiques : pneumonie et grippe (codes J10 à J18 de la CIM-10), bronchite/emphysème/asthme (codes J40 à J43, J45 et J46 de la CIM-10) et toutes les autres maladies respiratoires (codes J00 à J06, J20 à J22, J30 à J39, J44 à J47, J60 à J70, J80 à J84, J85, J86, J90 à J94 et J95 à J99 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute maladie respiratoire — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - Blessures accidentelles

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour les blessures accidentelles (codes V01 à X59, Y85 et Y86 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une blessure accidentelle — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - Suicides

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour les suicides et blessures auto -infligées (codes X60 à X84, Y87.0 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » par suicide — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - SIDA

Définition :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour le SIDA et infection par le virus de l'immunodéficiences (VIH) (codes B20 à B24 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » du SIDA/VIH – avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, pour chaque groupe d'âge, on prend l'âge médian, on soustrait cet âge de 75, puis on multiplie le résultat par le nombre de décès survenus au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès. Ces données sont présentées sous forme de nombre (APVP) et de taux pour 100 000 habitants.

Sources :

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

2. Déterminants non médicaux de la santé

2.1 Comportements sanitaires

Genre de fumeur (Précédemment Usage du tabac)

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient actuellement (tous les jours ou à l'occasion) ou qu'elles ne fumaient pas (anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé).

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Début de l'usage du tabac

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont dit fumer couramment ou avoir fumé par le passé et qui ont précisé l'âge auquel elles ont fumé leur première cigarette.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé.

Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac

Définition :

Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac chez la population à domicile de 12 ans et plus, aux deux ans, à chaque cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population. La population, l'âge, le sexe et la province sont basés sur le premier cycle de l'enquête en 1994-1995 (Cycle 1). Les fumeurs sont les personnes qui fument chaque jour ou à l'occasion.

Sources :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinales, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005

Fréquence de la consommation d'alcool

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui consommaient de l'alcool au moment de l'enquête et qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois au cours des 12 mois précédents. La consommation abusive se définit lorsqu'un consommateur actuel consomme 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, douze fois ou plus par année.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé, composante Nord.

Activité physique durant les loisirs

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques durant leurs loisirs.

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

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Changements d'une année à l'autre du niveau d'activité physique

Définition :

Changements d'une année à l'autre du niveau d'activité physique chez la population à domicile de 12 ans et plus, aux deux ans, à chaque cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population. La population, l'âge, le sexe et la province sont basés sur le premier cycle de l'enquête en 1994-1995.

Sources :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinales, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005

Allaitement

Note : Changement de définition mis en œuvre en 2004 conformément aux recommandations de Santé Canada et de l'Organisation mondiale de la Santé relatives à l'allaitement.

Définition :

L'allaitement maternel chez les femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance au cours des cinq dernières années. Les catégories comprennent : n'a pas allaité, a allaité temporairement, a allaité pendant au moins quatre mois, a allaité exclusivement pendant au moins quatre mois, a allaité pendant six mois, a allaité exclusivement pendant au moins six mois. Ces repères constituent les recommandations antérieures (quatre mois d'allaitement exclusif) et actuelles (six mois d'allaitement exclusif) de Santé Canada.

L'allaitement temporaire fait référence aux femmes qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, ne serait ce que pour une courte durée.

L'allaitement exclusif fait référence à un nouveau-né qui se nourrit uniquement de lait maternel, et d'aucun autre liquide (même de l'eau) ou type d'aliments solides.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, Fichier santé.

Consommation de fruits et légumes (Précédemment Habitudes alimentaires)

Définition :

Personnes de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de fois par jour qu'elles consomment des fruits et légumes.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé.

2.2 Conditions de vie et de travail

Titulaires d'un diplôme d'études secondaires

Définition :

Personnes de 25 à 29 ans qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires.

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires

Définition :

Personnes de 25 à 54 ans qui ont obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires.

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Taux de chômage chez les adultes et les jeunes

Définition :

Population active de 15 ans et plus (et les jeunes, âgés de 15 à 24 ans) qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.

La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de travailler durant la période de référence et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines. La période de référence correspond à une période d'une semaine (du dimanche au samedi) qui inclut habituellement le quinzième jour du mois.

Mesure classique de l'activité économique. Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes occupées.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la population active (totalisations spéciales).

Taux de chômage de longue durée

Définition :

Population active de 15 ans et plus qui n'a eu aucun emploi durant l'année courante ou l'année précédente (par exemple, les années 1995 et 1996 pour le Recensement de 1996).

La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient employées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de commencer à travailler au cours de la semaine qui a précédé le recensement et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines.

Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes occupées. Le chômage de longue durée pourrait prolonger la vulnérabilité aux problèmes de santé.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Taux de faible revenu (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Personnes dans les familles économiques et de personnes hors famille économique dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'indice des prix à la consommation.

L'expression « famille économique » désigne un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et sont unies par lien du sang, mariage, union libre ou adoption.

Mesure du statut socioéconomique d'usage très répandu. Un revenu élevé est associé à une meilleure santé.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Enfants dans les familles à faible revenu (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Proportion d'enfants de 17 ans et moins vivant dans une famille économique dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'indice des prix à la consommation.

L'expression « famille économique » désigne un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et sont unies par lien du sang, mariage, union libre ou adoption.

Mesure très répandue de la proportion d'enfants à risque.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Revenu personnel moyen (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Revenu personnel moyen (avant impôt et après transferts) des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré un revenu.

Un revenu élevé est associé à une meilleure santé.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Part médiane des revenus (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Proportion du total des revenus (en provenance de toutes les sources, avant impôt et après transferts) qui revient à la moitié inférieure des ménages lorsque ceux-ci sont répartis selon le revenu.

Si la proportion est de 50 %, il n'existe pas d'inégalité.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %), totalisation spéciale.

Revenu provenant de transferts gouvernementaux (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Proportion du total des revenus de la population de 15 ans et plus provenant des transferts gouvernementaux (par exemple, Régime de pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec, Assurance-chômage, etc.).

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Abordabilité du logement (revenu de l'année précédant le recensement)

Définition :

Proportion de ménages (locataires, propriétaires et total) qui dépensent au moins 30 % de leur revenu total pour se loger. Les dépenses de logement incluent les paiements pour l'électricité, le

mazout, le gaz, le charbon, le bois ou d'autres combustibles, l'eau et d'autres services municipaux, les versements hypothécaires mensuels, les impôts fonciers, les charges de copropriété et le loyer.

En général, on considère que le coût du logement pose un problème si le ménage doit dépenser plus de 30 % de son revenu pour se loger. À ce niveau de dépense, il est probable que le ménage ne disposera pas de fonds suffisants pour d'autres nécessités, comme se nourrir, se vêtir et se déplacer. L'inabordabilité du logement est un problème qui touche plus les locataires que les propriétaires. Les données des programmes de logement des bandes dans les réserves indiennes ne sont pas incluses dans le calcul de l'abordabilité du logement.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Latitude de décision au travail

Définition :

Importance du contrôle qu'exercent les travailleurs sur les circonstances de leur travail (travailleurs en accord ou en désaccord avec les énoncés « J'ai mon mot à dire sur l'évolution de mon travail » et « Je suis libre de décider de ma façon de travailler »). S'entend des personnes de 15 à 74 ans qui ont occupé un emploi ou travaillé à leur compte à un moment ou à un autre au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon transversal, Fichier santé.

Incidence de la criminalité

Définition :

Nombre et taux (pour 100 000 habitants) du total des affaires au Code criminel, calculé pour les crimes de violence, les crimes contre les biens et les autres infractions.

Source :

Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Programme de déclaration uniforme de la criminalité.

Adultes et jeunes accusés

Définition :

Nombre et taux (pour 100 000 habitants) de jeunes âgés de 12 à 17 ans ou d'adultes âgés de 18 ans et plus, inculpés pour des infractions au Code criminel selon le type d'infraction commise.

Source :

Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Programme de déclaration uniforme de la criminalité.

2.3 Ressources personnelles

Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui décrivent leur sentiment d'appartenance à leur communauté locale comme très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible.

La recherche montre une forte corrélation entre le sens d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

Source:

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Fichier santé

Ressources personnelles

Définition :

Niveau de la perception du soutien social déclaré par les personnes de 12 ans ou plus, d'après leurs réponses à quatre questions sur le fait de pouvoir se confier à quelqu'un sur qui elles peuvent compter en cas de crise, lorsqu'elles ont besoin de conseils, et qui leur donne le sentiment d'être aimées et de recevoir des soins. Dans la présente publication, une note de 0 représente un faible soutien social, une note de 1 à 3 un soutien social moyen et une note supérieure à 4 un soutien social élevé.

Source :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé, composante Nord.

Soutien social (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes)

Définition :

Niveau de la perception du soutien social déclaré par les personnes de 12 ans ou plus. Le soutien social s'entend du fait, pour une personne, de recevoir un soutien émotionnel ou informationnel quand elle a besoin de quelqu'un pour l'écouter ou qu'elle a besoin de se confier à quelqu'un. Pour déterminer le niveau de soutien social, on se fonde sur une liste de huit questions qui demandent aux gens à quelle fréquence ils bénéficient de certains types de soutien dans certaines circonstances. Dans la présente publication, une note de 0 à 10 représente un faible soutien social, une note de 11 à 20 un soutien social moyen, et une note de 21 à 32 un soutien social élevé.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé.

Stress dans la vie quotidienne (Enquête nationale sur la santé de la population)

Définition :

Niveau de stress chronique déclaré par les personnes de 18 ans ou plus, d'après leurs réponses à une série de 17 questions sur leur situation personnelle. Dans la présente publication, une note de 0 ou 1 représente un faible niveau de stress, une note de 2 à 4 un niveau de stress moyen, et une note de 5 à 16 un niveau de stress élevé.

Source :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon transversal, Fichier santé.

Stress dans la vie quotidienne (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes)

Définition :

Personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré leur niveau de stress quotidien.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé.

2.4 Facteurs environnementaux

Note: La définition de l'exposition à la fumée secondaire a été changée en 2004 afin de refléter les changements au questionnaire. Par conséquent, les données de l'ESCC 2000-2001 ne sont pas comparables avec les données provenant de l'ESCC 2003.

Exposition à la fumée secondaire à la maison

Définition :

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fume dans leur logement tous les jours ou presque tous les jours.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, Fichier santé.

Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics

Définition :

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans les véhicules privés et (ou) les lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, Fichier santé.

3. Rendement du système de santé

3.1 Acceptabilité

Satisfaction des patients (et évaluation de la qualité du service reçu)

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant déclaré avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 derniers mois et qui se disent très satisfaites ou assez satisfaites des soins de santé reçus. Les services de santé sont répartis comme suit : soins de santé dans l'ensemble; soins hospitaliers; soins reçus d'un médecin de famille ou spécialiste; soins de santé communautaires; les lignes d'information téléphonique sur la santé ou un service d'info -santé.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001 Fichier santé.

3.2 Accessibilité

Vaccination contre la grippe

Définition :

Personnes de 12 ans et plus (de 65 ans et plus pour les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population) qui ont indiqué quand elles avaient reçu leur dernier vaccin contre la grippe.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé.

Mammographie de dépistage

Définition :

Femmes de 50 et 69 ans déclarant quand elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons.

Le dépistage par mammographie est une stratégie importante de dépistage précoce du cancer du sein.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé.

Test de Pap (Papanicolaou)

Définition :

Femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Pap.

Le test de Papanicolaou (ou test de Pap) permet de détecter les lésions pré-malignes avant que le cancer du col de l'utérus ne se manifeste.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Médecin de famille

Définition:

On a demandé aux personnes de 12 ans et plus d'indiquer s'ils avaient un médecin de famille et, à ceux qui n'en avaient pas, d'en préciser la raison.

On déterminait que les répondants n'avaient pas cherché un médecin de famille si leur réponse était : « N'a pas essayé d'en avoir un » ou « Autres raisons ». Tous les autres répondants qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille étaient considérés comme ayant été incapables d'en trouver un. Leur réponse pouvait être une combinaison des options suivantes : « Il n'y en a pas dans la région », « Aucun ne prend de nouveaux patients dans la région » et « En avait un qui est parti ou a pris sa retraite ».

On considère que l'établissement d'une relation continue avec un médecin de famille joue un rôle important dans le maintien de la santé et l'accès approprié aux services de santé.

Source:

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Fichier santé

Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche

Définition :

La proportion ajustée selon le risque des patients de 65 ans et plus ayant subi une chirurgie en raison d'une fracture de la hanche le jour de leur admission à un hôpital de soins de courte durée ou le jour suivant.

Veillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche permet d'évaluer l'accès aux soins. Bien que certains patients souffrant d'une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux pour stabiliser leur état avant de subir leur chirurgie, la recherche suggère que généralement, les patients tirent meilleur parti d'une chirurgie pratiquée en temps opportun, c'est-à-dire une réduction de la morbidité, de la mortalité, de la douleur et de la durée du séjour à l'hôpital, de même qu'une meilleure réadaptation.

Source :

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

3.3 Pertinence

Césariennes (ICIS)

Définition :

Proportion de femmes accouchant par césarienne dans des établissements de soins de courte durée.

Méthode de calcul :

(Nombre de césariennes/nombre d'accouchements [naissances vivantes et mortinaissances])*100.

Accouchement

I. CIM-9

Les codes de diagnostic 640-676 dont le cinquième caractère sont 1 ou 2; 650 ou V27.

II. CIM-10-CA

Les codes de diagnostic O10-O16, O20, O21-O29, O30-O37, O40-O46, O60-O69, O70-O75, O85-O89, O90-O92, O95, O98, O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2; Z37.

Sont exclus les accouchements au cours desquels une intervention d'avortement a été pratiquée :

I. CCA*

Les codes de diagnostic 78.52, 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2.

II. CCI*

Les codes de diagnostic 5.CA.88, 5.CA.89, 5.CA.90 ou 5.CA.93

Césarienne (la césarienne est un sous-ensemble des accouchements) :

I. CCA*

Les codes de diagnostic 86.0-86.2, 86.8 ou 86.9.

II. CCI*

5.MD.60

* Le code peut être inscrit dans n'importe quelle position. Sont exclues les interventions annulées, antérieures, hors hôpital et abandonnées en cours d'intervention.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

3.4 Compétence

Conditions propices aux soins ambulatoires

Définition :

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée ajusté en fonction de l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes de moins de 75 ans.

Cette définition s'appuie sur le travail de M. Billings et de ses collègues (consultez J. Billings, L. Zeital, J. Lukomnik, T. S. Carey, A. E. Blank, L. Newman, « Impact of socio-economic status on hospital use in New York City », Health Affairs, printemps 1993, p. 162-173; J. Billings, G. M. Anderson, L. S. Newman, « Recent findings on preventable hospitalizations », Health Affairs, vol. 15, n° 3 (1996), p. 239-249).

Un des codes du diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour suivants :

- Épilepsie et autre état de mal épileptique
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques
- Asthme
- Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire**
- Hypertension**
- Angine**
- Diabète

** Exclut les cas où l'on a enregistré une intervention particulière (voir les détails à la section Notes techniques www.icis.ca)

L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins médicaux appropriés. Bien que les admissions pour des conditions propices aux soins ambulatoires ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires préalables appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires.

Les taux ne sont pas comparables à ceux publiés par l'ICIS avant juin 2005 en raison de la modification de la définition. Voir les définitions, les sources des données et le raisonnement de juin 2004 pour obtenir de plus amples renseignements sur la définition antérieure de cet indicateur.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Définition :

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'IAM.

Veillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Les variations interrégionales dans le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission peuvent être attribuables à des différences dans les normes de soins à l'échelle des provinces, des territoires et des établissements ainsi qu'à d'autres facteurs qui n'étaient pas compris dans l'ajustement. Depuis 2004, les critères de sélection pour les taux de mortalité liée à un infarctus aigu du myocarde (IAM) ont été révisés de manière à inclure le nombre croissant de cas d'IAM qui subissent une revascularisation dans les établissements où ils ont été admis initialement (admission initiale). Dans ces cas, il est *possible* que l'IAM n'a pas été inscrit comme diagnostic principal et a été exclu de l'indicateur. De plus, les critères d'exclusion ont été révisés. Les patients dont la durée du séjour est de moins de trois jours et qui sont sortis de l'hôpital vivants ne sont plus exclus. Ainsi, il faut comparer avec prudence les taux de 2004 et ceux des années antérieures.

Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison des différences dans la codification du type de diagnostic. Les taux du Nunavut ne sont pas disponibles en raison de la soumission incomplète de données.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients.

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC)

Définition :

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral.

Veillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Les taux ajustés de mortalité à la suite d'un AVC peuvent, par exemple, révéler l'efficacité du traitement et la qualité des soins. Les variations interrégionales dans le taux peuvent être attribuables à des différences dans les normes de soins à l'échelle des provinces, des territoires et des établissements ainsi qu'à d'autres facteurs qui n'étaient pas compris dans l'ajustement. Depuis 2004, les critères de sélection pour les taux de mortalité liée à l'AVC ont été révisés de manière à inclure les patients qui ont été transférés en réadaptation au cours de leur admission initiale. Dans ce cas, il est *possible* que l'AVC n'a pas été inscrit comme diagnostic principal et a été exclu de l'indicateur. De plus, un AVC dû à l'occlusion des artères cérébrales est maintenant inclus dans l'indicateur. Ces cas étaient exclus auparavant, car il était impossible de les identifier dans le système de codification de la CIM-9. Il faut comparer avec prudence les taux de 2004 et ceux des années antérieures.

Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison des différences dans la codification du type de diagnostic. Les taux du Nunavut ne sont pas disponibles en raison de la soumission incomplète de données.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients.

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

Définition :

Taux de réadmission imprévue après un congé de l'hôpital à la suite d'un IAM, ajusté selon le risque. Une réadmission est motivée par un diagnostic pertinent et a lieu dans les 28 jours suivant l'épisode de soins pour un IAM initial. Par épisode de soins, on entend l'ensemble adjacent d'hospitalisations et de chirurgies d'un jour.

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Le risque de réadmission à la suite d'un IAM peut être lié au type de médicament prescrit lorsque le patient a obtenu son congé, au degré d'observation par le patient du traitement à suivre après sa sortie, à la qualité des soins de suivi fournis dans la collectivité ou à la disponibilité de technologies diagnostiques ou thérapeutiques appropriées au cours de l'admission initiale. Bien que la réadmission en raison de problèmes médicaux puisse être liée à des facteurs qui ne sont pas liés directement à l'hôpital, des taux élevés de réadmission signalent aux hôpitaux la nécessité d'examiner plus attentivement leurs pratiques, y compris le risque d'un congé prématuré et les relations avec les médecins communautaires ainsi que les soins communautaires. Depuis 2004, les critères de sélection liés aux taux de réadmission à la suite d'un IAM ont été révisés de manière à inclure le nombre croissant de cas d'IAM qui subissent une revascularisation dans les établissements où ils ont été admis initialement (admission initiale). Dans ces cas, il est *possible* que l'IAM n'a pas été inscrit comme diagnostic principal et a été déjà exclu de l'indicateur. De plus, les critères d'exclusion ont été révisés. Les patients dont la durée du séjour est de moins de trois jours et qui sont sortis de l'hôpital vivants ne sont plus exclus. Ainsi, il faut comparer avec prudence les taux de 2004 et ceux des années antérieures.

* Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte des données.

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 Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database.

Taux de réadmission pour cause d'asthme

Définition :

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

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réadmission à cause d'un

état pathologique puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réadmission signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires.

*Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données.

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 Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database.

Taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie

Définition :

Taux ajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'une hystérectomie. Un cas est considéré comme une réadmission si celle-ci est motivée par un diagnostic pertinent et a lieu dans les 7 ou 28 jours suivant l'épisode indice des soins pour une hystérectomie. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour.

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réadmission à cause d'une intervention chirurgicale puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réadmission signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires.

* Voir les détails à la section Notes techniques www.cihi.ca

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données.

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 Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database.

Taux de réadmission à la suite d'une prostatectomie

Définition :

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

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Bien que la réadmission à cause d'une intervention chirurgicale puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réadmission signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris le risque de renvoyer trop tôt les patients chez eux et leurs liens avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires. On doit interpréter ces taux avec prudence, en raison des différences possibles dans les façons de coder les conditions de comorbidité entre les provinces et les territoires.

* Voir les détails à la section Notes techniques www.cihi.ca

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données.

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 Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database.

3.5 Sécurité

Hospitalisations liées à une fracture de la hanche

Définition :

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour une fracture de la hanche, ajusté en fonction de l'âge, par 100 000 personnes de 65 ans ou plus.

(Code diagnostique de la CIM-9 de 820.0-820.3, 820.8 ou 820.9 ou code diagnostique de la CIM-10-CA de S72.0, S72.1 ou S72.2)

Les fractures de la hanche se produisent pour diverses raisons, dont les dangers environnementaux, la prescription possiblement inappropriée de médicaments psychotropes aux personnes âgées ambulatoires, et des questions relatives à la sécurité dans les établissements de soins de longue durée. En plus d'entraîner l'invalidité ou la mort, les fractures de la hanche peuvent avoir des conséquences importantes sur l'autonomie et la qualité de vie. Cette mesure s'appuie sur le nombre de cas admis à l'hôpital. Certains cas peuvent être des admissions subséquentes pour d'autres traitements ou des transferts en provenance d'un autre établissement. Par conséquent, le taux d'hospitalisation peut surestimer l'incidence des fractures de la hanche.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Fractures de la hanche à l'hôpital

Définition :

Le taux ajusté selon les risques de fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients de 65 ans et plus hospitalisés en soins de courte durée, par 1 000 sorties.

* Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Cet indicateur, proposé par la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) et basé sur le Programme de dépistage et complications, représente une complication évitable potentiellement attribuée à un séjour dans un établissement de soins de courte durée. Plusieurs facteurs peuvent être responsables de la variation dans les taux, incluant les opérations dans les hôpitaux, la sécurité de l'environnement et la disponibilité de soins infirmiers. Des taux élevés peuvent être indicateurs d'une mauvaise qualité des soins dispensés au patient pendant son hospitalisation.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients

4. Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

4.1 Collectivité

Estimations de la population

Définition :

Nombre de personnes vivant dans un secteur géographique, selon l'âge et le sexe.

La taille et la composition âge -sexe d'une population ont un effet sur l'état de santé et sur le besoin de services de santé dans la région concernée. Les chiffres de population représentent aussi les « dénominateurs » entrant dans le calcul des taux pour la plupart des indicateurs de la santé et des indicateurs sociaux.

Sources :

Statistique Canada, Division de la démographie. Les chiffres sont calculés d'après les données de recensement et les données administratives sur la natalité, la mortalité et la migration. Les taux de croissance démographique pour l'Alberta et la Colombie-Britannique ont été fournis par l'Alberta Health and Wellness et BC Stats, respectivement.

Densité de population

Définition :

Nombre d'habitants par kilomètre carré. Calculé en divisant le chiffre total de population par la superficie du territoire.

Sources :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 et Division de la géographie (totalisations spéciales).

Rapport de dépendance

Définition :

Rapport entre la population combinée d'enfants (0 à 14 ans) et de personnes âgées (65 ans et plus) et la population en âge de travailler (15 à 64 ans). Ce rapport est habituellement présenté comme le nombre de personnes à charge pour chaque tranche de 100 personnes en âge de travailler.

Les personnes de 65 ans et plus et celles de moins de 15 ans sont plus susceptibles que les autres d'être dépendantes socialement et (ou) économiquement des personnes en âge de travailler, et peuvent aussi causer certaines demandes supplémentaires de services de santé.

Sources :

Statistique Canada, Division de la démographie. Les chiffres sont calculés d'après les données de recensement et les données administratives sur la natalité, la mortalité et la migration.

Personnes vivant en région urbaine et rurale

Définition :

Population vivant dans des zones urbaines. Par définition, une zone urbaine compte au moins 1 000 habitants et a une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré.

Cette caractéristique des collectivités permet aux utilisateurs des indicateurs de comparer des régions pour lesquelles les populations urbaine et rurale sont semblables.

Source :

Statistique Canada, Recensement de 1996 et de 2001

Autochtones

Définition :

Autochtones vivant dans un secteur géographique. Les Autochtones sont les personnes qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone (par exemple, Indien d'Amérique du Nord, Métis ou Inuit) et(ou) celles qui ont déclaré être un indien visé par un traité ou un indien inscrit, tel que défini par la Loi sur les Indiens, et(ou) celles qui étaient membres d'une bande indienne ou d'une première nation.

Les caractéristiques et les déterminants non médicaux de l'état de santé des Autochtones et des Non-autochtones diffèrent, notamment la mortalité infantile, la mortalité par blessure accidentelle, le taux de suicide et le taux d'usage du tabac. Par conséquent, connaître la proportion d'Autochtones qui habitent une région particulière permet de mieux interpréter les indicateurs de la santé.

Sources :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %), études de la couverture des recensements de 1996 et de 2001, Division de la démographie (estimations de la population).

Immigrants

Définition :

Tous les immigrants vivant dans un secteur géographique particulier et proportion de ces immigrants qui sont arrivés au Canada au cours des 15 années précédant le jour du recensement.

Des études canadiennes, américaines et australiennes montrent qu'en général, les immigrants, particulièrement ceux d'origine non européenne, ont une plus grande espérance de vie et courent un risque plus faible de souffrir de certains problèmes de santé chroniques que la population née dans le pays en question. Cependant, les études canadiennes indiquent aussi que la prévalence des problèmes de santé chroniques, de l'usage du tabac et des incapacités augmente chez les immigrants à mesure que la période de résidence au Canada s'allonge. Par conséquent, les renseignements sur la proportion d'immigrants dans une région particulière et sur la période de résidence de ces immigrants au Canada précisent mieux le contexte dans lequel il faut interpréter les indicateurs de la santé.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Mobilité des migrants internes

Définition :

Proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente au moment du recensement précédent (migrants internes sur cinq ans) ou un an avant le recensement courant (migrants internes sur un an). Les migrants externes qui vivaient à l'extérieur du Canada sont exclus.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Zones d'influence des régions métropolitaines (ZIM)

Définition :

ZIM (Zone d'Influence des régions Métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement) forte correspond à la proportion de la population qui vit dans les régions métropolitaines de recensement (RMR), les agglomérations de recensement (AR), ainsi que les collectivités non incluses dans les RMR/AR dont au moins 30 % de la population active occupée se rend dans une RMR/AR pour travailler. Le lien entre la collectivité en question et la RMR/AR voisine est d'autant plus fort que la proportion est élevée.

Les RMR et AR sont de grandes zones urbaines auxquelles se rattachent des régions urbaines et rurales adjacentes dont l'intégration économique et sociale à la zone urbaine est forte. Les RMR et les AR sont des zones urbaines qui entourent des centres urbains dont la population a atteint un certain seuil : 100 000 habitants pour les RMR et 10 000 habitants pour les AR.

Sources :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 % et Division de la géographie).

Familles monoparentales

Définition :

Proportion de familles monoparentales parmi les familles de recensement occupant un logement privé. Par famille de recensement, on entend un couple marié ou en union libre ou un parent seul partageant un logement avec au moins un fils ou une fille n'ayant jamais été marié(e).

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Minorités visibles

Définition :

Proportion de la population appartenant à un groupe des minorités visibles. Tels que définis par la Loi sur l'équité en matière d'emploi (1986), les membres des minorités visibles sont des personnes (autres que les Autochtones) qui n'appartiennent pas à la race caucasienne ou à la race blanche.

Source :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001 (échantillon de 20 %).

Grossesse chez l'adolescente

Définition :

Nombre et taux de grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Le nombre de grossesses englobe les naissances vivantes, les avortements (thérapeutiques) provoqués et les pertes fœtales, comprenant les mortinaissances (fœtus de 20 semaines ou plus ou d'un poids de 500 grammes et plus à la naissance), les avortements spontanés, les avortements criminels ainsi que les autres cas d'avortement non précisés qui sont pratiqués dans les hôpitaux généraux et spécialisés au Canada.

Sources :

Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et les mortinaissances; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière et Enquête sur les avortements thérapeutiques.

4.2 Système de santé

Ratio d'entrées et de sorties

Définition :

Ratio du nombre de sorties des hôpitaux de soins de courte durée dans une région donnée divisé par le nombre de congés des hôpitaux pour les résidents de cette région. Un ratio global est calculé pour les congés associés à tous les diagnostics et les interventions, et séparément pour les pontages aortocoronariens, les arthroplasties de la hanche et du genou et les hystérectomies.

(Pontage aortocoronarien — code de la CCA : 48.1, code de la CCI : 1.IJ.76; Intervention coronarienne percutanée — codes de la CCA : 48.02, 48.03, codes de la CCI : 1.IJ.50, 1.IJ.57.GQ; Arthroplasties de la hanche — codes de la CCA : 93.51, 93.52, 93.53 ou 93.59, codes de la CCI : 1.VA.53.LA-PN, 1.VA.53.PN-PN; Arthroplasties du genou — codes de la CCA : 93.40 ou 93.41, code de la CCI : 1.VG.53; Hystérectomie — codes de la CCA : 80.3-80.6, codes de la CCI : 1.RM.89, 1.RM.91)

Cet indicateur reflète l'équilibre entre le nombre de séjours à l'hôpital des résidents et des non-résidents dans tous les hôpitaux de soins de courte durée d'une région donnée, et l'ampleur de l'utilisation des soins de courte durée des résidents de cette région, qu'ils reçoivent des soins dans la région ou à l'extérieur. Un ratio inférieur à 1 indique que les séjours à l'hôpital des résidents d'une région sont supérieurs aux soins hospitaliers dispensés dans cette région, ce qui laisse supposer un effet de sorties. Un ratio supérieur à 1 indique que les séjours à l'hôpital dans une région sont supérieurs à la quantité de séjours de ses résidents, ce qui laisse supposer un effet d'entrées. Un ratio de 1 indique que le volume de congés dans la région est égal à ceux générés par ses résidents, ce qui laisse supposer que l'activité d'entrées et de sorties, si elle existe, est équilibrée. Un ratio de zéro signifie qu'aucun des établissements de la région n'a fourni le service et que les habitants ont reçu des soins à l'extérieur de la région.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Alberta Health and Wellness, Alberta Acute Care Database, Alberta Ambulatory Care Database.

Pontages aortocoronariens par greffe

Définition :

Taux de pontage aortocoronarien par greffe ajusté en fonction de l'âge des patients hospitalisés en centre de soins de courte durée par 100 000 personnes de 20 ans et plus.

(Code de la CCA : 48.1; Code de la CCI : 1.IJ.76)

Comme dans le cas d'autres interventions chirurgicales, les écarts dans les taux de pontage aortocoronarien peuvent être attribués à de nombreux facteurs, dont les différences dans les caractéristiques démographiques, les schémas de pratique des médecins et la disponibilité des services. Dans certains cas, les pontages aortocoronariens par greffe (une intervention destinée à améliorer le débit sanguin vers le muscle du cœur) peuvent être utilisés. La variation de la prévalence de cette intervention peut faire varier la prévalence du pontage aortocoronarien.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Interventions coronariennes percutanées

Définition :

Taux ajusté selon l'âge d'interventions coronariennes percutanées effectuées sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme, par 100 000 personnes de 20 ans et plus.

(Codes de la CCA : 48.02, 48.03; Codes de la CCI : 1.IJ.50, 1.IJ.57.GQ)

Dans de nombreux cas, les interventions coronariennes percutanées constituent une alternative non chirurgicale au pontage aortocoronarien et sont pratiquées dans le but de dégager des artères coronaires obstruées. Bien que les interventions coronariennes percutanées couvrent plusieurs techniques, l'angioplastie est l'intervention la plus souvent utilisée. Le choix de la méthode de revascularisation (c.-à-d. intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) dépend de nombreux facteurs, dont les préférences du médecin, la disponibilité des services, les pratiques d'acheminement des patients, et les différences dans la santé et le statut socioéconomique de la population.

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 Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Arthroplasties de la hanche

Définition :

Taux d'arthroplasties de la hanche (unilatérale ou bilatérale) chez les patients hospitalisés en soins de courte durée pour 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge.

(Codes de la CCA : 93.51, 93.52, 93.53 ou 93.59; Codes de la CCI : 1.VA.53.LA-PN ou 1.VA.53.PN-PN)

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de la vie liés à l'état de santé. Au cours des vingt dernières années, les taux d'arthroplasties de la hanche ont augmenté de façon importante. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment l'accès aux services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

Depuis l'année de données 2005-2006, cet indicateur est calculé pour les personnes de 20 ans ou plus. Par conséquent, il ne peut pas être comparé aux taux rapportés au cours des années

précédentes. Les taux des années précédentes, calculés en fonction de la nouvelle définition, sont présentés afin de permettre les comparaisons au fil du temps.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Alberta Health and Wellness, Alberta Acute Care Database.

Arthroplasties du genou

Définition :

Taux d'arthroplasties du genou (unilatérale ou bilatérale) chez les patients dans les hôpitaux de soins de courte durée ou les établissements de chirurgies d'un jour pour 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge.

(Codes de la CCA : 93.40 ou 93.41; Code de la CCI : 1.VG.53).

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de la vie liés à l'état de santé. Au cours des vingt dernières années, les taux d'arthroplasties du genou ont augmenté de façon importante. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment l'accès aux services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

Depuis l'année de données 2005-2006, cet indicateur est calculé pour les personnes de 20 ans ou plus et comprend les chirurgies d'un jour. Par conséquent, il ne peut pas être comparé aux taux rapportés au cours des années précédentes. Les taux des années précédentes, calculés en fonction de la nouvelle définition, sont présentés afin de permettre les comparaisons au fil du temps.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Alberta Health and Wellness, Alberta Acute Care Database, Alberta Ambulatory Care Database.

Hystérectomie

Définition :

Taux d'hystérectomies pratiquées chez des patientes hospitalisées en soins de courte durée, ajusté en fonction de l'âge, par 100 000 femmes de 20 ans ou plus.

(Codes de la CCA : 80.3-80.6; Code de la CCI : 1.RM.89, 1.RM.91)

Les taux peuvent refléter le degré d'incertitude au sujet de l'utilisation appropriée de cette intervention chirurgicale. On ne connaît pas le « bon » niveau d'utilisation.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Alberta Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Database.
Québec

Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un praticien de médecine non traditionnelle au cours des 12 derniers mois.

Les praticiens de médecine non traditionnelle incluent les massothérapeutes les acupuncteurs, les homéopathes ou les naturopathes, les enseignants des techniques Feldenkrais ou Alexander, les relaxologues, les enseignants des techniques de rétroaction biologique, les " rolfer ", les herboristes, les réflexologues, les guérisseurs spirituels, les guérisseurs religieux, etc.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Consultation d'un médecin

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un médecin au cours des 12 derniers mois.

Les médecins incluent les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues ou les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont inclus.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001 ; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

Consultation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale au cours des 12 derniers mois.

Les professionnels de la santé mentale incluent les médecins de famille ou les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues, les infirmières, les travailleurs sociaux et les conseillers.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé, composante Nord.

Consultation de spécialistes des soins dentaires

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un spécialiste des soins dentaires au cours des 12 derniers mois.

Les spécialistes des soins dentaires incluent les dentistes ou les orthodontistes.

Sources :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2003, 2000-2001, Fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé et composante Nord.

4.3 Ressources

Médecins

Définition :

Le nombre de médecins comprend tous les omnipraticiens, les médecins de famille et les spécialistes actifs au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins en pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins qui ne sont pas agréés pour exercer dans le milieu clinique et qui ont demandé que leurs renseignements ne soient pas publiés dans le Canadian Medical Directory.

Pour toutes les provinces, tous les territoires et toutes les années de données, les médecins spécialistes comprennent les médecins certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou par le Collège des médecins du Québec (CMQ). Depuis 2004, les spécialistes de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador comprennent les médecins agréés en tant que spécialistes mais non certifiés par le CRMCC ou le CMQ (c.-à-d. des spécialistes non agréés). Dans toutes les autres provinces et dans tous les autres territoires, comme c'était le cas en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador avant 2004, les spécialistes non agréés sont considérés comme des médecins de famille. À l'exception des critères mentionnés ci-dessus, tous les autres médecins, y compris les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le CMFC-Médecine d'urgence, sont comptés comme étant des médecins de famille. Pour plus de renseignements sur les méthodes de calcul des médecins, veuillez consulter les rapports de l'ICIS suivants : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* et *Spécialistes agréés et non agréés : Comprendre les chiffres* (www.icis.ca).

Il est entendu que le classement ci-haut des médecins spécialistes ne reflète pas nécessairement les services fournis par chacun des médecins. La gamme des services qu'un médecin dispense est assujettie aux règlements provinciaux ou territoriaux de permis d'exercice, à la façon de facturer au régime de services médicaux et aux choix personnels de pratique. En conséquence, les ratios entre les médecins et les habitants avancés par l'ICIS peuvent varier des taux publiés par d'autres sources.

Les ratios entre les médecins et les habitants servent à promouvoir la planification des ressources humaines de la santé. Bien que ces ratios soient des indicateurs utiles du changement dans le nombre de médecins par rapport à la population, il ne faut pas, à partir du nombre ou du ratio de médecins, tirer des conclusions sur la pertinence des ressources en dispensateurs.

Remarques : La Base de données médicales Scott's (BDMS) pourrait contenir moins de médecins qu'en réalité à cause des interruptions dans les données fournies par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation. Les données de la BDMS ne reflètent pas les mises à jour apportées par les organismes de réglementation relativement aux années, aux provinces et aux territoires suivants : Colombie-Britannique 2004, Québec 2003, Ontario 2002, Alberta et Yukon 2000.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's

Qualité des données, concepts et méthodologie

1. Indicateurs régionaux de la santé

La méthode de calcul de ces indicateurs vise à maximiser les comparaisons entre régions et entre provinces, compte tenu des caractéristiques des ensembles de données nationales disponibles. Par conséquent, les définitions, les sources de données et les méthodes d'extraction utilisées pour produire les rapports locaux, régionaux ou provinciaux/territoriaux diffèrent peut-être quelque peu de celles décrites ici. En outre, la mise à jour régulière des bases de données peut être à l'origine de certains écarts.

Dans la mesure du possible, les taux sont normalisés (taux comparatifs) pour faciliter les comparaisons entre provinces ou régions et les comparaisons au fil du temps.

Les indicateurs du présent numéro fondés sur les dossiers d'hospitalisation et produits par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) n'ont trait qu'aux régions sociosanitaires de plus de 75 000 habitants.

Pour la plupart des sources de données (sauf les estimations du recensement et les estimations démographiques), les données au niveau de la région sociosanitaire ne sont pas disponibles pour certaines régions du Nord du Manitoba et de la Saskatchewan dont la population est faible. Pour ne pas devoir supprimer les données recueillies pour les régions pour lesquelles les petits nombres observés ou la petite taille de l'échantillon influent sur la qualité des données, on a regroupé ces régions avec les régions voisines. Ainsi :

La Churchill Regional Health Authority, du Manitoba (4690), a été fusionnée avec la Burntwood Regional Health Authority (4680) pour former une région nommée « Burntwood/Churchill (4685) ».

L'Athabasca Health Authority (4713), de la Saskatchewan, a été fusionnée avec la Mamawetan Churchill River Regional Health Authority (4711) et la Keewatin Yatthé Regional Health Authority (4712) pour former une région nommée «Athabasca/Keewatin/Mamawetan (4714)».

1.1 Estimations démographiques au niveau de la région sociosanitaire

Statistique Canada (Division de la démographie) a produit les estimations démographiques au niveau de la région sociosanitaire pour toutes les provinces, sauf l'Alberta, et la Colombie-Britannique. Pour l'Alberta, elles ont été produites par Alberta Health and Wellness, et pour la Colombie-Britannique, par BC Stats. Voir la section sur les estimations démographiques pour des renseignements sur la méthodologie.

2. Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil (Statistique Canada)

Sauf avis contraire, les taux au niveau de la région sociosanitaire sont calculés d'après les limites géographiques en vigueur en juin 2003.

2.1 Statistiques provinciales sur l'état civil et sur le cancer

Le produit des Indicateurs de la santé contient huit indicateurs basés sur les statistiques de l'état civil ou les statistiques sur le cancer et calculés aux niveaux national, provincial ou territorial

uniquement, d'après de longues séries chronologiques. Les méthodes utilisées pour produire ces indicateurs pourraient différer de celles suivies pour calculer les indicateurs au niveau de la région sociosanitaire (voir la section 2.2 plus loin). Les données produites aux niveaux provincial et régional correspondent aux mêmes indicateurs, mais les nombres ou les taux pourraient différer à cause de différences entre les méthodes de calcul. L'une des différences importantes tient au fait que les indicateurs provinciaux sont fondés sur les données recueillies pour une seule année de référence, tandis que les indicateurs régionaux sont fondés sur des moyennes sur trois ans (pour plus de précisions, voir la section 2.2). Pour cette raison, en plus d'autres différences méthodologiques, il est déconseillé de faire des comparaisons entre ces deux catégories de données.

Les indicateurs provinciaux de la santé incluent les données chronologiques nationales/ provinciales/ territoriales uniquement sur l'espérance de vie, le faible poids de naissance, le taux de mortalité normalisé selon l'âge, les années potentielles de vie perdues et l'incidence du cancer.

Le calcul des taux de mortalité et d'incidence du cancer normalisés selon l'âge se fonde sur le lieu de résidence. La formule pour le calcul des taux normalisés selon l'âge (taux comparatifs) est présentée plus loin à la section intitulée « Taux normalisés selon l'âge ». Les estimations de l'incidence du cancer pour la période allant de 2001 à 2004 ont été calculées par Santé Canada.

L'espérance de vie est calculée selon la méthode de Greville, qui est l'une des méthodes généralement reconnues de production des tables de mortalité¹. Ces données provinciales/ territoriales sur l'espérance de vie sont fondées sur des chiffres de mortalité et de population correspondant à une seule année de référence et des tables abrégées de mortalité (c'est-à-dire groupes âge -sexe par tranche de cinq ans). Bien qu'elles diffèrent, les méthodes de calcul de l'espérance de vie de Greville, de Chiang et de Keyfitz produisent des résultats comparables². Outre les renseignements fournis dans le document sur les définitions et les sources de données, il n'existe aucune remarque spéciale concernant le faible poids de naissance et la mortalité infantile, indicateurs tous deux fondés sur les données provinciales de l'état civil. Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est calculé de la même façon au niveau provincial/ territorial qu'au niveau régional selon la méthode décrite plus loin à la section 2.2.9.

2.2 Indicateurs régionaux fondés sur les statistiques de l'état civil

Le calcul des taux se fonde sur le lieu de résidence pour les indicateurs calculés d'après les données sur la natalité et sur la mortalité.

Les indicateurs compris dans le présent produit (sauf les indicateurs de niveau provincial uniquement décrits plus haut) qui ont trait aux statistiques de l'état civil reposent sur des données recueillies sur une période de trois ans, tant au numérateur qu'au dénominateur. Ainsi, pour le faible poids à la naissance, les indicateurs se fondent sur les données recueillies au cours de trois années, et ce, au numérateur comme au dénominateur. De même, en ce qui concerne la mortalité infantile et périnatale, le nombre de décès ou de mortinaissances enregistré sur une période de trois ans est divisé par le nombre de naissances observé pour les trois années correspondantes. Pour la mortalité, on divise le nombre de décès relevé sur une période de trois ans (2000 à 2002) par le chiffre de population pour l'année médiane (2001) multiplié par trois. Veuillez noter que l'année mentionnée dans le titre des tableaux qui présentent les statistiques de l'état civil est l'année médiane.

2.2.1 Mesures de la qualité des données régionales : intervalles de confiance

Toutes les données présentées sont assorties d'un intervalle de confiance (IC) à 95 %. L'intervalle de confiance témoigne du degré de variabilité du taux. La variabilité des taux présentés est d'autant plus forte que l'intervalle de confiance est grand; aussi faut-il interpréter et comparer ces taux avec prudence. Certains taux comparatifs n'ont pas été divulgués en raison du très petit nombre

d'observations et de l'extrême variabilité qu'on leur associe. L'intervalle de confiance peut également servir à déterminer si un taux dans une région sociosanitaire donnée est inférieur, supérieur ou égal sur le plan statistique à celui d'une autre région pour un même indicateur.

Les intervalles de confiance associés aux taux comparatifs ont été calculés selon la méthode de Spiegelman.³

$$\text{Variance} = \sum_x \left(\frac{P_x^s}{P^s} \right)^2 \cdot \frac{m_x(1-m_x)}{P_x}$$

où P^s représente la population type (voir la section 2.2.2), P_x^s représente la population type selon l'âge, x représente le groupe d'âge (groupes d'âge par tranche de cinq ans), P_x représente le taux brut de mortalité selon l'âge, m_x représente le chiffre estimatif de population pour le groupe d'âge correspondant, et n représente le nombre d'année de donnée utilisée.

À noter que, lorsque l'on utilise les données recueillies pour n années, $m_x = \frac{\sum_{i=1}^n d_{xi}}{nP_x}$, où d_{xi} est égale à l'ensemble des données sur la mortalité pour l'an i pour le groupe d'âge x .

Les intervalles de confiance associés aux comptes bruts, aux taux bruts et aux données sur les naissances ont été calculés selon la méthode de Fleiss⁴. Dans cette formule, la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) est nulle, ce qui signifie que l'écart entre le taux et la limite inférieure de l'IC ne correspond pas toujours à l'écart entre le taux et la limite supérieure de l'IC.

pour la limite inférieure et

$$P_L = \frac{(2np + c^2 - 1) - c\sqrt{c^2 - (2 + (1/n)) + 4p(nq + 1)}}{2(n + c^2)}$$

pour la limite supérieure

$$P_U = \frac{(2np + c^2 + 1) + c\sqrt{c^2 + (2 - (1/n)) + 4p(nq - 1)}}{2(n + c^2)}$$

où n = nombre d'événements, p = proportion ou taux, c = erreur-type (1,96 au niveau de confiance à 95%) et $q = (1 - p)$. Ne pas oublier que n représente le nombre d'événements relevés sur trois ans et, $P = n/pop$, où pop correspond au nombre d'années de vie sur une période de trois ans.

2.2.2 Taux normalisés selon l'âge (taux comparatifs)

Les taux de mortalité, sauf les taux bruts, les années potentielles de vie perdues (AVPV) et les taux de mortalité infantile et périnatale, ainsi que les taux d'incidence du cancer et certaines données de l'ICIS, sont normalisés selon l'âge (taux comparatifs) par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une population type permet de calculer des taux dont la comparaison est plus significative, car ils sont corrigés pour la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Âge (en années)	Population type	Âge (en années)	Population type
Moins d'un an	403 061	45 à 49 ans	1 674 153
1 à 4 ans	1 550 285	50 à 54 ans	1 339 902
5 à 9 ans	1 953 045	55 à 59 ans	1 238 441
10 à 14 ans	1 913 115	60 à 64 ans	1 190 217
15 à 19 ans	1 926 090	65 à 69 ans	1 084 588
20 à 24 ans	2 109 452	70 à 74 ans	834 024
25 à 29 ans	2 529 239	75 à 79 ans	622 221
30 à 34 ans	2 598 289	80 à 84 ans	382 303
35 à 39 ans	2 344 872	85 à 89 ans	192 410
40 à 44 ans	2 138 891	90 ans et plus	95 467
Sources : Statistique Canada, n° 84F0208XPB au catalogue, Causes de décès 1997			

La formule pour le calcul du taux de mortalité normalisé selon l'âge r est :

$$r = \sum_{i=1}^{20} w_i \cdot \left(\frac{d_i}{p_i} \right)$$

où, pour le groupe d'âge i , d_i représente le nombre de décès selon le groupe âge -sexe, p_i représente la taille de la population pour une cause de décès et une région géographique particulières, et w_i est le coefficient de pondération pour ce groupe.

À noter que l'on utilise le même coefficient de pondération pour les hommes et pour les femmes. Pour obtenir un taux pour 100 000 habitants, on multiplie r par 100 000.

2.2.3 Codage géographique (géocodage) au niveau de la région sociosanitaire

Les données sur les naissances et sur la mortalité ont été reliées aux régions sociosanitaires au moyen du code postal déclaré avec le lieu de résidence et converties à l'échelle de la géographie du recensement grâce au système automatisé de géocodage (FCCP+)⁵ mis au point par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Puis, les données ont été agrégées au niveau de la région sociosanitaire en se fondant sur la fichier de correspondance⁶ mise au point par la Division de la statistique de la santé en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, Alberta Treasury et BC Stats.

Lorsque les codes postaux étaient inaccessibles ou non valides, des mesures additionnelles étaient prises pour attribuer des enregistrements aux régions sociosanitaires à l'aide des codes de subdivision de recensement pour les lieux de résidence enregistrés dans la base de données nationale sur la natalité et la mortalité. Les données sur les mortinaissances, utilisées pour calculer la mortalité périnatale, étaient liées aux régions sociosanitaires uniquement à l'aide de codes de subdivision de recensement.

2.2.4 Données sur la natalité

Les données sur la natalité qui figurent dans la Base canadienne de données sur l'état civil pour l'Ontario sont sous estimées parce que les fichiers de données transmis par cette province étaient incomplets. Par conséquent, les indicateurs associés à la natalité (faible poids de naissance,

mortalité infantile, mortalité périnatale) doivent être interprétés avec prudence, particulièrement celles sur l'Ontario.

2.2.5 Espérance de vie

Cette variable a été calculée en utilisant les tables de survie abrégées établies selon la méthode de Chiang. Les estimations reposent sur les données sur la mortalité recueillies sur une période de trois années (de 2000 à 2002) ainsi que sur les estimations de la population pour l'année médiane, comme il l'a été décrit plus haut. Établies par tranche d'âge de cinq ans (au lieu d'année d'âge unique), les tables abrégées sont produites d'après les données démographiques et les taux de mortalité. Étant donné la plus forte variabilité du nombre d'événements observés selon l'âge dans les petites régions géographiques, les tables de survie abrégées se prêtent mieux à l'adaptation à l'échelle infraprovinciale (région sociosanitaire). Plus précisément, la méthode de Chiang a été retenue parce qu'il est assez facile de l'adapter aux données recueillies à l'échelle de la région sociosanitaire et d'y inclure le calcul de l'erreur type (qui, ici, rend compte de la variabilité du nombre de décès d'une année à l'autre).

2.2.6 Espérance de vie sans limitation d'activité

Les estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité sont calculées selon la méthode de Sullivan⁷. Il s'agit essentiellement d'une généralisation de la méthode de Chiang⁸.

La méthode de Sullivan consiste à s'appuyer sur les taux de limitations d'activité au sein d'une population, selon le sexe et le groupe d'âge, pour calculer l'espérance de vie avec une limitation d'activité. Dans le cas des personnes placées en établissement de santé, on a supposé qu'elles avaient toutes au moins une limitation d'activité. Pour les personnes placées dans d'autres types d'établissements, on a supposé que le taux de limitations d'activité, selon le sexe et le groupe d'âge, était le même que pour la population vivant en ménages privés.

L'espérance de vie sans limitation d'activité représente la différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie avec une limitation d'activité. Les erreurs-types relatives aux estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité et, par conséquent, les limites inférieures et supérieures des intervalles de confiance relatifs à ces estimations, sont basées sur la méthode de Colin Mathers⁹, qui tient compte à la fois des fluctuations stochastiques des taux de décès observés et de la variabilité d'échantillonnage des taux de limitations d'activité.

À noter : Les données sur les limitations d'activité proviennent du Recensement de la population de 1996. Les questions sur les limitations d'activité provenant du Recensement de la population servent généralement à établir l'échantillon de l'enquête postcensitaire sur la santé et les limitations d'activité. Vu la décision de ne pas mener cette enquête en 1996, les données sur les limitations d'activité du Recensement de la population de 1996 n'ont été ni vérifiées, ni imputées. Plus précisément, aucune vérification n'a été faite pour s'assurer que les données étaient complètes et cohérentes, et, par conséquent, aucune correction n'y a été apportée. De plus, ces données n'ont pas été ajustées pour tenir compte du sous dénombrement de la population.

Évidemment, les estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité varient selon les concepts sur lesquels elles se fondent et, par conséquent, selon les enquêtes à partir desquelles elles sont produites.

Espérance de vie sans limitation d'activité (EVSLA) (Volume 2001, n° 1 et 2) : Pour ces deux numéros, la limitation d'activité est définie comme étant " une forme quelconque de limitation d'activité ou de handicap ".

Espérance de vie sans limitation d'activité (EVSLA) (Volume 2001, n° 3 et numéros subséquents) : la limitation d'activité est définie comme étant "une limitation dans les activités faites à la maison, au travail ou à l'école". Cette définition diffère de celle utilisée dans les numéros précédents des

Indicateurs de la santé, car elle exclut toute limitation qui ne concerne que les activités faites en dehors de la maison, du travail et de l'école. De même, elle exclut les personnes qui ont déclaré avoir une forme quelconque de handicap autre qu'une limitation d'activité.

2.2.7 Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS)

L'espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) est semblable à l'EVSLA puisqu'il s'agit de deux mesures qui font appel au concept de qualité de la vie et toutes deux reposent sur des données touchant la mortalité et la limitation d'activité. Cependant, l'EVAS est une mesure du nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, laquelle mesure a été pondérée pour tenir compte de quatre états de santé définis en fonction de la limitation d'activité. Ces états de santé sont, par ordre décroissant de poids :

- (1) aucune limitation d'activité;
- (2) limitation d'activité dans les loisirs ou dans les transports;
- (3) limitation d'activité au travail, à la maison ou à l'école; et
- (4) placement dans un établissement de soins de santé. De façon plus précise, l'état no 1 a un poids de 1,0, l'état no 2 a un poids de 0,8, l'état n° 3 a un poids de 0,65, et, finalement, l'état no 4 a un poids de 0,5. La somme des espérances de vie des personnes qui forment un groupe d'âge donné au sein d'une région précise, espérances de vie qui sont calculées en fonction de l'état de santé, correspond à la valeur de l'EVAS pour ce groupe d'âge.

Le calcul de l'intervalle de confiance associé à l'EVAS repose sur la méthode de Colin Mather. Plus particulièrement, et ce pour tout groupe d'âge,

$$\sigma_{EVSA} = \sqrt{(1.0)^2 \cdot (\sigma_{LE_{\text{état } 1}})^2 + (0.8)^2 \cdot (\sigma_{LE_{\text{état } 2}})^2 + (0.65)^2 \cdot (\sigma_{LE_{\text{état } 3}})^2 + (0.5)^2 \cdot (\sigma_{LE_{\text{état } 4}})^2}$$

où σ = l'erreur type, LE = l'espérance de vie, et où le numéro de l'état 'state n ' correspond à l'état de santé décrit ci-dessus.

2.2.8 Décès dus à des maladies traitables médicalement

La définition des maladies traitables médicalement est tirée d'un article écrit par WW Holland¹⁰. Cet article est fondé sur des travaux antérieurs de J.R.H. Charlton¹¹. Les différents types de maladies traitables médicalement dont il est question dans l'étude de Charlton ont été décrits à l'origine dans un article de D.D. Rutstein¹².

Tous les résultats ont été normalisés selon l'âge en fonction du groupe d'âge pris en considération auquel on associait un taux de survie acceptable. Ces taux normalisés selon l'âge pour 100 000 personnes ont trait au groupe d'âge en question et non à l'ensemble de la population.

Les intervalles de confiance associés aux taux comparatifs ont été calculés selon la méthode de Spiegelman (décrite dans la section 2.2.1).

2.2.9 Années potentielles de vie perdues (APVP)

Dans le présent document, un décès est dit " prématuré " si la personne est morte avant d'avoir atteint l'âge de 75 ans. Ce choix reflète mieux l'espérance de vie observée ces dernières années et est plus conforme aux normes internationales. Nombre de publications antérieures de Statistique Canada fournissent des données sur les APVP fondées sur les décès survenus avant l'âge de 70 ans. En outre, les APVP peuvent être présentées sous forme de taux normalisés selon l'âge ou sous forme de taux bruts; dans le présent document, elles sont présentées sous forme de taux

bruts. En outre, le dénominateur peut avoir comme base la population de 0 à 74 ans ou l'ensemble de la population. Dans le cas présent, le dénominateur correspond à la première option.

Dans le présent document, on a calculé un taux d'APVP en prenant comme poids le rapport des années perdues par décès dans chaque groupe d'âge au nombre total d'années perdues pour l'ensemble des groupes d'âge. Chaque cas de décès est ensuite multiplié par le poids selon l'âge correspondant. La somme de toutes ces valeurs constitue le total des années potentielles de vie perdues (APVP). Ainsi, le taux d'APVP correspond aux APVP pour 100 000 personnes de 0 à 74 ans. L'utilisation de poids permet de calculer les intervalles de confiance. Les intervalles de confiance associés à chaque taux d'APVP ont été calculés selon la méthode de Spiegelman (voir la section 2.2.1 plus haut).

Groupe d'âge	Années perdues	Poids
Moins d'un an	74,9	74,9/636,9
1 à 4 ans	72,0	72,0/636,9
5 à 9 ans	67,5	67,5/636,9
10 à 14 ans	62,5	62,5/636,9
15 à 19 ans	57,5	57,5/636,9
20 à 24 ans	52,5	52,5/636,9
25 à 29 ans	47,5	47,5/636,9
30 à 34 ans	42,5	42,5/636,9
35 à 39 ans	37,5	37,5/636,9
40 à 44 ans	32,5	32,5/636,9
45 à 49 ans	27,5	27,5/636,9
50 à 54 ans	22,5	22,5/636,9
55 à 59 ans	17,5	17,5/636,9
60 à 64 ans	12,5	12,5/636,9
65 à 69 ans	7,5	7,5/636,9
70 à 74 ans	2,5	2,5/636,9
Somme	636,9	1,0

Les taux de APVP présentés dans cette publication sont basés sur la somme de tous les groupes d'âge. Donc, le taux d'APVP est calculé comme suite :

$$Taux = \frac{(\sum APVP) \cdot PD}{3 \cdot POP}$$

où $\sum APVP$ est la somme des APVP pour les personnes de 0 et 74 ans pour les trois années de référence, PD est un poids de 1,0 et POP est la population de 0 à 74 ans pour l'année médiane des trois années.

Si l'utilisateur veut calculer les taux d'APVP selon l'âge d'après ses propres données, la formule devient :

$$Taux_i = \frac{\sum (APVP_i \cdot PD_i)}{3 \cdot POP_i}$$

où i est le groupe d'âge choisi.

Pour plus de renseignements sur les Statistique de l'état civil vous pouvez aller à www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3231 pour la base de données sur les naissances et 3233 pour la base de données sur les décès.

3. Indicateurs fondés sur l'incidence du cancer (Statistique Canada)

Les derniers taux au niveau de la région sociosanitaire sont calculés d'après les limites géographiques en vigueur en juin 2005.

3.1 Incidence du cancer

Le Registre canadien du cancer (RCC) est une base de données centrale qui se trouve à Statistique Canada et qui contient des renseignements axés sur la personne concernant les tumeurs diagnostiquées au Canada. Les données sur l'incidence du cancer sont recueillies par les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les renseignements servent à la réalisation d'études épidémiologiques descriptives et analytiques en vue de déterminer les facteurs de risque de cancer, de planifier, surveiller et évaluer un vaste éventail de programmes de lutte contre le cancer (p. ex. dépistage), de mettre sur pied des services de santé et d'entreprendre des travaux de recherche et de planification économiques.

- L'incidence du cancer se fonde sur le lieu de résidence au moment du diagnostic.
- Les taux contenus dans cette publication ont été totalisés en utilisant le fichier des totalisations de juillet 2005, la Classification internationale des maladies oncologiques 3ième édition (CIM-0-3) de l'Organisation mondiale de la santé et les règles de l'Agence internationale de recherche sur le cancer (AIRC) afin de déterminer les multiples sièges primaires de cancer.
- Les données sur l'incidence du cancer présentées ici se fondent sur la moyenne des données recueillies pour trois années de référence (1999 à 2001), calculée en fonction de l'estimation de la population correspondant à l'année médiane (c. à d. 2000). Les titres de

tableau associés à ces données reflètent le point moyen de la période de trois ans sur laquelle on fait la moyenne (2000).

- Toutes les données présentées sont assorties d'un intervalle de confiance (IC) à 95 %. L'intervalle de confiance illustre le degré de variabilité d'un taux. La variabilité des taux présentés est d'autant plus forte que l'intervalle de confiance est grand; aussi faut-il interpréter et comparer ces taux avec prudence. Certains taux comparatifs ont été supprimés en raison du très petit nombre d'observations et de l'extrême variabilité qu'on leur associe. L'intervalle de confiance peut également servir à déterminer si un taux pour une région sociosanitaire donnée est inférieur, supérieur ou égal sur le plan statistique à celui d'une autre région pour un même indicateur.
- Les intervalles de confiance associés aux taux comparatifs d'incidence du cancer ont été calculés selon la méthode de Spiegelman (section 2.2.1 plus haut).
- Les taux d'incidence du cancer sont normalisés selon l'âge par la méthode directe et d'après la structure démographique au Recensement du Canada de 1991. Pour plus de précisions, voir la section intitulée « Taux normalisés selon l'âge ».
- Les données sur l'incidence du cancer ont été reliées à des régions sociosanitaires au moyen du code postal déclaré avec le lieu de résidence grâce au système automatisé de géocodage (FCCP+) mis au point par la Division de la statistique de la santé. Lorsque cela était possible, les données restantes sur l'incidence du cancer (pas de codes postaux disponibles) ont été reliées aux régions sociosanitaires au niveau de la subdivision de recensement (SDR) de résidence.

Pour plus de renseignements sur le Registre canadien du cancer (RCC) voir http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3207.

4. Indicateurs fondés sur les enquêtes de Statistique Canada (SC)

4.1 Enquête nationale sur la santé de la population

Lancée en 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (l'ENSP) est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les Bases des forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données à l'origine des Indicateurs de la santé sont tirées des composantes longitudinales et transversales de l'ENSP. Elles ont trait à la population à domicile (n'incluant pas les personnes qui vivent en établissement de santé) de l'ensemble des provinces (territoires non compris). Les données concernent les trois premiers cycles de l'enquête (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999).

Les échantillons transversaux de 1994-1995 et de 1996-1997 (premier et deuxième cycles) comprennent les membres du panel longitudinal ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par certaines provinces. L'échantillon transversal de 1998-1999 (troisième cycles) comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. Aucune unité d'échantillonnage supplémentaire n'a été ajoutée à cet échantillon. Cependant, pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif, on a sélectionné au hasard des enfants nés en 1995 et après, ainsi que des immigrants admis au Canada après le début de 1995, que l'on a ajoutés au panel de l'ENSP.

L'échantillon transversal de 1994-1995 de la composante des ménages couvrant les dix provinces comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans ou plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. En 1996-1997, le taux de réponse global au niveau des ménages était de 82,6 %. Le taux de réponse pour les personnes de deux ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 95,6 %. Au total, 81 804 personnes ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé en 1996-1997. En 1998-1999, le taux global de réponse au niveau des ménages était de 88,2 %. Le taux de réponse pour les personnes de 0 an (naissance) et plus sélectionnées dans ces ménages était de 98,5 %. Au total, 17 244 personnes ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé en 1998-1999.

En 1994-1995, l'échantillon longitudinal de la composante des ménages couvrant les dix provinces comptait 17 276 personnes. En 1996-1997, le taux de réponse pour le panel longitudinal était de 93,6 % et, en 1998-1999, il était de 88,9 %.

4.2 Enquête nationale sur la santé de la population - Composante du Nord

Statistique Canada a réalisé la composante du Nord de l'ENSP en collaboration avec les bureaux de la statistique du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Étant donné les défis particuliers que pose la réalisation d'enquêtes dans le Nord du Canada, une enquête distincte a été réalisée pour recueillir les données.

La population du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest visée par l'enquête intégrée ENSP/ELNEJ comprend les membres de la population à domicile occupant les logements privés situés dans les deux territoires, sauf les personnes habitant les réserves indiennes et les bases des Forces canadiennes, ainsi que les personnes placées en établissement. Ont également été exclues de la population cible les personnes vivant dans les régions sans organisation municipale du Yukon (13 % de la population) et les personnes vivant dans les régions sans organisation municipale, ainsi que les collectivités très petites ou du Grand Nord des Territoires du Nord-Ouest (4,9 % de la population).

La plupart du contenu de base de la composante principale de l'ENSP de 1994-1995 est inclus dans la composante du Nord; on a toutefois exclu le « contenu thématique » spécial sur le stress. Pour chaque ménage sélectionné pour participer à la composante du Nord, on a recueilli des renseignements démographiques sur tous les membres du ménage. Puis, on a sélectionné au hasard dans le ménage une personne de 12 ans ou plus pour participer à l'interview en profondeur. Le questionnaire comprenait les modules sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé, les facteurs de risque et les caractéristiques démographiques et sociodémographiques. Certaines modifications ont été apportées au contenu pour la composante du Nord de l'ENSP de 1996-1997.

Les opérations de collecte des données se sont déroulées de novembre 1994 à mars 1995 (et de nouveau de novembre 1996 à mars 1997). L'application d'interviews sur place assistée par ordinateur (IPAO) utilisée pour réaliser l'ENSP auprès des échantillons provinciaux n'était pas disponibles dans les territoires au moment de l'enquête. On a donc utilisé un questionnaire papier crayon conçu pour reproduire l'application d'IPAO. Les interviews ont été menées par téléphone dans la mesure du possible; sinon on a procédé à des interviews sur place.

Le taux de réponse du panel longitudinal (personnes sélectionnées au hasard) était de 94,2 % pour la composante du Nord de l'ENSP de 1994-1995 (2 020 répondants). Pour le Yukon, le taux était de 94,8 %, tandis que pour les Territoires du Nord-Ouest, il était de 93,1 %. Pour la composante du Nord (les deux territoires) de l'ENSP de 1996-1997, le taux de réponse transversal était de 86,2 %

(1 499 répondants). Pour le Yukon, il était de 83,9 % et pour les Territoires du Nord-Ouest, de 89,8 %.

Consommation abusive d'alcool, 1994-95: En raison d'une proportion élevée (42,8 %) de réponses non déclarées et de refus à la question sur la fréquence de la consommation abusive d'alcool de l'ENSP-Nord de 1994-95, on a considéré ces données comme étant peu fiables et non appropriées pour la diffusion. La fréquence de la consommation abusive d'alcool a été définie comme le nombre de fois que les consommateurs d'alcool ont bu 5 verres ou plus en une seule occasion.

Pour plus de renseignements sur l'ENSP (la composante des ménages ou du Nord), consultez : http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3225 pour le volet ménages et 5004 pour le volet nord.

4.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Sauf avis contraire, les taux au niveau de la région sociosanitaire pour le dernier cycle de l'Enquête (2005) sont calculés d'après les limites géographiques en vigueur en juin 2005.

À compter de l'année de référence 2000-2001, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) remplacent celles de la composante transversale de l'ENSP.

L'objectif principal de l'ESCC consiste à fournir des estimations transversales à jour sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation des services de santé au niveau infraprovincial (région sociosanitaire ou groupe de régions sociosanitaires).

L'ESCC est conçue pour recueillir des renseignements sur les personnes de 12 ans et plus qui vivent dans les logements privés. Ne font pas partie du champ de l'enquête les personnes qui vivent dans les réserves indiennes ou sur les terres de la Couronne, les personnes placées en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées. L'ESCC couvre environ 98 % de la population du Canada de 12 ans et plus.

Chaque cycle de collecte de deux ans comprend deux enquêtes distinctes : une enquête au niveau de la région sociosanitaire réalisée la première année auprès d'un échantillon de 130 000 personnes et une enquête au niveau provincial réalisée la deuxième année auprès d'un échantillon de 30 000 personnes. Durant n'importe quel mois ou n'importe quelle année, les tailles d'échantillon peuvent augmenter en raison de l'achat d'unités d'échantillonnage supplémentaire par les provinces ou les régions sociosanitaires.

Pour plus de renseignements sur l'ESCC, consultez : http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3226 pour trouver la composante régionale de l'ESCC et 5015 or 5049 pour les composantes provinciales de l'ESCC.

Note sur la qualité des données sur l'indicateur de dépression de l'ESCC :

Le module de dépression utilisé au cycle 3.1 de l'ESCC (ainsi qu'aux cycles 1.1, 2.1 et par l'ENSP) a été développé à la fin des années 1980-début des années 1990 à partir d'une version étendue de l'échelle du *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. La validation de l'instrument n'a jamais été complétée par l'équipe de recherche du CIDI et par conséquent, ses propriétés psychométriques demeurent peu connues. Statistique Canada explore présentement des stratégies afin de procéder à une telle validation. Pour l'instant, Statistique Canada recommande de limiter l'analyse des données effectuée à partir de ce module à l'examen de la dépression comme un facteur corrélé à d'autres comportements et caractéristiques reliés à la santé. Pour le

moment, l'utilisation de ces données en tant qu'indicateur de probabilité de dépression ou pour calculer la simple prévalence dans la population est déconseillée.

4.4 L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), élaborée conjointement par Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, est une étude à grande échelle qui suit l'épanouissement des enfants au Canada et s'applique à dresser un portrait de leur vie. L'enquête surveille le développement des enfants et mesure l'incidence tant positive que négative des divers facteurs qui influent sur leur développement.

Dans le cadre du premier cycle de l'ELNEJ, mené à la fin de 1994 et au début de 1995, les parents de quelque 23 000 enfants de 11 ans et moins ont été interviewés. Ces derniers ont fourni des renseignements sur leurs enfants, mais également sur eux-mêmes, sur la famille, sur l'école et sur le voisinage de ces enfants.

Pour le deuxième cycle mené en 1996 et en 1997 et dont les résultats sont aujourd'hui publiés, les parents de ces mêmes enfants ont à nouveau été interviewés et ont permis de récolter une documentation unique sur l'évolution de leurs enfants et sur leur milieu familial sur une période de deux ans. Un nouvel échantillon de nouveau-nés et d'enfants âgés de un an a été ajouté au deuxième cycle pour permettre la réalisation d'estimations transversales.

La collecte des données pour le troisième cycle a commencé à l'automne 1998 et s'est poursuivie jusqu'en juin 1999. Outre l'échantillon initial d'enfants, qui étaient âgés de 2 à 13 ans au moment de la deuxième collecte de données, un nouvel échantillon de nouveau-nés et d'enfants âgés d'un an a été ajouté au troisième cycle pour permettre la réalisation d'estimations transversales. Un échantillon transversal supplémentaire d'enfants âgés de 5 ans a aussi été ajouté pour permettre certaines estimations provinciales pour ce groupe d'âge.

Pour plus de renseignements sur l'ESCC, consultez : http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 4450.

4.5 Méthode de ré-échantillonnage bootstrap

Afin de produire des estimations de qualité élevée d'après l'ENSP, l'ESCC et l'ELNEJ, on a utilisé une méthode de ré-échantillonnage pondéré bootstrap (et pour la composante du Nord de l'ENSP, une méthode bootstrap modifiée) pour calculer les coefficients de variation (CV) des totaux et des taux. Si le CV est plus grand que 33,3% ou si la taille de l'échantillon est inférieure à 10, les données sont supprimées et le symbole "F" apparaît dans la cellule. Si le CV est plus grand que 16,5% mais n'excède pas 33,3%, les données doivent être utilisées avec précaution et le symbole "E" apparaît dans la cellule avec la donnée. Si le CV est égal ou inférieur à 16,5%, les données sont présentées sans aucune restriction.

En vertu de la théorie de l'échantillonnage, les résultats exacts 100% ou 0% provenant d'une enquête par échantillonnage doivent avoir un coefficient de variation exactement nul. En réalité, il est possible, dans de rares circonstances, que la vraie estimation soit inférieure à 100 % ou, inversement, supérieure à 0 % et les résultats doivent alors être interprétés en tant que tels.

5. Indicateurs fondés sur les données sur la criminalité (Statistique Canada)

- Pour les indicateurs reliés à la criminalité, les données ne sont pas disponibles au niveau de la région sociosanitaire.

- Les données sur les affaires criminelles connues de la police sont saisies et communiquées au Centre canadien de la statistique de la Justice (CCSJ) par l'intermédiaire du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC) selon un ensemble, défini à l'échelle nationale, de règles de déclaration, de catégories et de définitions. L'Enquête est menée depuis 1962, et elle a une couverture nationale complète.
- Le programme DUC est une enquête sommaire ou fondée sur des données agrégées qui consigne le nombre d'affaires criminelles signalées à la police. L'Enquête ne vise pas à recueillir d'information sur les victimes, mais bien des renseignements sur le nombre de personnes accusées, selon le sexe et selon une ventilation adultes/jeunes. Pour tous les crimes de violence (à l'exception du vol qualifié), une affaire distincte est comptée pour chaque victime. Dans le cas des crimes sans violence, une affaire est comptée pour chaque incident distinct. Les affaires qui comportent plus d'une infraction sont comptées sous l'infraction la plus grave. Par conséquent, les infractions moins graves sont sous-représentées.
- Le programme DUC agrégé compte les affaires de violence (à l'exception du vol qualifié) de façon différente des autres types de crimes. Dans le cas des crimes de violence, on consigne une affaire distincte pour chaque victime (c.-à-d. si une personne en agresse trois, on consigne trois affaires, mais si trois personnes en agressent une, on ne consigne qu'une affaire). Afin d'éviter d'exagérer le nombre de victimes, le vol qualifié est toutefois compté comme s'il s'agissait d'une infraction non violente (p. ex. pour un vol qualifié dans une banque, si l'on comptait toutes personnes dans la banque, cela produirait une surestimation des affaires de vol qualifié).
- Le programme DUC agrégé consigne le nombre total de jeunes (âgés de 12 à 17 ans) et d'adultes (âgés de 18 ans et plus) qui ont été accusés. Lorsqu'une personne est accusée de plus d'une infraction, une seule infraction est comptée, sous l'infraction la plus grave. L'infraction la plus grave est en général l'infraction punissable par la peine maximale la plus longue en vertu du Code criminel du Canada. Dans le classement des infractions, on accorde toujours une priorité plus élevée aux infractions de violence qu'aux infractions non violentes.
- La comparaison entre les taux de criminalité des jeunes et ceux des adultes pose certains problèmes. L'ensemble de la population des jeunes représente un groupe à risque élevé de s'adonner à des activités criminelles. Par contraste, le niveau de risque chez les adultes n'est pas uniforme dans l'ensemble de ce groupe d'âge. Près de la moitié de la population adulte est âgée de 45 ans et plus; ce groupe d'âge est touché par un moins grand nombre de facteurs de risque et, par conséquent, est rarement impliqué dans la criminalité. Une comparaison plus directe porterait sur les jeunes et les jeunes adultes. Malheureusement, il n'existe pas actuellement de données qui permettraient de faire cette comparaison.
- Pour les données sur les accusations du programme DUC, il est possible qu'une personne soit accusée (et comptée) plus d'une fois pendant une année. Par conséquent, il est probable que le nombre réel de personnes accusées soit inférieur au nombre rapporté pour une période donnée.
- Les taux sont calculés sur la base de 100 000 habitants

Pour plus de renseignements sur le programme DUC, voir http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3302.

6. Indicateurs fondés sur les données sur la population active (Statistique Canada)

Les derniers taux au niveau de la région sociosanitaire sont calculés d'après les limites géographiques en vigueur en juin 2005.

- Les taux de chômage régionaux et les taux de chômage chez les jeunes ont été calculés en tant que moyennes annuelles à partir de l'Enquête sur la population active (EPA). Les estimations ont été calculées en appariant, à l'échelle du Secteur de dénombrement (SD), les données géographiques de l'EPA aux données sur les régions sociosanitaires.
- L'EPA est une enquête mensuelle menée auprès de quelque 52 000 ménages. Elle vise à représenter la population canadienne de 15 ans et plus. Elle exclut les résidents des réserves indiennes, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement. L'EPA exclut également les territoires.
- Ces régions exclues de l'enquête sur la population active affectent les estimations pour les groupes de régions homologues F et H. Un peu plus de 40 % de la population de la région homologue F est exclue alors qu'un peu moins de 10 % de la population de la région homologue H est exclue. Compte tenu de ces exclusions, les estimations pour la région homologue F ne sont pas disponibles.
- Certains taux estimés pour les régions sociosanitaires n'ont pu être publiés étant donné qu'ils n'étaient pas conformes aux exigences minimales de qualité et de confidentialité.
- Le taux de chômage correspond au nombre de personnes en chômage, divisé par la population active, exprimé en pourcentage.
- On appelle « chômeur » toute personne qui :
 - était sans emploi et avait cherché du travail; ou
 - avait été temporairement mise à pied et était prête à travailler; ou
 - devait commencer un nouvel emploi prochainement.
- La population active se compose des personnes en chômage et des personnes occupées. On appelle " personne occupée " toute personne qui :
 - occupait un emploi, quel qu'il soit;
 - occupait un emploi mais ne travaillait pas pendant la semaine de référence.

Pour plus d'information sur l'enquête sur l'EPA, voir http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm et entrer 3701.

7. Indicateurs fondés sur les données du Recensement (Statistique Canada)

Sauf avis contraire, les taux au niveau de la région sociosanitaire sont calculés d'après les limites géographiques en vigueur en juin 2003.

- Les données régionales sur les déterminants non médicaux de la santé et sur certaines caractéristiques de la collectivité ont été extraites des données du Recensement, en se fondant sur les secteurs de dénombrement (SD) (pour le Recensement de 1996) et sur les îlots de recensement (ÎR) et les aires de diffusion (AD) (pour le Recensement de 2001). En

collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, Alberta Treasury et BC Stats, la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a élaboré un fichier de correspondance reliant la géographie du recensement aux régions sociosanitaires courantes.

- Les indicateurs liés au revenu tirés de tout recensement sont basés sur le revenu de l'année précédant l'année de recensement.
- Taux de faible revenu, enfants dans les familles à faible revenu : Les données sur le faible revenu n'ont pas été produites pour les familles économiques ni les personnes vivant seules dans les territoires ou les réserves indiennes. Dans les régions sociosanitaires qui comportent des réserves indiennes, l'analyse des données sur le faible revenu ne devrait être faite qu'en prenant soin de mentionner explicitement cet avertissement.
- Abordabilité du logement : les maisons de fermes et les logements des bandes sur les réserves indiennes n'étaient pas inclus dans le calcul d'abordabilité du logement. Dans les régions sociosanitaires qui comportent des réserves indiennes, l'analyse des données sur l'abordabilité du logement ne devrait être faite qu'en prenant soin de mentionner explicitement cet avertissement.
- Proportion d'Autochtones : Cette variable est tirée des réponses à trois questions posées lors du Recensement (échantillon de 20 %). Les Autochtones sont les individus qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, notamment les Indiens d'Amérique du Nord, les Métis ou les Inuits et/ou ceux qui se sont dits Indiens assujettis à un traité ou Indiens inscrits conformément à la Loi sur les Indiens du Canada, ou encore ceux qui sont membres d'une bande indienne ou des Premières nations. Les études de la couverture du recensement ont été utilisées pour corriger ces données conformément aux estimations de la population des bandes et des réserves indiennes dont le dénombrement n'est que partiel. Les estimations démographiques de SC (corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement et du refus de participation des réserves indiennes) calculées pour l'année de recensement en question ont été utilisées en tant que dénominateur pour ces pourcentages.
- Logements occupés par le propriétaire: les logements de bandes sur les réserves indiennes et les logements collectifs n'étaient pas inclus. Dans les régions sociosanitaires qui comportent des réserves indiennes, l'analyse des données sur les logements occupés par le propriétaire ne devrait être faite qu'en prenant soin de mentionner explicitement cet avertissement.
- Valeur moyenne des logements: Les mêmes exclusions pour les logements occupés par le propriétaire s'appliquent pour cette variable, en plus des fermes

Pour plus de renseignements sur les concepts du recensement, veuillez consulter le Dictionnaire du Recensement de 2001, n° 92-378-XIF au catalogue.

8. Indicateurs du système de santé- (Institut canadien d'information sur la santé - ICIS)

La politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité interdit la publication de données pouvant permettre d'identifier raisonnablement une personne, que ce soit un patient ou un dispensateur de soins, sans consentement. Par conséquent, des mesures ont été prises pour éviter l'identification d'un répondant par recoupements à partir de la dissémination des taux régionaux, incluant la suppression de cellules ayant des chiffres pas assez élevés. De plus, la présentation

des données en fonction de la région de résidence du patient (non de l'hospitalisation) réduit les possibilités d'identifier les dispensateurs de soins individuels.

8.1 Données sur les hospitalisations et taux d'hospitalisations (ICIS)

- Les données sont déclarées en fonction de la région de résidence des patients et non de la région de l'hospitalisation. Par conséquent, ces chiffres correspondent à l'expérience d'hospitalisation de résidents de la région, peu importe où ils sont traités, par opposition à l'activité globale des hôpitaux de la région (qui traitent aussi des gens de l'extérieur).
- Les taux régionaux de la Colombie-Britannique sont dérivés des codes postaux déclarés et d'un fichier de conversion élaboré par BC Stats, le ministère des Finances et des Relations d'entreprise de la Colombie-Britannique. En ce qui concerne les autres provinces et territoires, les données à l'échelle des régions sociosanitaires sont produites au moyen d'un processus de codification géographique qui s'appuie sur des fichiers de correspondance élaborés conjointement avec les ministères de la Santé de chaque province et territoire et de la Alberta Treasury. On a d'abord créé le lien entre les aires de diffusion et les régions sociosanitaires dans le but de fournir le meilleur appariement à la géographie de recensement, puis on a dérivé de ce fichier un lien entre la subdivision de recensement et les régions sociosanitaires. Les démarcations sont celles qui étaient en vigueur au mois de juin 2005.
- Les enregistrements qui comprennent des codes postaux invalides, manquants ou partiels ne sont pas inclus dans les taux régionaux. Pour l'exercice 2004-2005, les codes postaux incomplets du Québec peuvent avoir des incidences sur les taux du RLISS de Champlain (région d'Ottawa) et d'autres régions frontalières. Puisque la région de Palliser en Alberta n'a pas soumis ses données de l'exercice 2005-2006 en totalité, les taux de cette région ont été supprimés pour tous les indicateurs, sauf le pontage aortocoronarien, l'intervention coronarienne percutanée et la césarienne.
- Dans la mesure du possible, un taux est fourni pour l'ensemble du Canada aux fins de comparaison.
- Aux échelles nationale et provinciale, les taux relatifs aux données sur la santé qui s'appuient sur un exercice (d'avril à mars) utilisent les estimations démographiques du 1^{er} octobre. À moins d'avis contraire, on utilise la même méthodologie que celle des taux régionaux pour normaliser les taux d'hospitalisation aux échelles nationale et provinciale. Les autres taux s'appuient sur les données démographiques pertinentes. Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge à l'aide d'une méthode directe de normalisation selon la population canadienne au 1^{er} juillet 1991. Voir la section 2.2.2 pour obtenir de plus amples renseignements.
- À moins d'avis contraire, les hospitalisations englobent les sorties et les décès des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée pendant la période de référence. Les totaux n'incluent pas les cas de chirurgies d'un jour (patients en consultation externes) et les patients admis à un hôpital autre que de soins de courte durée (p. ex. établissements de soins chroniques, psychiatriques ou de réadaptation).
- Les indicateurs qui s'appuient sur la Base de données sur les congés des patients englobent seulement les provinces et territoires qui soumettent toutes leurs données à la base de données. Ainsi, les données du Québec et de certaines régions du Manitoba ne sont pas disponibles.
- La CIM-10-CA et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) sont des systèmes de codification des diagnostics et des interventions qui sont entrés en vigueur le

1^{er} avril 2001. Ces systèmes ont été adoptés par Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, certaines régions de la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Yukon. L'Ontario, les autres régions de la Saskatchewan, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont mis en œuvre la CIM-10-CA et la CCI le 1^{er} avril 2002 et le Nouveau-Brunswick, le 1^{er} avril 2003. Les cas des indicateurs codifiés à l'origine dans la CIM-10-CA ou la CCI ont été extraits à partir de codes pertinents et non des conversions de la CIM-9 ou de la CCA.

- Les normes de codification nouvelles ou révisées qui s'appliquent aux systèmes de classification de la CIM-10-CA et de la CCI pourraient avoir une incidence sur la comparabilité des taux de certains indicateurs avec ceux des publications précédentes.
- Depuis l'année de données 2002-2003, les mortinaissances sont comprises dans le taux de césariennes. Ces modifications pourraient avoir une incidence sur la comparabilité des taux avec ceux des anciennes publications. Voir les définitions pour obtenir de plus amples renseignements.
- On a révisé la méthode de calcul des indicateurs de réadmission et de mortalité à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) et des indicateurs de mortalité à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Ces changements peuvent affecter la comparabilité des taux avec ceux des publications précédentes. Voir les Notes techniques pour de plus amples renseignements.
- Les taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission, des fractures de la hanche qui ont lieu à l'hôpital et de réadmission sont établis selon une moyenne sur trois ans. En raison des différentes méthodes de collecte des données, ces indicateurs ne sont pas disponibles pour chaque province et territoire. Ainsi, le taux moyen (Canada) n'inclut donc pas toutes les provinces et tous les territoires. Les notes techniques et les spécifications du modèle sont disponibles dans le cas de la mortalité dans les 30 jours suivant un IAM ou un accident vasculaire cérébral, de la fracture de la hanche à l'hôpital, des indicateurs de réadmission (IAM, asthme, hystérectomie et prostatectomie) ainsi que des temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.
- Lorsque les données sont disponibles, les interventions annulées, antécédentes et abandonnées en cours d'intervention sont exclues. Dans le cas des données du Québec, les interventions annulées ne sont pas déclarées. Par conséquent, elles n'ont pas été exclues.

8.2 Données sur les médecins (ICIS)

- Le nombre de médecins comprend tous les omnipraticiens, les médecins de famille et les spécialistes actifs au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins en pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins qui ne sont pas agréés pour exercer dans le milieu clinique et qui ont demandé que ne soit pas publiée dans le Canadian Medical Directory l'information les concernant.
- Pour toutes les provinces, tous les territoires et toutes les années de données, les médecins spécialistes comprennent les médecins certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou par le Collège des médecins du Québec (CMQ). Depuis 2004, les spécialistes de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador comprennent les médecins agréés en tant que spécialistes mais non certifiés par le CRMCC ou le CMQ (c.-à-d. des spécialistes non agréés). Dans toutes les autres provinces et dans tous les autres territoires, comme c'était le cas en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador avant 2004, les spécialistes non agréés sont considérés comme des médecins de famille. À l'exception des critères mentionnés ci-dessus, tous les autres médecins, y

compris les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le CMFC-Médecine d'urgence, sont comptés comme étant des médecins de famille. Pour plus de renseignements sur les méthodes de calcul des médecins, veuillez consulter les rapports de l'ICIS suivants : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens et Spécialistes agréés et non agréés : Comprendre les chiffres* (www.icis.ca).

- Il est entendu que le classement ci-haut des médecins spécialistes ne reflète pas nécessairement les services fournis par chacun des médecins. La gamme des services qu'un médecin dispense est assujettie aux règlements provinciaux ou territoriaux de permis d'exercice, à la façon de facturer au régime de services médicaux et aux choix personnels de pratique. En conséquence, les ratios entre les médecins et les habitants avancés par l'ICIS peuvent varier des taux publiés par d'autres sources.
- Les ratios entre les médecins et les habitants servent à promouvoir la planification des ressources humaines de la santé. Bien que ces ratios soient des indicateurs utiles du changement dans le nombre de médecins par rapport à la population, il ne faut pas, à partir du nombre ou du ratio de médecins, tirer des conclusions sur la pertinence des ressources en dispensateurs.
- Remarques : La Base de données médicales Scott's (BDMS) pourrait contenir moins de médecins qu'en réalité à cause des interruptions dans les données fournies par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation. Les données de la BDMS ne reflètent pas les mises à jour apportées par les organismes de réglementation relativement aux années, aux provinces et aux territoires suivants : Colombie-Britannique 2004, Québec 2003, Ontario 2002, Alberta et Yukon 2000.
- Source : Base de données médicales Scott's, ICIS.

8.3 Base de données sur les dépenses nationales de santé (ICIS)

- Les chiffres sur les dépenses incluent celles engagées par le secteur public et le secteur privé. Pour plus de renseignements, consultez *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*.
- Les chiffres provinciaux par habitant sont affectés par de nombreux facteurs qui auront un effet sur les comparaisons interprovinciales, y compris (sans toutefois s'y limiter) les taux d'inflation différents dans les provinces qui sont associés aux différences provinciales dans les compromis d'arbitrage entre les gouvernements provinciaux et, par exemple, les associations médicales; les répartitions différentes de la population; la géographie; et les différences dans le pouvoir d'achat des provinces.

Annexe

Estimations démographiques

En résumé, les estimations démographiques pour les régions sociosanitaires ont été préparées comme suit. Premièrement, les estimations de la population de 2001 se fondaient sur le Recensement de 2001, avec rajustement pour le sous dénombrement net. Deuxièmement, pour ce qui est des années intercensitaires, les estimations de la population fondées sur le recensement ont été rajustées en fonction des changements démographiques, à l'aide surtout de données administratives. Enfin, les estimations démographiques infra-provinciales et infra-territoriales ont été contrôlées pour que leur somme corresponde aux estimations de la population préparées par Statistique Canada tant à l'échelle des provinces que des territoires.

Méthode appliquée par Statistique Canada

Pour les régions sociosanitaires de toutes les provinces et territoires sauf l'Alberta et la Colombie-Britannique, la méthode est celle de Statistique Canada, décrite ci-dessous. Ces estimations se fondent sur les données du recensement et sur les estimations démographiques selon la division de recensement (DR) produite par la Division de la démographie.

- **Univers de la population**

La population comprise dans ces estimations est fondée sur les recensements du Canada de 1996 et de 2001. L'univers correspond par conséquent à celui du recensement, et comprend les citoyens canadiens et les immigrants reçus ayant leur lieu habituel de résidence au Canada (ou à l'étranger, dans une base des Forces canadiennes, en mission diplomatique ou à bord de navires marchands) et les résidents non permanents. Pour une description complète de l'univers du recensement, voir le *Dictionnaire du recensement de 2001*, n° 92-378-XPF au catalogue de Statistique Canada.

Les données du recensement sont rajustées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des réserves indiennes partiellement recensées. Les composantes des changements démographiques qui se sont produits entre le jour du recensement et le 1^{er} juillet 1996 ou 2001 ont aussi été prises en compte.

- **Méthode de calcul des estimations démographiques selon la région sociosanitaire**

Les estimations démographiques à l'échelle de la division de recensement (DR) sont produites chaque année par la Division de la démographie, à partir de la méthode des composantes, qui tient compte des changements touchant le nombre de naissances et de décès, ainsi que de la migration intra-provinciale, inter-provinciale et internationale. Les estimations démographiques des DR sont calculées au prorata des estimations démographiques provinciales.

Les estimations démographiques selon les régions sociosanitaires sont calculées à partir de ces estimations, en suivant les étapes suivantes :

Calcul des facteurs de conversion :

La Division de la statistique de la santé a créé un fichier de couplage des secteurs de dénombrement (SD), des subdivisions de recensement (SDR) et des divisions de recensement (DR) pour chaque région sociosanitaire.

La population du Recensement de 2001 selon les DR (ou les SD ou SDR dans le cas des DR fractionnées) a été rajustée pour tenir compte des derniers changements géocartes et des réserves indiennes partiellement recensées, afin que la somme des SD corresponde à la DR.

Dans les cas où les régions sociosanitaires viennent fractionner la DR, la proportion de la population dans chacune des parties de DR ainsi fractionnée est utilisée pour établir des facteurs de conversion afin d'attribuer à la région sociosanitaire appropriée l'estimation à l'échelle de la DR.

Application des facteurs de conversion aux estimations démographiques des DR :

Des facteurs de conversion ont été appliqués aux estimations démographiques des DR pour 1996 à 2003, afin de permettre la conversion des estimations de la population des DR en estimations de la population des RSS. La même approche que celle utilisée pour obtenir les estimations démographiques totales a servi à établir les estimations selon l'âge et le sexe par RSS.

- **Évaluation de la méthode**

Les estimations démographiques selon la RSS ont été soumises à deux évaluations qualitatives. Tout d'abord, une estimation a été produite pour le 1er juillet 2001, avec une estimation démographique postcensitaire des DR fondée sur le Recensement de 2001. La comparaison de cette estimation aux chiffres du Recensement de 2001 a fait ressortir que les facteurs de conversion permettaient d'obtenir des résultats comparables à ceux des chiffres du recensement selon la RSS.

En deuxième lieu, la même méthode a aussi été utilisée pour produire des estimations pour 2001 selon la RSS, à partir d'une estimation postcensitaire des DR fondée sur le Recensement de 1996. Les résultats ont été comparés avec les chiffres réels de 2001 tirés du Recensement de 2001, permettant ainsi une évaluation de la précision de la méthode sur une période de cinq ans. D'après les résultats, la méthode a tenu compte de façon appropriée des changements démographiques.

Pour plus d'information sur la méthode appliquée pour calculer les estimations selon la région sociosanitaire ou la DR, communiquez avec Stephane Gilbert à la Division de la démographie de Statistique Canada par téléphone au (613) 951-9233 ou par courrier électronique à stephane.gilbert@statcan.ca.

Méthodes appliquées par les provinces

Pour les régions sociosanitaires de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, les dossiers administratifs servant à rajuster les estimations de la population de 2001 pour les années intercensitaires diffèrent de ceux utilisés par Statistique Canada dans la description ci-dessus. Pour ces deux provinces, les estimations de la population des régions sociosanitaires ont été fournies par Alberta Health and Wellness et par BC Stats.

- **Alberta**

Statistique Canada utilise les estimations de population par régions sociosanitaires préparées par le ministère Health and Wellness de l'Alberta. Ces estimations sont dérivées du fichier "Albera Stakeholder register" contenant des informations sur les individus qui ont droit aux services médicaux de base sous "l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP)". La croissance de la population est dérivée des fichiers de chacune des régions sociosanitaires de l'Alberta pour être ensuite appliquée aux estimations de la division de la Démographie de Statistique Canada pour 2001 afin de tenir compte des variations annuelles de la population. Les estimations sont ensuite ajustées afin de correspondre aux estimations provinciales produites annuellement par la division de la Démographie de Statistique Canada.

Pour plus d'information sur les estimations pour l'Alberta, il faut se référer au document "Calculating Demographic and Epidemiological Quantities in Alberta by Geo-Political Areas, Health Surveillance, Alberta Health and Wellness, March 2001" ou contactez Donald Schopflocher de "Health Strategies Division, Health Surveillance" en Alberta au (780) 422-4630 or faire parvenir un courriel à donald.schopflocher@health.gov.ab.ca.

- **Colombie-Britannique**

La méthode appliquée par la Colombie-Britannique pour estimer la population des petites régions selon le sexe et le groupe d'âge comprend deux volets.

La méthode principale, qui sous-tend la production des estimations démographiques à l'échelle provinciale, est une méthode par régression, plus précisément la **méthode de corrélation des différences (MCD)**. Une méthode auxiliaire, appelée **répartition proportionnelle (RP)**, est également utilisée pour estimer la population de certaines catégories de régions. Ces deux méthodes se fondent sur les renseignements fournis par un ensemble d'indicateurs tirés de fichiers administratifs révélateurs des variations régionales de population.

Essentiellement, le modèle d'estimation de la population des petites régions de la Colombie-Britannique est le suivant. En partant des données du recensement fédéral le plus récent (ici, le Recensement du Canada de 2001), la part de la population provinciale imputable à chaque région est rajustée à la hausse ou à la baisse d'après la part courante du total provincial d'une combinaison pondérée de raccordements résidentiels aux services de distribution d'électricité et (ou) de bénéficiaires de la Pension de la sécurité de la vieillesse. Les estimations de la population des municipalités, ainsi que de la part de la population vivant à l'extérieur de la municipalité, mais dans le district régional (c'est-à-dire un territoire non érigé en municipalité), sont contrôlées à l'échelle provinciale par comparaison à l'estimation de la population de la Colombie Britannique produite par Statistique Canada. Les estimations de la population des districts régionaux sont calculées en additionnant les estimations de la population des municipalités et des territoires non érigés en municipalité. On contrôle les estimations de la population des régions sociosanitaires locales à l'échelle provinciale en les comparant à l'estimation de la population provinciale et, par souci de cohérence, à l'échelle de chaque district régional, en les comparant à l'estimation de population du district pertinent.

Note de renvoi

1. Greville TNE. Short methods of constructing abridged life tables. *The Record of American Institute of Actuaries* 1943; 32(65): 29–42, Part 1
2. Ng Edward et Gentleman Jane F, « Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes », *Rapports sur la santé* 1995, vol. 7, n o 3, pages 15 à 22
3. Spiegelman, M. *Introduction to Demography*, Revised Edition, Cambridge Massachusetts , Harvard University Press, 1968, p. 113, formule 4.29.
4. J.L. Fleiss, *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2nd Ed, Wiley and Sons, N.Y., 1981. pg. 14, Formule (1.26) et (1.27).
5. Le Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), 82F0086XDB
6. Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement, 82-402-XIF
7. Sullivan, DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 86 (April 1971) : 347-354
8. Chiang, CL. *The Life Table and its Applications*. Robert E. Krieger Publishing Company, Malabar, Florida, 1984: 316
9. Mather, C. *Health Expectancies in Australia 1981 and 1988*. Service des publications du gouvernement de l'Australie, Canberra, 1991: 117
10. Holland WW et EC Working Group on Health Services and Avoidable Deaths (1997), « European Community Atlas of Avoidable Death 1985 to 1989 », Oxford University Press, Oxford Medical Publications, Commission of the European Communities Health Services Research Series, no. 9, p. 371
11. J.R.H. Charlton, « Avoidable deaths and diseases as monitors of health promotion », dans *Measurement in health promotion and protection*, p. 467-479, Copenhague et Albany , N.-Y., Organisation mondiale de la santé et Association internationale d'épidémiologie , 1987
12. D.D. Rutstein , « Monitoring progress and failure: sentinel health events unnecessary diseases, disabilities and untimely deaths », dans *Measurement in health promotion and protection* , p. 195-212, Copenhague et Albany , N.-Y., Organisation mondiale de la santé et Association internationale d'épidémiologie , 1987

À propos Statistique Canada

Voir http://www.statcan.ca/francais/about/abtstc_f.htm.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contribue à l'amélioration de la santé de la population canadienne et du système de santé en fournissant des renseignements de qualité sur la santé.

L'ICIS est un organisme national sans but lucratif chargé de coordonner la mise en place et la mise à jour d'un système national intégré d'information sur la santé.

À cette fin, l'Institut fournit les renseignements exacts et à jour indispensables à l'élaboration de politiques judicieuses en matière de santé, à la gestion efficace du régime de santé du Canada et à la sensibilisation du public aux facteurs qui favorisent un bon état de santé.

Visitez le site CIHI au www.cihi.ca.

Annexe A- Tableaux

Tableau 1
Cartes de référence des régions sociosanitaires selon province et territoire

Province	2003		2005	
	Régions sociosanitaires et cartes	Unités	Régions sociosanitaires et cartes	Unités
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	Carte 1 Community Health Regions	6	Carte 2 Regional Integrated Health Authorities	4
Île-du-Prince-Édouard ²	Health Regions	4	Carte 3 Health Regions	4
Nouvelle-Écosse ³	Zones	6	Carte 4 Zones	6
			Carte 5 District Health Authorities (DHA)	9
Nouveau-Brunswick	Régions sociosanitaires	7	Carte 6 Régions sociosanitaires	7
Québec	Carte 7 Régions sociosanitaires (RSS)	18	Carte 8 Régions sociosanitaires (RSS) (changement de noms seulement)	18
Ontario ⁴	Carte 9 Public Health Units Nord (PHU)	37	Carte 12 Public Health Units Nord (PHU)	36
	Carte 10 Public Health Units Sud (PHU)	16	Carte 13 Public Health Units Sud (PHU)	14
	Carte 11 District Health Councils (DHC)		Carte 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	
Manitoba ⁵	Regional Health Authorities	11	Carte 15 Regional Health Authorities	11

Saskatchewan ⁵	Regional Health Authorities	13	Carte 16 Regional Health Authorities	13
Alberta ⁶	Carte 17 Regional Health Authorities	9	Carte 18 Regional Health Authorities	9
Colombie-Britannique	Health Service Delivery Areas	16	Carte 19 Health Service Delivery Areas	16
Territoire du Yukon	Ensemble du territoire	1	Carte 20 Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1
Territoires du Nord-Ouest	Ensemble du territoire	1	Carte 20 Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1
Nunavut	Ensemble du territoire	1	Carte 20 Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1

1. Les "Regional Integrated Health Authorities" sont entrées en vigueur le 1er mars 2005.

2. Pour l'île-du-Prince-Édouard, les quatre régions sociosanitaires ont été abolies en novembre 2005 suite à une restructuration du système de santé. Ces limites ont été maintenues pour la diffusion des indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005.

3. En Nouvelle-Écosse, les zones de services de santé résultent de l'agrégation des neufs "District Health Authorities".

4. Les "Public Health Units" (PHU) gèrent les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les "District Health Councils (DHC)" étaient des organismes consultatifs de planification des services de santé. Ils ont été dissous à compter du 31 mars 2005. Le 1er avril 2005, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé la création de Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les RLISS sont chargés de planifier, de financer et d'administrer les programmes et services de soins de santé dans toute la province.

5 Dans le cas de la plupart des sources de données, on ne dispose pas de données au niveau de la région sociosanitaire pour certaines régions du Nord du Manitoba et de la Saskatchewan dont la population est faible. Pour ne pas devoir supprimer de données, on a fusionné avec des régions voisines les régions pour lesquelles la petite taille de l'échantillon ou les petits nombres observés risquaient de nuire à la qualité des données. Ainsi :

- la Churchill Regional Health Authority, du Manitoba (4690), a été fusionnée avec la Burntwood Regional Health Authority (4680) pour former une région appelée « Burntwood/Churchill » (4685) et

- l'Athabasca Health Authority (4713), de la Saskatchewan, a été fusionnée avec la Mamawetan Churchill River Regional Health Authority (4711) et avec la Keewatin Yatthe Regional Health Authority (4712) pour former une région appelée « Athabasca/Keewatin/Mamawetan » (4714)

6. En Alberta, une modification est entrée en vigueur en décembre 2003 touchant la frontière entre la "Calgary Health Region" et la "David Thompson Regional Health Authority".

Source : Statistique Canada

Tableau 2
Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires,
2003 et 2005/2007

2003 RSS	Nom des RSS en 2003	2005/20 07 RSS	Nom des RSS en 2005/2007
Terre-Neuve-et-Labrador¹			
1001	Health and Community Services St. John's Region	1011	Eastern Regional Integrated Health Authority
1002	Health and Community Services Eastern Region		
1003	Health and Community Services Central Region	1012	Central Regional Integrated Health Authority
1004	Health and Community Services Western Region	1013	Western Regional Integrated Health Authority
1005	Grenfell Regional Health Services Board	1014	Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority
1006	Health Labrador Corporation		
Île-du-Prince-Édouard²			
1101	West Prince	1101	West Prince
1102	East Prince	1102	East Prince
1103	Queens	1103	Queens
1104	Kings	1104	Kings
Nouvelle-Écosse³			
1201	Zone 1	1211	DHA 1
		1212	DHA 2
1202	Zone 2	1213	DHA 3
1203	Zone 3	1214	DHA 4
		1215	DHA 5
1204	Zone 4	1216	DHA 6
		1217	DHA 7
1205	Zone 5	1218	DHA 8
1206	Zone 6	1219	DHA 9

1. À Terre-Neuve-et-Labrador, six régions sociosanitaires ont été regroupées en quatre «Regional Integrated Health Authorities» (RIHA). Les limites de deux RIHA restent inchangées, tandis que les autres quatre RIHA ont été regroupées en deux. Les modifications de nom et de code sont entrées en vigueur le 1^{er} mars 2005.

2. En novembre 2005, l'Île-du-Prince-Édouard a officiellement dissous les quatre régions sociosanitaires.

3. Les six zones antérieures correspondaient à l'agrégation des neuf « District Health Authorities » (DHA). Les zones 1, 3 et 4 comprennent chacune deux DHA. Dans le cas des autres trois zones, seul le nom change, sauf une petite exception : la région de Mount Uniacke, qui auparavant faisait partie de la zone 3, est coupée par la nouvelle limite de la DHA 4. Les statistiques pour cette région (qui compte 1 114 habitants) seront incluses dans celles de la DHA 9 (région de Halifax). Par conséquent, la zone 6 est fortement comparable à la DHA 9 et la zone 3 aux DHA 4 et 5.

Nouveau-Brunswick⁴			
1301	Région 1	1301	Région 1
1302	Région 2	1302	Région 2
1303	Région 3	1303	Région 3
1304	Région 4	1304	Région 4
1305	Région 5	1305	Région 5
1306	Région 6	1306	Région 6
1307	Région 7	1307	Région 7
Québec			
2401	Région du Bas-Saint-Laurent	2401	Région du Bas-Saint-Laurent
2402	Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean	2402	Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean
2403	Région de Québec	2403	Région de la Capitale-Nationale
2404	Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	2404	Région de la Mauricie et Centre-du-Québec
2405	Région de l'Estrie	2405	Région de l'Estrie
2406	Région de Montréal-Centre	2406	Région de Montréal
2407	Région de l'Outaouais	2407	Région de l'Outaouais
2408	Région de l'Abitibi-Témiscamingue	2408	Région de l'Abitibi-Témiscamingue
2409	Région de la Côte-Nord	2409	Région de la Côte-Nord
2410	Région du Nord-du-Québec	2410	Région du Nord-du-Québec
2411	Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2411	Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
2412	Région de la Chaudière-Appalaches	2412	Région de la Chaudière-Appalaches
2413	Région de Laval	2413	Région de Laval
2414	Région de Lanaudière	2414	Région de Lanaudière
2415	Région de Laurentides	2415	Région de Laurentides
2416	Région de la Montérégie	2416	Région de la Montérégie
2417	Région du Nunavik	2417	Région du Nunavik
2418	Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James	2418	Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James
Ontario⁵			
3501	Champlain DHC		n/a
3502	Southeastern Ontario DHC		n/a
3503	Durham-Haliburton-Kawartha and Pine Ridge DHC		n/a
3504	Toronto DHC		n/a
3505	Simcoe York DHC		n/a
3506	Halton-Peel DHC		n/a
3507	Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC		n/a
3508	Hamilton DHC		n/a
3509	Niagara DHC		n/a

4. Le 14 février 2006, le village de Cambridge-Narrows (717 habitants) est passé de la Région 2 à la Région 3.

5. Les « District Health Councils » (DHC) ont été dissous. Quatorze réseaux locaux intégrés de santé (RLISS) ont été créés le 1^{er} avril 2005.

3510	Grand River DHC	n/a	
3511	Thames Valley DHC	n/a	
3512	Essex-Kent and Lambton DHC	n/a	
3513	Grey Bruce Huron Perth DHC	n/a	
3514	Northern Shores DHC	n/a	
3515	Algoma-Cochrane-Manitoulin and Sudbury DHC	n/a	
3516	Northwestern Ontario DHC	n/a	
	n/a	3501	Erie St. Clair
	n/a	3502	South West/Sud-Ouest
	n/a	3503	Waterloo Wellington
	n/a	3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	n/a	3505	Central West/Centre-Ouest
	n/a	3506	Mississauga Halton
	n/a	3507	Toronto Central/Toronto-Centre
	n/a	3508	Central/Centre
	n/a	3509	Central East/Centre-Est
	n/a	3510	South East/Sud-Est
	n/a	3511	Champlain
	n/a	3512	North Simcoe Muskoka/Simcoe Nord Muskoka
	n/a	3513	North East/Nord-Est
	n/a	3514	North West/Nord-Ouest
3526	The District of Algoma Health Unit	3526	The District of Algoma Health Unit
3527	Brant County Health Unit	3527	Brant County Health Unit
3530	Durham Regional Health Unit	3530	Durham Regional Health Unit
3531	Elgin-St Thomas Health Unit	3531	Elgin-St Thomas Health Unit
3533	Grey Bruce Health Unit	3533	Grey Bruce Health Unit
3534	Haldimand-Norfolk Health Unit	3534	Haldimand-Norfolk Health Unit
3535	Haliburton, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit	3535	Haliburton, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit
3536	Halton Regional Health Unit	3536	Halton Regional Health Unit
3537	City of Hamilton Health Unit	3537	City of Hamilton Health Unit
3538	Hastings and Prince Edward Counties Health Unit	3538	Hastings and Prince Edward Counties Health Unit
3539	Huron County Health Unit	3539	Huron County Health Unit
3540	Chatham-Kent Health Unit	3540	Chatham-Kent Health Unit
3541	Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit	3541	Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit
3542	Lambton Health Unit	3542	Lambton Health Unit
3543	Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit	3543	Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
3544	Middlesex-London Health Unit	3544	Middlesex-London Health Unit
3545	Muskoka-Parry Sound Health Unit ⁶		
3546	Niagara Regional Area Health Unit	3546	Niagara Regional Area Health Unit
3547	North Bay and District Health Unit	3547	North Bay Parry Sound District Health Unit

6. Le service de santé de Muskoka-Parry Sound (Muskoka-Parry Sound Health Unit) a été dissous le 1^{er} avril 2005. La partie Muskoka de cette région a été ajoutée au district du comté de Simcoe (Simcoe County District), dont la population a augmenté de 14 %, et la partie Parry Sound a été ajoutée à North Bay et district (North Bay and District), dont la population a augmenté de 30%.

3549	Northwestern Health Unit	3549	Northwestern Health Unit
3551	City of Ottawa Health Unit	3551	City of Ottawa Health Unit
3552	Oxford County Health Unit	3552	Oxford County Health Unit
3553	Peel Regional Health Unit	3553	Peel Regional Health Unit
3554	Perth District Health Unit	3554	Perth District Health Unit
3555	Peterborough County-City Health Unit	3555	Peterborough County-City Health Unit
3556	Porcupine Health Unit	3556	Porcupine Health Unit
3557	Renfrew County and District Health Unit	3557	Renfrew County and District Health Unit
3558	The Eastern Ontario Health Unit	3558	The Eastern Ontario Health Unit
3560	Simcoe County District Health Unit	3560	Simcoe Muskoka District Health Unit
3561	Sudbury and District Health Unit	3561	Sudbury and District Health Unit
3562	Thunder Bay District Health Unit	3562	Thunder Bay District Health Unit
3563	Timiskaming Health Unit	3563	Timiskaming Health Unit
3565	Waterloo Health Unit	3565	Waterloo Health Unit
3566	Wellington-Dufferin-Guelph Health Unit	3566	Wellington-Dufferin-Guelph Health Unit
3568	Windsor-Essex County Health Unit	3568	Windsor-Essex County Health Unit
3570	York Regional Health Unit	3570	York Regional Health Unit
3595	City of Toronto Health Unit	3595	City of Toronto Health Unit

Manitoba

4610	Winnipeg	4610	Winnipeg
4615	Brandon	4615	Brandon
4620	North Eastman	4620	North Eastman
4625	South Eastman	4625	South Eastman
4630	Interlake	4630	Interlake
4640	Central	4640	Central
4645	Assiniboine	4645	Assiniboine
4660	Parkland	4660	Parkland
4670	Norman	4670	Norman
4685	Burntwood/Churchill	4685	Burntwood/Churchill

Saskatchewan

4701	Sun Country	4701	Sun Country
4702	Five Hills	4702	Five Hills
4703	Cypress	4703	Cypress
4704	Regina Qu'Appelle	4704	Regina Qu'Appelle
4705	Sunrise	4705	Sunrise
4706	Saskatoon	4706	Saskatoon
4707	Heartland	4707	Heartland
4708	Kelsey Trail	4708	Kelsey Trail
4709	Prince Albert Parkland	4709	Prince Albert Parkland
4710	Prairie North	4710	Prairie North
4714	Mamawetan/Keewatin/Athabasca	4714	Mamawetan/Keewatin/Athabasca

Alberta^{7, 8}

7. La population de « Calgary Health Region » augmente d'environ 13 000 habitants (ou 1,2 %) provenant de la « David Thompson Regional Health Authority », laquelle perd 4,4 % de sa population totale.

8. *Alberta Health and Wellness* utilise les codes R1-R9 pour identifier les régions sociosanitaires.

4820	Chinook Regional Health Authority	4820	Chinook Regional Health Authority
4821	Palliser Health Region	4821	Palliser Health Region
4822	Calgary Health Region	4822	Calgary Health Region
4823	David Thompson Regional Health Authority	4823	David Thompson Regional Health Authority
4824	East Central Health	4824	East Central Health
4825	Capital Health	4825	Capital Health
4826	Aspen Regional Health Authority	4826	Aspen Regional Health Authority
4827	Peace Country Health	4827	Peace Country Health
4828	Northern Lights Health Region	4828	Northern Lights Health Region
Colombie-Britannique			
5911	East Kootenay	5911	East Kootenay
5912	Kootenay-Boundary	5912	Kootenay-Boundary
5913	Okanagan	5913	Okanagan
5914	Thompson/Cariboo	5914	Thompson/Cariboo
5921	Fraser East	5921	Fraser East
5922	Fraser North	5922	Fraser North
5923	Fraser South	5923	Fraser South
5931	Richmond	5931	Richmond
5932	Vancouver	5932	Vancouver
5933	North Shore/Coast Garibaldi	5933	North Shore/Coast Garibaldi
5941	South Vancouver Island	5941	South Vancouver Island
5942	Central Vancouver Island	5942	Central Vancouver Island
5943	North Vancouver Island	5943	North Vancouver Island
5951	Northwest	5951	Northwest
5952	Northern Interior	5952	Northern Interior
5953	Northeast	5953	Northeast
Territoires			
6001	Yukon	6001	Yukon
6101	Northwest Territories	6101	Northwest Territories
6201	Nunavut	6201	Nunavut

Les caractères gras indiquent le changement du nom des régions sociosanitaires

Les zones ombragées du tableau indiquent où des modifications des limites ont eu lieu, ce qui influe sur la comparabilité des données dans ces régions.

Tableau 3

Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2000 et 2003

Codes et noms des régions sociosanitaires en 2000	Codes et noms des régions sociosanitaires en 2003
Terre-Neuve-et-Labrador	
1001, Health and Community Services St. John's Region	1001, Health and Community Services St. John's Region
1002, Health and Community Services Eastern Region	1002, Health and Community Services Eastern Region
1003, Health and Community Services Central Region	1003, Health and Community Services Central Region
1004, Health and Community Services Western Region	1004, Health and Community Services Western Region
1005, Grenfell Regional Health Services Board	1005, Grenfell Regional Health Services Board
1006, Health Labrador Corporation	1006, Health Labrador Corporation
Île-du-Prince-Édouard¹	
1101, Urban Health Region ²	n/a
1102, Rural Health Region ²	n/a
n/a	1101, West Prince ²
n/a	1102, East Prince ²
n/a	1103, Queens ²
n/a	1104, Kings ²
Nouvelle-Écosse	
1201, Zone 1	1201, Zone 1
1202, Zone 2	1202, Zone 2
1203, Zone 3	1203, Zone 3
1204, Zone 4	1204, Zone 4
1205, Zone 5	1205, Zone 5
1206, Zone 6	1206, Zone 6
Nouveau-Brunswick	
1301, Region 1	1301, Region 1
1302, Region 2	1302, Region 2
1303, Region 3	1303, Region 3
1304, Region 4	1304, Region 4
1305, Region 5	1305, Region 5
1306, Region 6	1306, Region 6
1307, Region 7	1307, Region 7
Québec	
2401, Région du Bas-Saint-Laurent	2401, Région du Bas-Saint-Laurent
2402, Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean	2402, Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean
2403, Région de Québec	2403, Région de Québec
2404, Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	2404, Région de la Mauricie et Centre-du-Québec
2405, Région de l'Estrie	2405, Région de l'Estrie
2406, Région de Montréal-Centre	2406, Région de Montréal-Centre
2407, Région de l'Outaouais	2407, Région de l'Outaouais

2408, Région de l'Abitibi-Témiscamingue
 2409, Région de la Côte-Nord
 2410, Région du Nord-du-Québec
 2411, Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
 2412, Région de la Chaudière-Appalaches
 2413, Région de Laval
 2414, Région de Lanaudière
 2415, Région de Laurentides
 2416, Région de la Montérégie
 2417, Région du Nunavik
 2418, Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

2408, Région de l'Abitibi-Témiscamingue
 2409, Région de la Côte-Nord
 2410, Région du Nord-du-Québec
 2411, Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
 2412, Région de la Chaudière-Appalaches
 2413, Région de Laval
 2414, Région de Lanaudière
 2415, Région de Laurentides
 2416, Région de la Montérégie
 2417, Région du Nunavik
 2418, Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Ontario

3501, Champlain DHC
 3502, Quinte-Kingston and Rideau DHC
 3503, Durham-Haliburton-Kawartha and Pine Ridge DHC
 3504, Toronto DHC
 3505, Simcoe-York DHC
 3506, Halton-Peel DHC
 3507, Waterloo-Wellington-Dufferin DHC
 3508, Hamilton-Wentworth DHC
 3509, Niagara DHC
 3510, Grand River DHC
 3511, Thames Valley DHC
 3512, Essex-Kent and Lambton DHC
 3513, Grey-Bruce-Huron and Perth DHC
 3514, Muskoka-Nipissing and Parry Sound DHC
 3515, Algoma-Cochrane-Manitoulin and Sudbury DHC
 3516, Northwestern Ontario DHC
 3526, Algoma Public Health Unit
 3527, Brant Public Health Unit
 3530, Durham Public Health Unit
 3531, Elgin-St Thomas Public Health Unit
 3533, Bruce-Grey-Owen Sound Public Health Unit
 3534, Haldimand-Norfolk Public Health Unit
 3535, Haliburton-Kawartha-Pine Ridge Public Health Unit
 3536, Halton Public Health Unit
 3537, Hamilton-Wentworth Public Health Unit
 3538, Hastings and Prince Edward Public Health Unit
 3539, Huron Public Health Unit
 3540, Kent-Chatham Public Health Unit
 3541, Kingston-Frontenac-Lennox and Addington Public Health Unit
 3542, Lambton Public Health Unit
 3543, Leeds-Grenville-Lanark Public Health Unit
 3544, Middlesex-London Public Health Unit
 3545, Muskoka-Parry Sound Public Health Unit
 3546, Niagara Public Health Unit

3501, Champlain DHC
 3502, Southeastern Ontario DHC³
 3503, Durham-Haliburton-Kawartha and Pine Ridge DHC
 3504, Toronto DHC
 3505, Simcoe York DHC³
 3506, Halton-Peel DHC
 3507, Waterloo Region-Wellington-Dufferin DHC³
 3508, Hamilton DHC³
 3509, Niagara DHC
 3510, Grand River DHC
 3511, Thames Valley DHC
 3512, Essex-Kent and Lambton DHC
 3513, Grey Bruce Huron Perth DHC³
 3514, Northern Shores DHC³
 3515, Algoma-Cochrane-Manitoulin and Sudbury DHC
 3516, Northwestern Ontario DHC
 3526, The District of Algoma Health Unit³
 3527, Brant County Health Unit³
 3530, Durham Regional Health Unit³
 3531, Elgin-St Thomas Health Unit³
 3533, Grey Bruce Health Unit³
 3534, Haldimand-Norfolk Health Unit³
 3535, Haliburton, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit³
 3536, Halton Regional Health Unit³
 3537, City of Hamilton Health Unit³
 3538, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit³
 3539, Huron County Health Unit³
 3540, Chatham-Kent Health Unit³
 3541, Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit³
 3542, Lambton Health Unit³
 3543, Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit³
 3544, Middlesex-London Health Unit³
 3545, Muskoka-Parry Sound Health Unit³
 3546, Niagara Regional Area Health Unit³

3547, North Bay Public Health Unit	3547, North Bay and District Health Unit ³
3549, Northwestern Public Health Unit	3549, Northwestern Health Unit ³
3551, Ottawa Carleton Public Health Unit	3551, City of Ottawa Health Unit ³
3552, Oxford Public Health Unit	3552, Oxford County Health Unit ³
3553, Peel Public Health Unit	3553, Peel Regional Health Unit ³
3554, Perth Public Health Unit	3554, Perth District Health Unit ³
3555, Peterborough Public Health Unit	3555, Peterborough County-City Health Unit ³
3556, Porcupine Public Health Unit	3556, Porcupine Health Unit ³
3557, Renfrew Public Health Unit	3557, Renfrew County and District Health Unit ³
3558, Eastern Ontario Public Health Unit	3558, The Eastern Ontario Health Unit ³
3560, Simcoe Public Health Unit	3560, Simcoe County District Health Unit ³
3561, Sudbury Public Health Unit	3561, Sudbury and District Health Unit ³
3562, Thunder Bay Public Health Unit	3562, Thunder Bay District Health Unit ³
3563, Timiskaming Public Health Unit	3563, Timiskaming Health Unit ³
3565, Waterloo Public Health Unit	3565, Waterloo Health Unit ³
3566, Wellington-Dufferin-Guelph Public Health Unit	3566, Wellington-Dufferin-Guelph Health Unit ³
3568, Windsor-Essex Public Health Unit	3568, Windsor-Essex County Health Unit ³
3570, York Public Health Unit	3570, York Regional Health Unit ³
3595, City of Toronto Public Health Unit	3595, City of Toronto Health Unit ³

Manitoba

4610, Winnipeg	4610, Winnipeg
4615, Brandon	4615, Brandon
4620, North Eastman	4620, North Eastman
4625, South Eastman	4625, South Eastman
4630, Interlake	4630, Interlake
4640, Central ²	4640, Central ^{2, 4}
4650, Marquette ²	4645, Assiniboine ^{2, 3, 5}
4655, South Westman ²	n/a
4660, Parkland ²	4660, Parkland ²
4670, Norman	4670, Norman
4685, Burntwood/Churchill	4685, Burntwood/Churchill

Saskatchewan

4701, Weyburn (A) Service Area	4701, Sun Country ³
4702, Moose Jaw (B) Service Area	4702, Five Hills ³
4703, Swift Current (C) Service Area	4703, Cypress ³
4704, Regina (D) Service Area	4704, Regina Qu'Appelle ³
4705, Yorkton (E) Service Area	4705, Sunrise ³
4706, Saskatoon (F) Service Area	4706, Saskatoon ³
4707, Rosetown (G) Service Area	4707, Heartland ³
4708, Melfort (H) Service Area	4708, Kelsey Trail ³
4709, Prince Albert (I) Service Area	4709, Prince Albert Parkland ³
4710, North Battleford (J) Service Area	4710, Prairie North ³
4711, Northern Health Services Branch (K) Service Area	4714, Mamawetan/Keewatin/ Athabasca

Alberta⁶

4801, Chinook Regional Health Authority	4820, Chinook Regional Health Authority
---	---

4802, Palliser Health Authority ²	4802, Palliser Health Authority
4803, Headwaters Health Authority ²	n/a
4804, Calgary Regional Health Authority ²	n/a
4805, Health Authority #5 ²	n/a
4806, David Thompson Regional Health Authority ²	n/a
4807, East Central Health Authority ²	n/a
4808, WestView Regional Health Authority ²	n/a
4809, Crossroads Regional Health Authority ²	n/a
4810, Capital Health Authority ²	n/a
4811, Aspen Regional Health Authority ²	n/a
4812, Lakeland Regional Health Authority ²	n/a
4813, Mistahia Regional Health Authority ²	n/a
4814, Peace Regional Health Authority ²	n/a
4815, Keeweenok Lakes Regional Health Authority ²	n/a
n/a	4821, Palliser Health Region ²
n/a	4822, Calgary Health Region ²
n/a	4823, David Thompson Regional Health Authority ²
n/a	4824, East Central Health Authority ²
n/a	4825, Capital Health ²
n/a	4826, Aspen Regional Health Authority ²
n/a	4827, Peace Country Health ²
4816, Northern Lights Regional Health Authority ²	4828, Northern Lights Regional Health Authority ²
4817, Northwestern Regional Health Authority ²	n/a

Colombie-Britannique⁷

5911, East Kootenay	5911, East Kootenay
5912, Kootenay-Boundary	5912, Kootenay-Boundary
5913, Okanagan	5913, Okanagan
5914, Thompson/Cariboo	5914, Thompson/Cariboo
5921, Fraser Valley	5921, Fraser East ³
5922, Simon Fraser	5922, Fraser North ³
5923, South Fraser	5923, Fraser South ³
5931, Richmond	5931, Richmond
5932, Vancouver	5932, Vancouver
5933, North Shore/Coast Garibaldi	5933, North Shore/Coast Garibaldi
5941, South Vancouver Island	5941, South Vancouver Island
5942, Central Vancouver Island	5942, Central Vancouver Island
5943, North Vancouver Island	5943, North Vancouver Island
5951, North West	5951, Northwest ³
5952, Northern Interior	5952, Northern Interior
5953, Northeast	5953, Northeast

Territoires

6001, Yukon	6001, Yukon
6101, Northwest Territories	6101, Northwest Territories
6201, Nunavut	6201, Nunavut

Notes :

1. À l'Île-du-Prince-Édouard, deux régions statistiques (urbaine et rurale) ont été remplacées par les quatre régions administratives pour 2003.

2. Modification des limites qui influe sur la comparabilité des données dans ces régions.
3. Indique le changement du nom de la RSS.
4. Central, Manitoba (4640) a perdu 449 personnes, soit 0,5 % de sa population (Recensement de la population de 1996) au profit de Parkland (4660).
5. Assiniboine, Manitoba (4645) comprend les anciennes régions de Marquette (4650) et de South Westman (4655).
6. Restructuration complète des limites des régions sociosanitaires de l'Alberta sauf celles de la Chinook Regional Health Authority, qui n'ont pas changé (changement de code uniquement de 4801 à 4820), et celles des Northern Lights (4816) et Northwestern (4817) regional health authorities, lesquelles ont été combinées pour devenir la nouvelle Northern Lights Regional Health Authority (4828).
7. Les modifications apportées en 2003 aux limites de la Vancouver Island Health Authority, en Colombie-Britannique, ont eu les conséquences suivantes : la population de South Vancouver Island (5941) a diminué de 56 313 personnes, soit 14,7 % (Recensement de 1996), celle de Central Vancouver Island (5942) a augmenté de 999 personnes, soit 4 %, et celle de North Vancouver (5943) a augmenté de 55 314 personnes, soit 102,6 %.

Source de données: Indicateurs de la santé, 82-221

Tableau 4

Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2005

Groupes de régions homologues A

1103	Queens	Île-du-Prince-Édouard
1206	Zone 6	Nouvelle-Écosse
2403	Région de la Capitale nationale	Québec
2407	Région de l'Outaouais	Québec
2413	Région de Laval	Québec
2416	Région de la Montérégie	Québec
3527	Brant County Health Unit	Ontario
3537	City of Hamilton Health Unit	Ontario
3538	Hastings and Prince Edward Counties Health Unit	Ontario
3540	Chatham-Kent Health Unit	Ontario
3541	Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit	Ontario
3542	Lambton Health Unit	Ontario
3544	Middlesex-London Health Unit	Ontario
3546	Niagara Regional Area Health Unit	Ontario
3555	Peterborough County-City Health Unit	Ontario
4610	Winnipeg Regional Health Authority	Manitoba
4615	Brandon Regional Health Authority	Manitoba
4704	Regina Regional Health Authority	Saskatchewan
4706	Saskatoon Regional Health Authority	Saskatchewan
5913	Okanagan Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5921	Fraser East Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5941	South Vancouver Island Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5942	Central Vancouver Island Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique

Groupes de régions homologues B

3530	Durham Regional Health Unit	Ontario
3536	Halton Regional Health Unit	Ontario
3551	City of Ottawa Health Unit	Ontario
3553	Peel Regional Health Unit	Ontario
3565	Waterloo Health Unit	Ontario
3566	Wellington-Dufferin-Guelph Health Unit	Ontario
3568	Windsor-Essex County Health Unit	Ontario
3570	York Regional Health Unit	Ontario
4822	Calgary Health Region	Alberta
4825	Capital Health	Alberta
5922	Fraser North Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5923	Fraser South Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5931	Richmond Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5933	North Shore/Coast Garibaldi Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique

Groupes de régions homologues C

1011	Eastern Regional Integrated Health Authority	Terre-Neuve-et-Labrador
1102	East Prince	Île-du-Prince-Édouard
1201	Zone 1	Nouvelle-Écosse
1202	Zone 2	Nouvelle-Écosse

1203	Zone 3	Nouvelle-Écosse
1204	Zone 4	Nouvelle-Écosse
1301	Region 1	Nouveau-Brunswick
1302	Region 2	Nouveau-Brunswick
1303	Region 3	Nouveau-Brunswick
1304	Region 4	Nouveau-Brunswick
2401	Région du Bas-Saint-Laurent	Québec
2402	Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean	Québec
2404	Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Québec
2405	Région de l'Estrie	Québec
2408	Région de l'Abitibi-Témiscamingue	Québec
3526	District of Algoma Health Unit	Ontario
3547	North Bay Parry Sound District Health Unit	Ontario
3561	Sudbury and District Health Unit	Ontario
3562	Thunder Bay District Health Unit	Ontario
3563	Timiskaming Health Unit	Ontario
4709	Prince Albert Parkland Regional Health Authority	Saskatchewan
5912	Kootenay-Boundary Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5914	Thompson/Cariboo Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5943	North Vancouver Island Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique

Groupes de régions homologues D

1104	Kings	Île-du-Prince-Édouard
4640	Central Regional Health Authority	Manitoba
4645	Assiniboine Regional Health Authority	Manitoba
4660	Parkland Regional Health Authority	Manitoba
4701	Sun Country Regional Health Authority	Saskatchewan
4702	Five Hills Regional Health Authority	Saskatchewan
4703	Cypress Regional Health Authority	Saskatchewan
4705	Sunrise Regional Health Authority	Saskatchewan
4707	Heartland Regional Health Authority	Saskatchewan
4708	Kelsey Trail Regional Health Authority	Saskatchewan

Groupes de régions homologues E

2412	Région de la Chaudière-Appalaches	Québec
2414	Région de Lanaudière	Québec
2415	Région des Laurentides	Québec
3531	Elgin-St Thomas Health Unit	Ontario
3533	Grey Bruce Health Unit	Ontario
3534	Haldimand-Norfolk Health Unit	Ontario
3535	Haliburton, Kawartha	Ontario
3539	Huron County Health Unit	Ontario
3543	Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit	Ontario
3552	Oxford County Health Unit	Ontario
3554	Perth District Health Unit	Ontario
3557	Renfrew County and District Health Unit	Ontario
3558	Eastern Ontario Health Unit	Ontario
3560	Simcoe Muskoka District Health Unit	Ontario
4620	North Eastman Regional Health Authority	Manitoba
4625	South Eastman Regional Health Authority	Manitoba
4630	Interlake Regional Health Authority	Manitoba
4820	Chinook Regional Health Authority	Alberta
4821	Palliser Health Region	Alberta

4823	David Thompson Regional Health Authority	Alberta
4824	East Central Health	Alberta
4826	Aspen Regional Health Authority	Alberta
4827	Peace Country Health	Alberta
5911	East Kootenay Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique

Groupes de régions homologues F

2417	Région du Nunavik	Québec
2418	Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James	Québec
4685	Burntwood/Churchill	Manitoba
4714	Mamawetan/Keewatin/Athabasca	Saskatchewan
6201	Nunavut	Nunavut

Groupes de régions homologues G

2406	Région de Montréal	Québec
3595	City of Toronto Health Unit	Ontario
5932	Vancouver Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique

Groupes de régions homologues H

1014	Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority	Terre-Neuve-et-Labrador
2409	Région de la Côte-Nord	Québec
2410	Région du Nord-du-Québec	Québec
3549	Northwestern Health Unit	Ontario
3556	Porcupine Health Unit	Ontario
4670	Norman Regional Health Authority	Manitoba
4710	Prairie North Regional Health Authority	Saskatchewan
4828	Northern Lights Health Region	Alberta
5951	Northwest Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5952	Northern Interior Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
5953	Northeast Health Service Delivery Area	Colombie-Britannique
6001	Yukon Territory	Yukon Territory
6101	Northwest Territories	Northwest Territories

Groupes de régions homologues I

1012	Central Regional Integrated Health Authority	Terre-Neuve-et-Labrador
1013	Western Regional Integrated Health Authority	Terre-Neuve-et-Labrador
1101	West Prince	Île-du-Prince-Édouard
1205	Zone 5	Nouvelle-Écosse
1305	Region 5	Nouveau-Brunswick
1306	Region 6	Nouveau-Brunswick
1307	Region 7	Nouveau-Brunswick
2411	Région de la Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	Québec

Tableau 5
Sommaire des groupes homologues et les caractéristiques principales

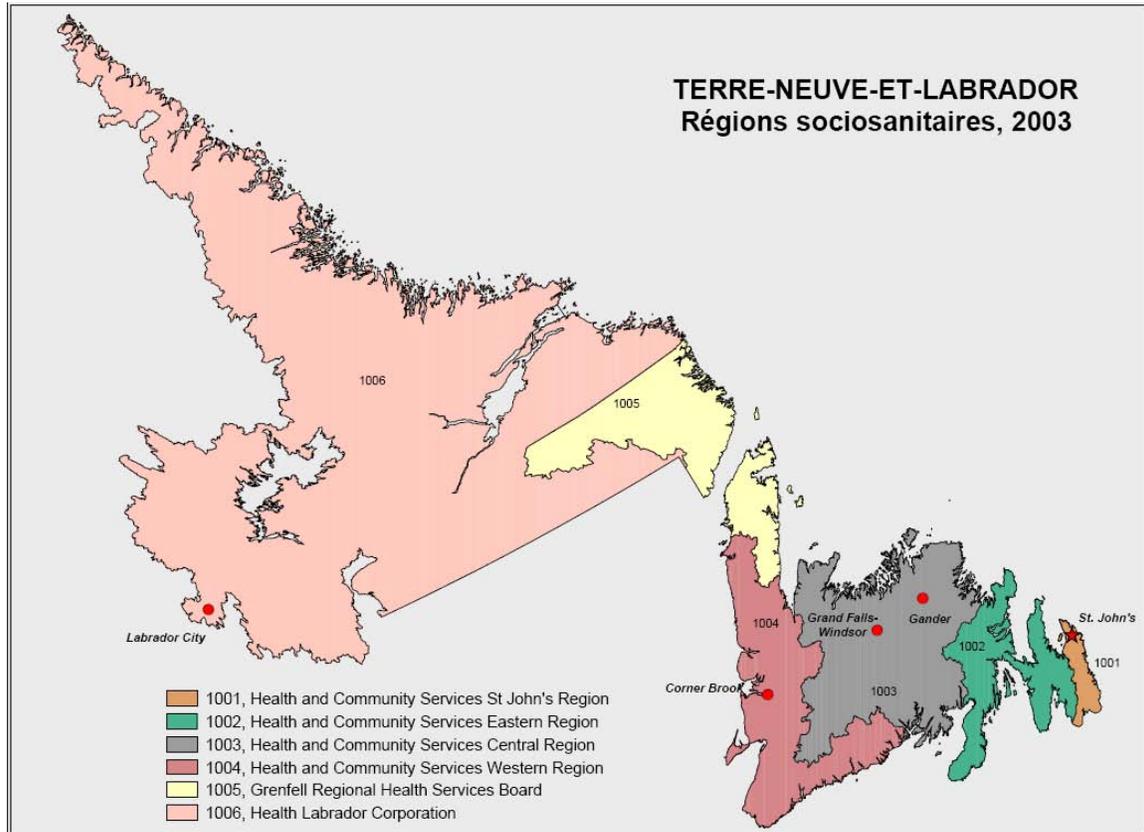
Groupe de régions homologues	Nombre de régions socio-sanitaires	% de la population canadienne	Caractéristiques principales
A	23	24,6 %	<ul style="list-style-type: none"> • Mélange de zones urbaines et rurales d'une côte à l'autre • Proportion moyenne d'Autochtones • Faible population masculine • Croissance démographique lente de 1996 à 2001
B	14	27,0 %	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement des centres urbains à densité de population moyennement forte • Pourcentage faible de revenus provenant de transferts gouvernementaux • Croissance démographique rapide de 1996 à 2001
C	24	12,3 %	<ul style="list-style-type: none"> • Mélange de zones urbaines et rurales peu peuplées d'une côte à l'autre • Proportion moyenne d'Autochtones • Croissance démographique négative
D	10	1,7 %	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions rurales du centre des Prairies • Proportion moyenne d'Autochtones • Pourcentage moyennement élevé de revenus provenant de transferts gouvernementaux • Nombre presque égal d'hommes et de femmes • Croissance démographique négative
E	24	13,3 %	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions rurales du Québec, de l'Ontario et des Prairies • Forte proportion de personnes ayant déménagé récemment dans ces régions ou à l'intérieur celles-ci depuis 1996 • Proportion moyenne d'Autochtones • Croissance démographique moyenne
F	5	0,4 %	<ul style="list-style-type: none"> • Régions du Nord et régions éloignées • Très forte proportion d'Autochtones • Pourcentage moyennement élevé de revenus provenant de transferts gouvernementaux • Population masculine élevée • Croissance démographique moyenne
G	3	16,2 %	<ul style="list-style-type: none"> • Régions métropolitaines les plus grandes (Toronto, Montréal, Vancouver) à forte densité de population- • Faible proportion d'Autochtones • Pourcentage moyen de revenus provenant de transferts gouvernementaux • Forte population féminine
H	13	2,7 %	<ul style="list-style-type: none"> • Régions rurales du Nord.

			<ul style="list-style-type: none"> • Forte proportion d'Autochtones • Forte population masculine • Croissance démographique négative
I	8	1,9 %	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions rurales de l'Est. • Pourcentage très élevé de revenus provenant de transferts gouvernementaux • Croissance démographique négative • Faible proportion de personnes ayant déménagé dans ces régions ou à l'intérieur de celles-ci depuis 1996

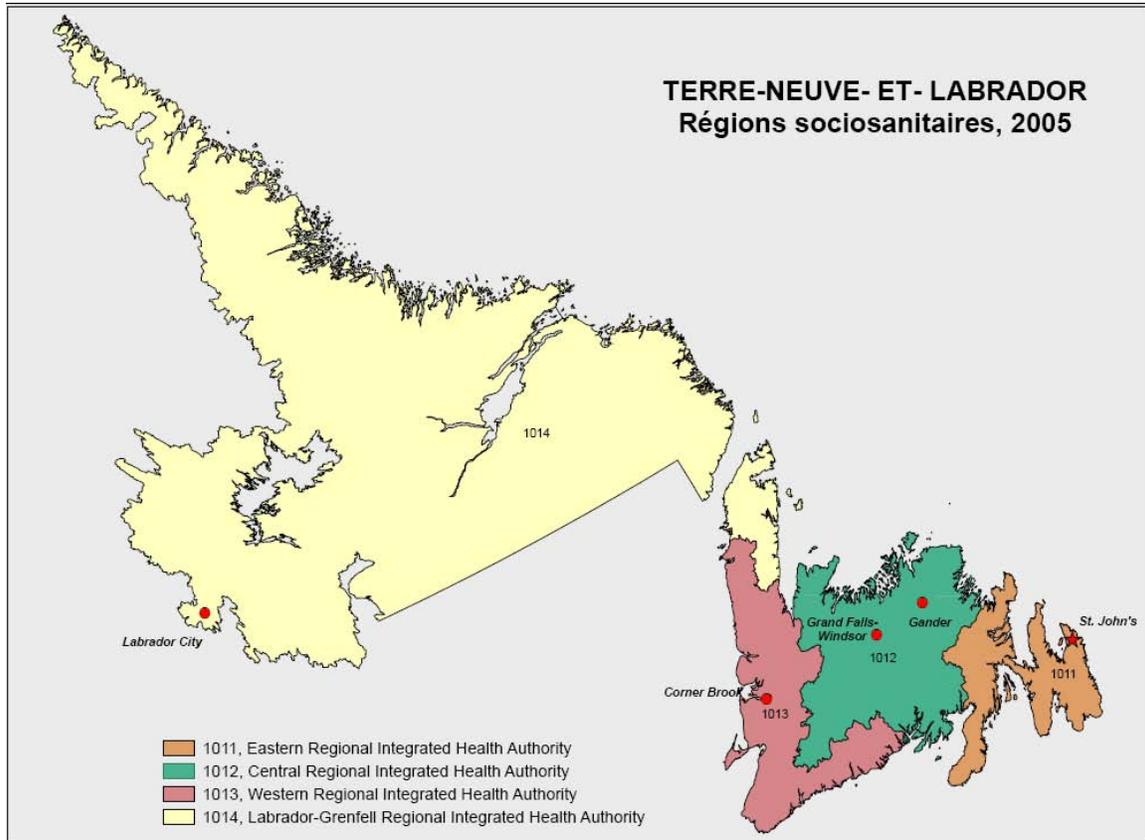
Annexe B - Cartes

Carte 1

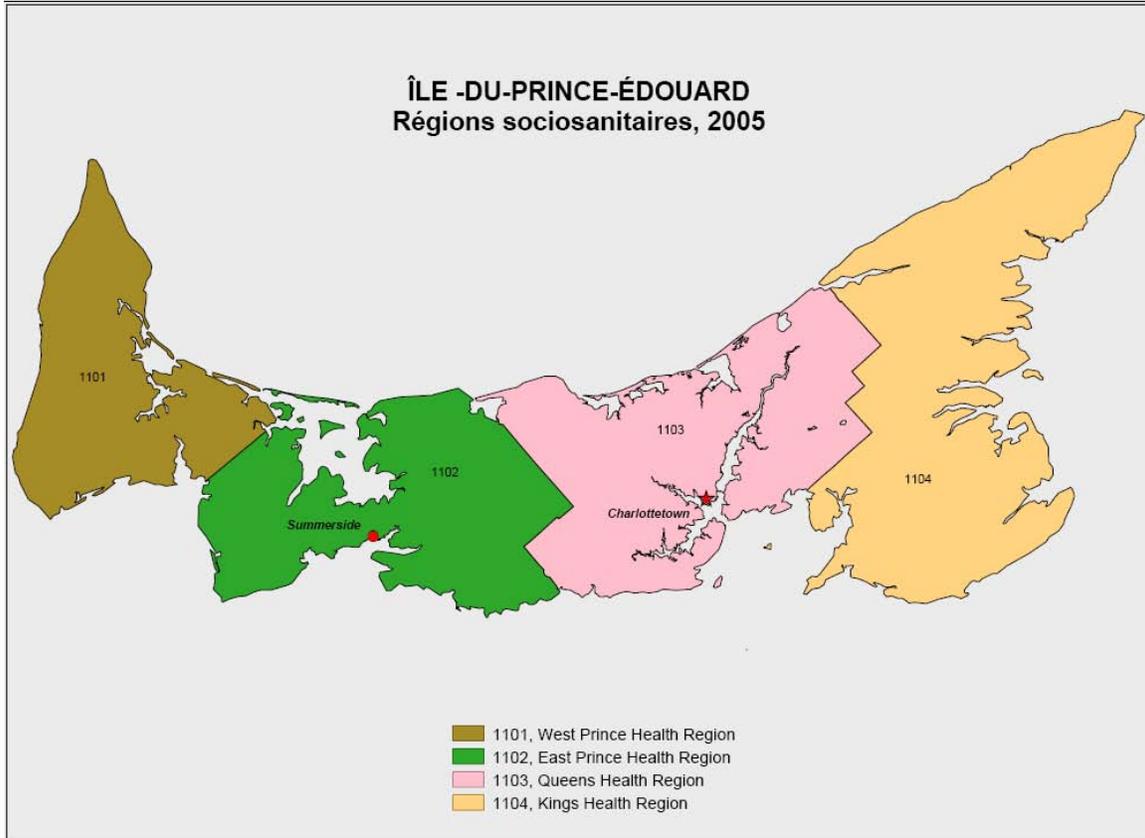
Community Health Regions, Terre-Neuve-et-Labrador, régions sociosanitaire, 2003



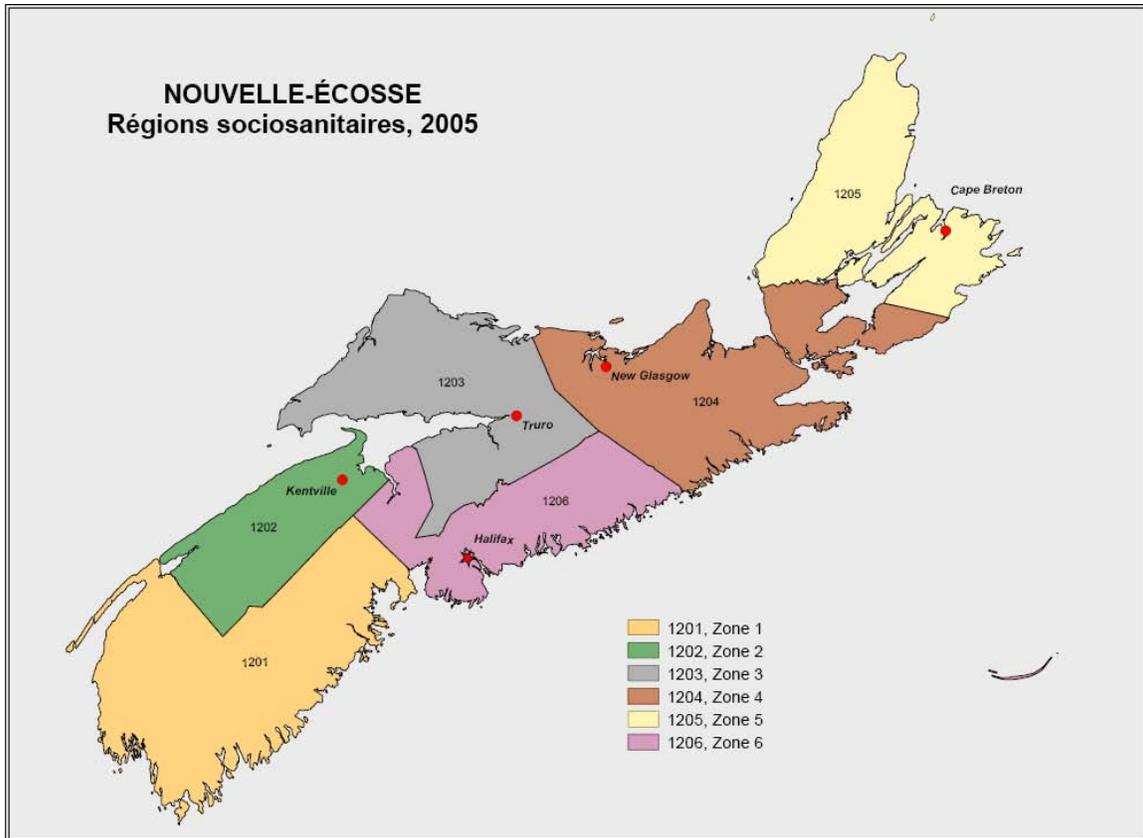
Carte 2 Regional Integrated Health Authorities, Terre-Neuve-et-Labrador régions sociosanitaire, 2005



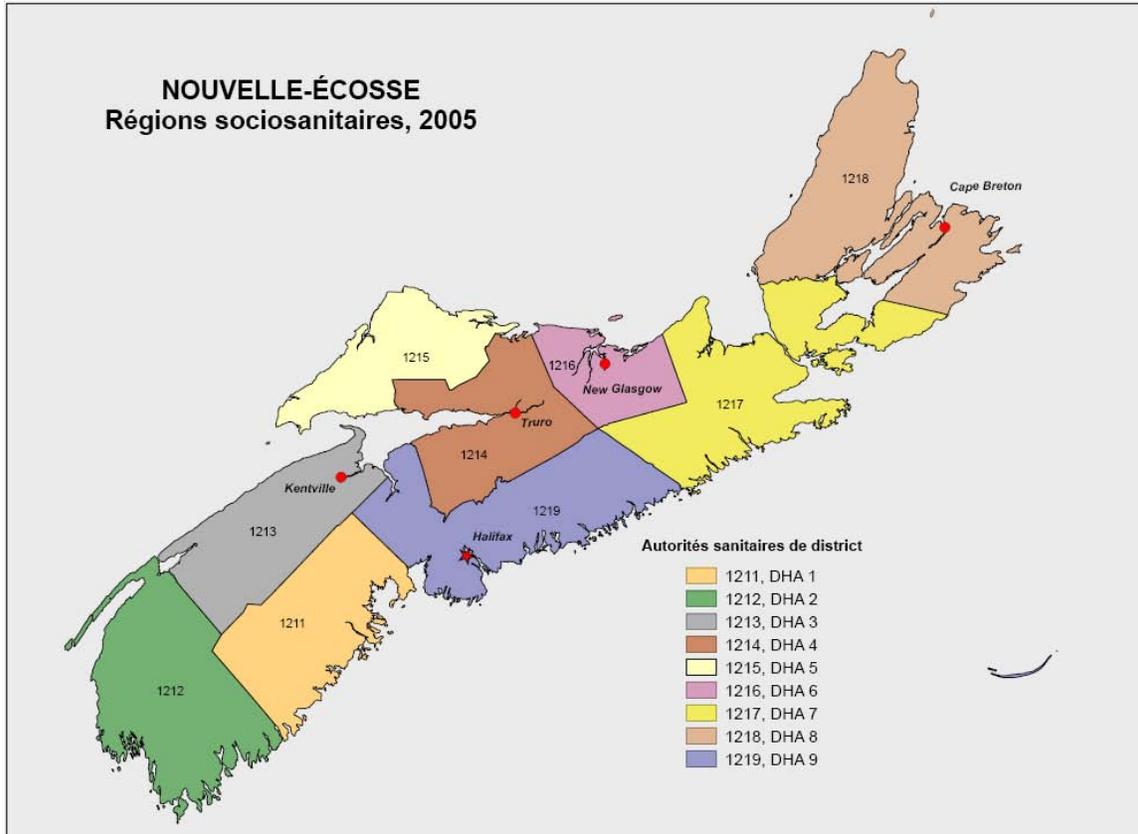
Carte 3 Health Regions, Île-du-Prince-Édouard régions sociosanitaire, 2005



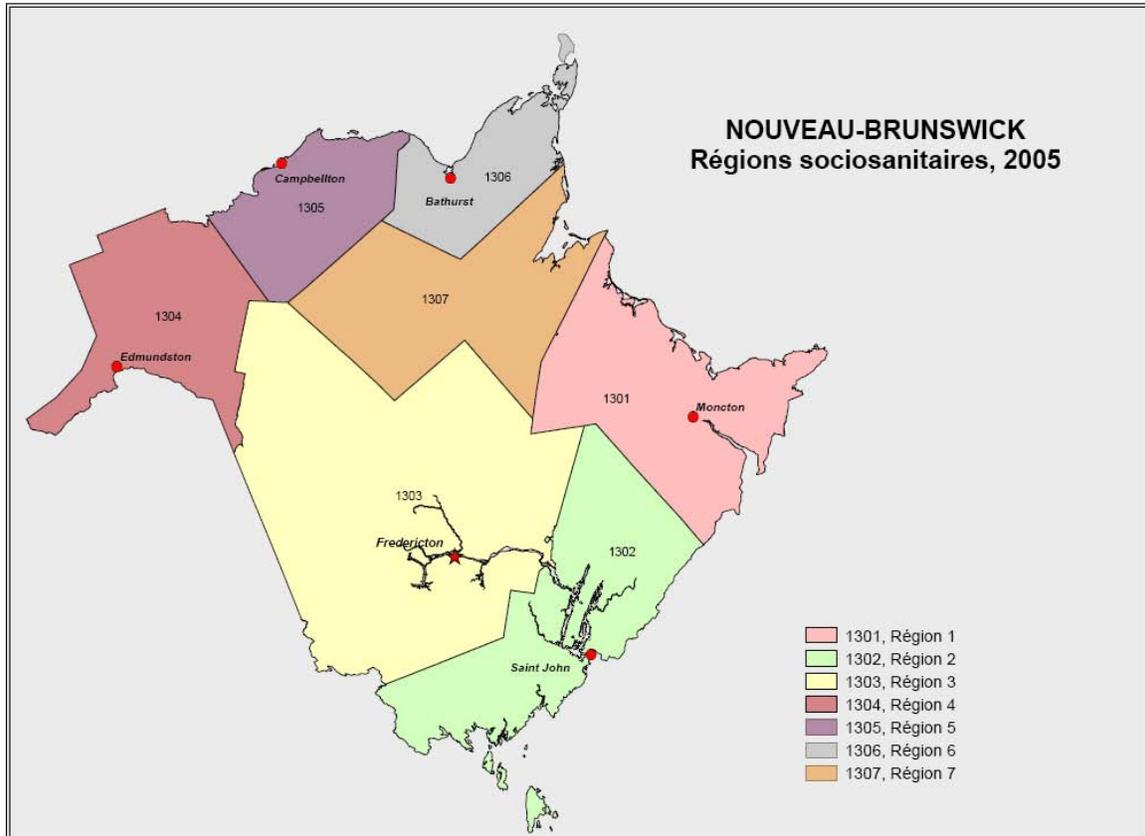
Carte 4 Zones, Nouvelle-Écosse régions sociosanitaire, 2005



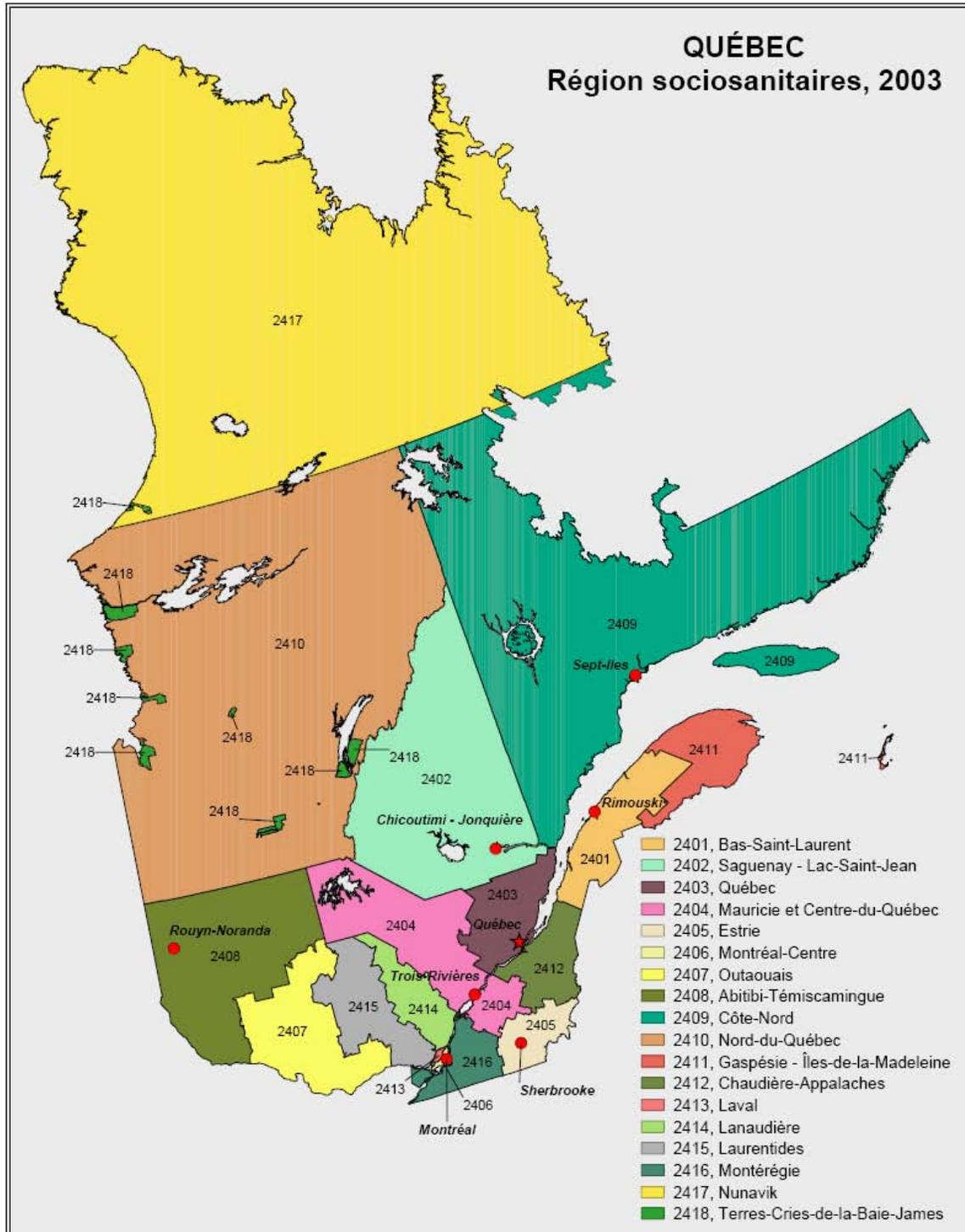
Carte 5 District Health Authorities (DHA), Nouvelle-Écosse régions socio-sanitaire, 2005



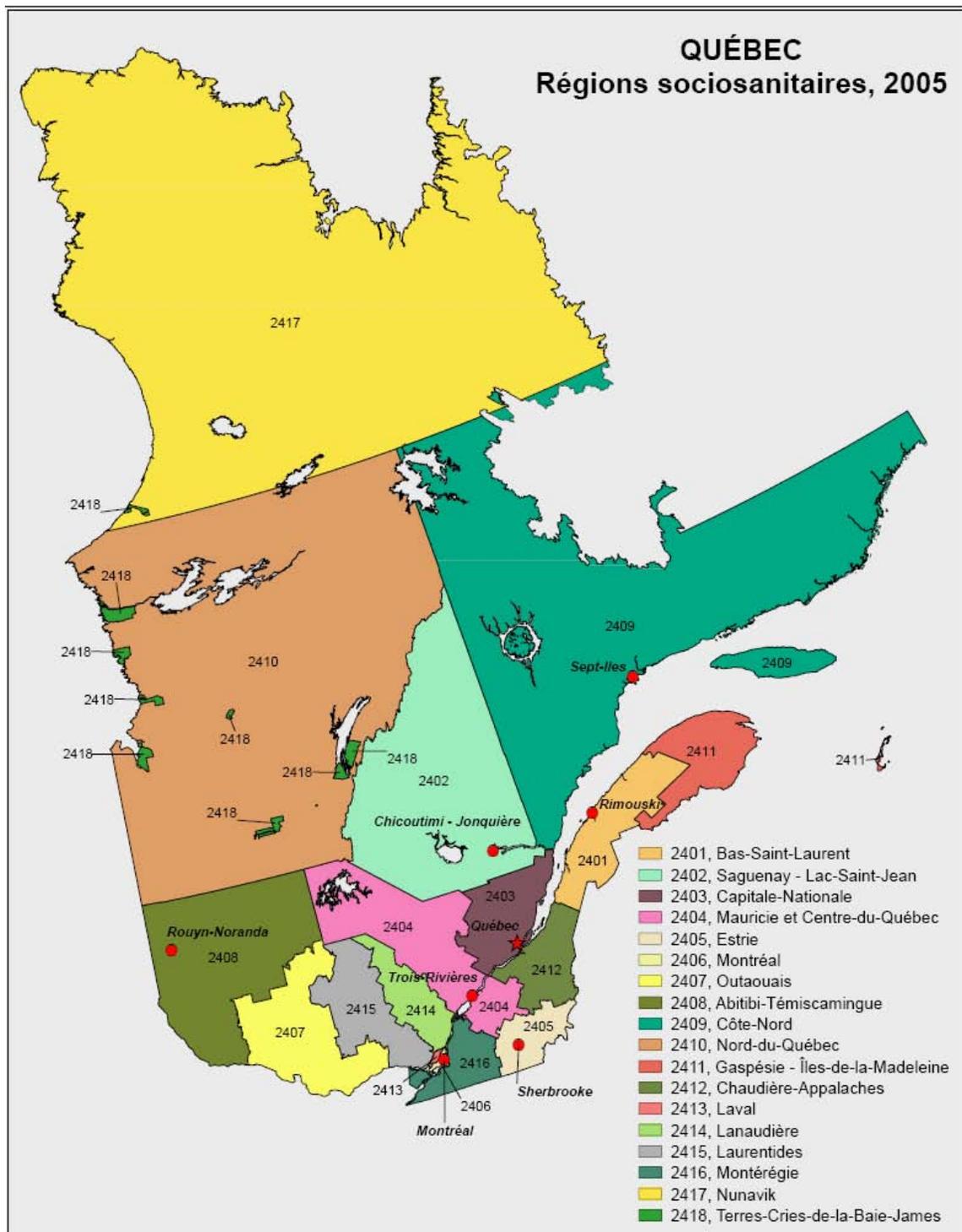
Carte 6 Régions sociosanitaire, Nouveau-Brunswick régions socio-sanitaire, 2005



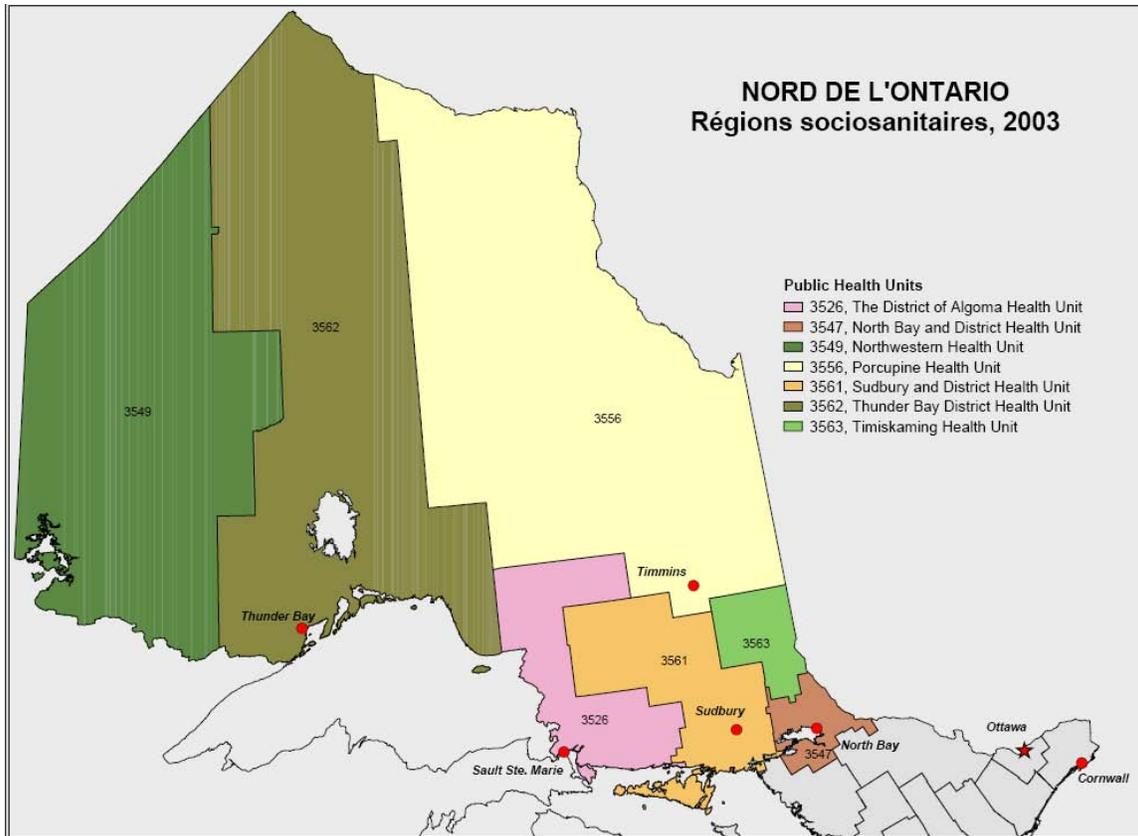
Carte 7
Régions sociosanitaire (RSS), Québec région sociosanitaire, 2003



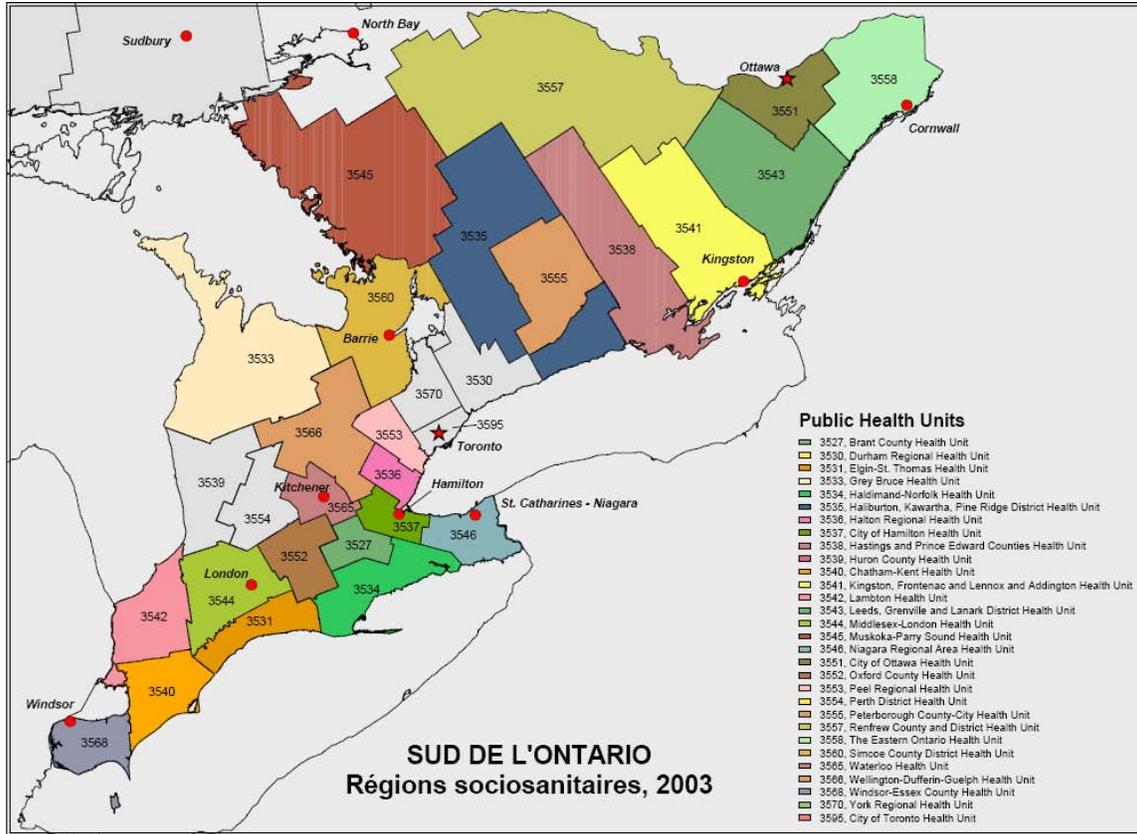
Carte 8 Régions sociosanitaire (RSS), Québec régions sociosanitaire, 2005



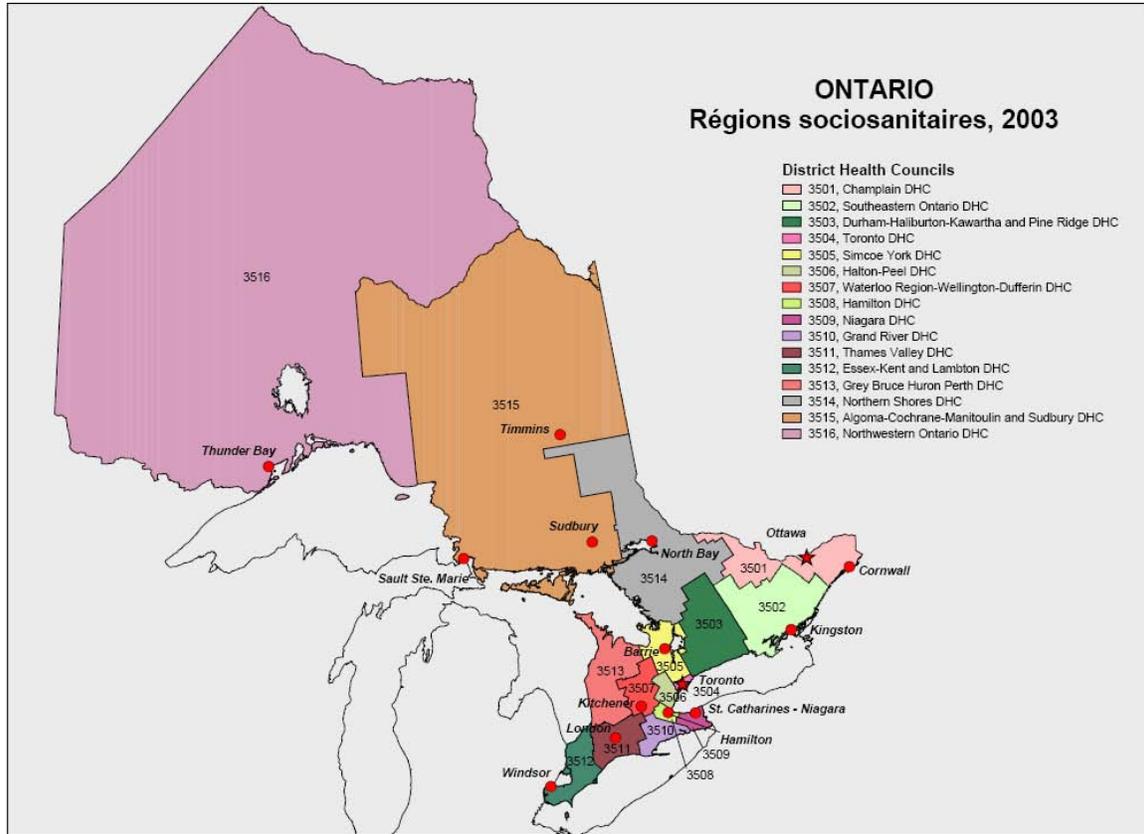
Carte 9 Public Health Units (PHU), Nord de l'Ontario, 2003



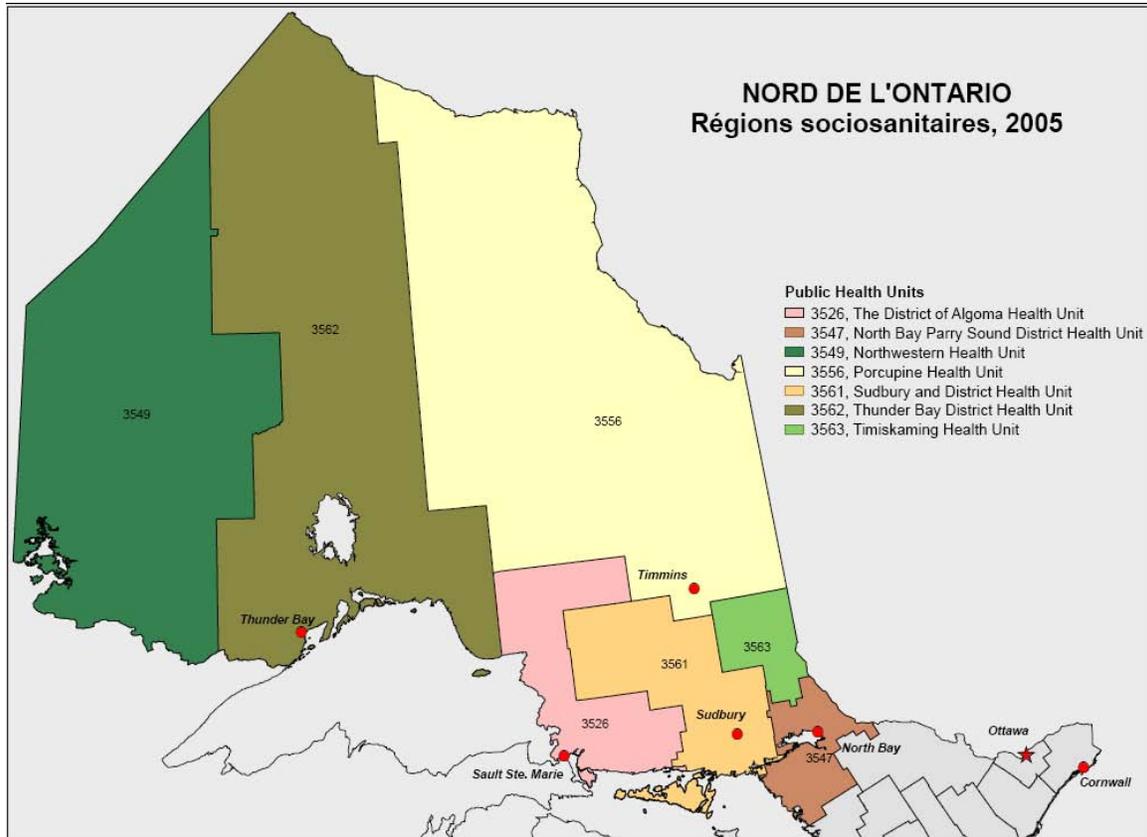
Carte 10 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario, 2003



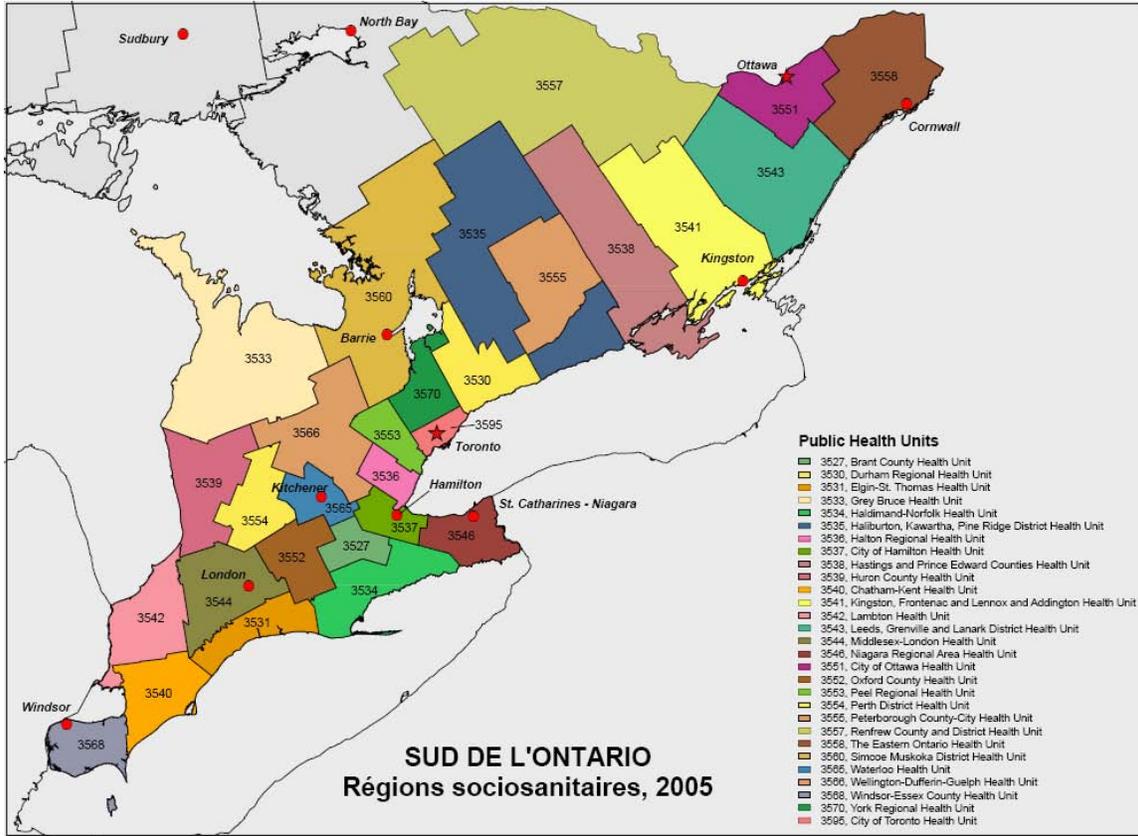
Carte 11 District Health Councils (DHC), Ontario régions sociosanitaire, 2003



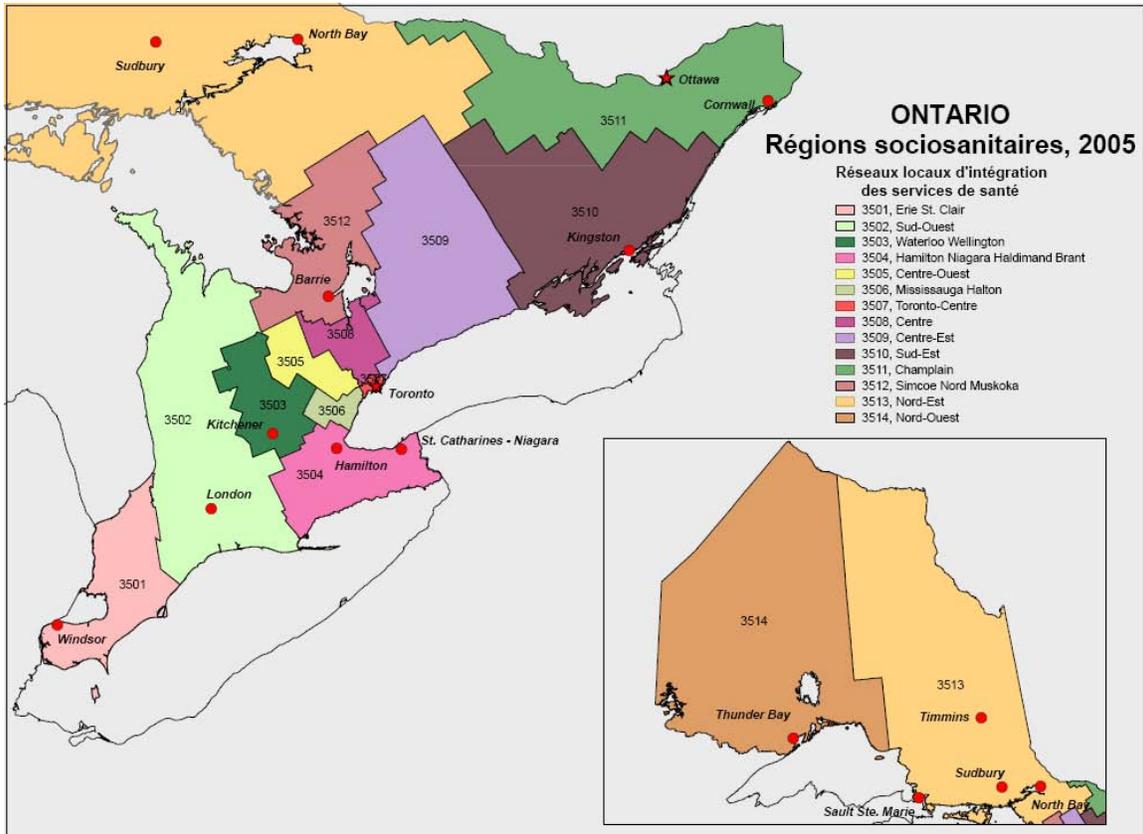
Carte 12 Public Health Units (PHU) , Nord de l'Ontario régions socio-sanitaire, 2005



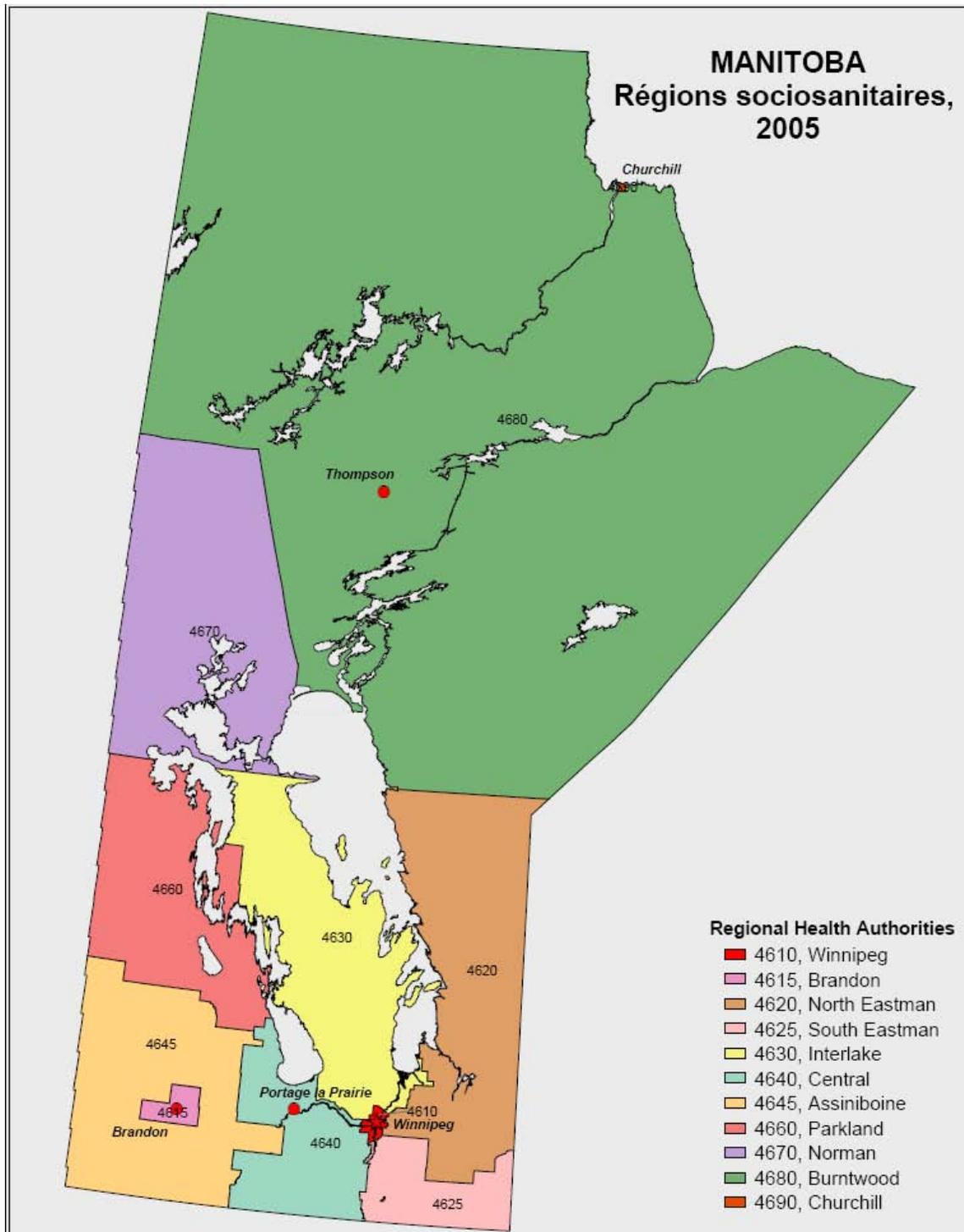
Carte 13 Public Health Units (PHU), Sud de l'Ontario régions socio-sanitaire, 2005



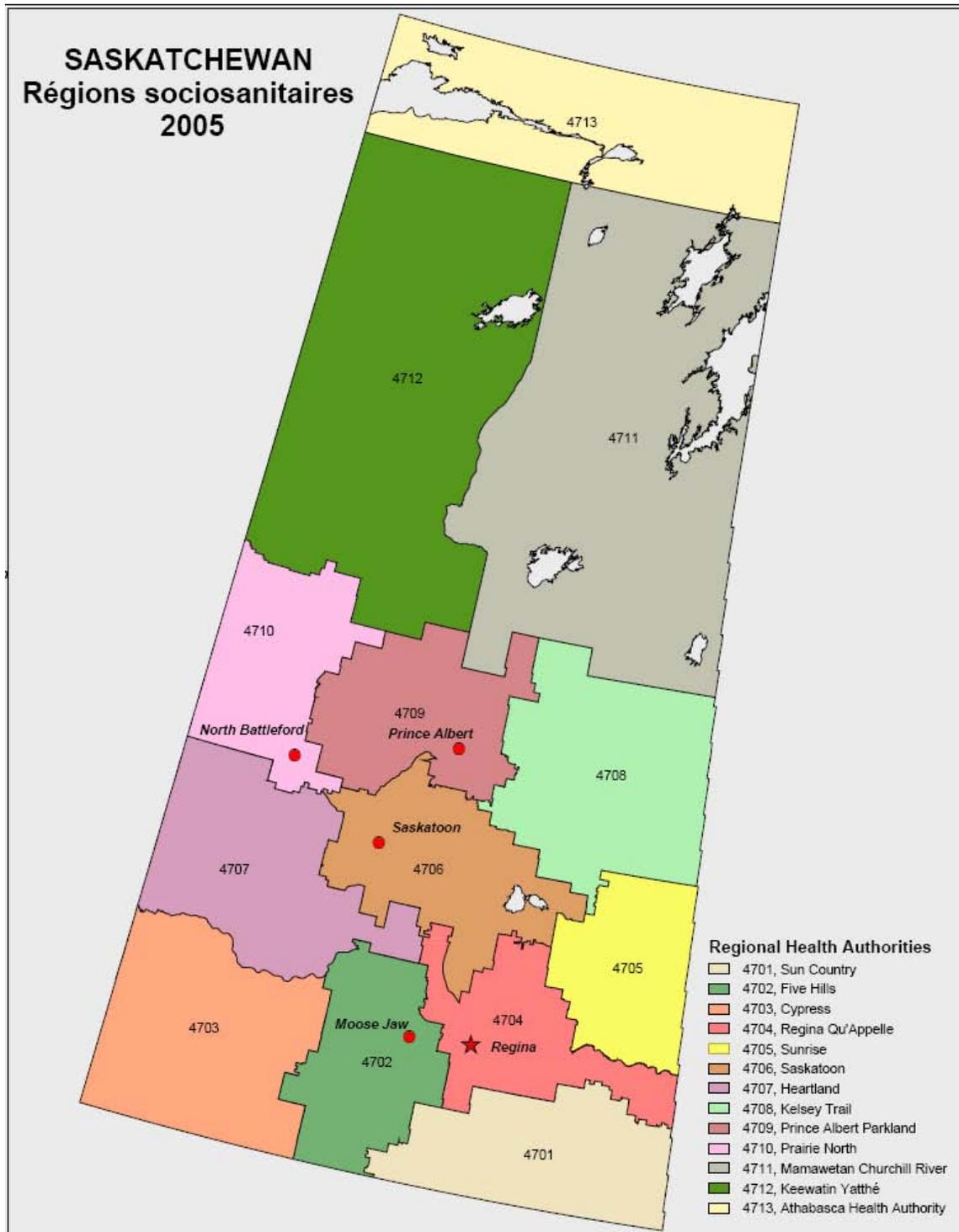
Carte 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), Ontario régions sociosanitaire, 2005



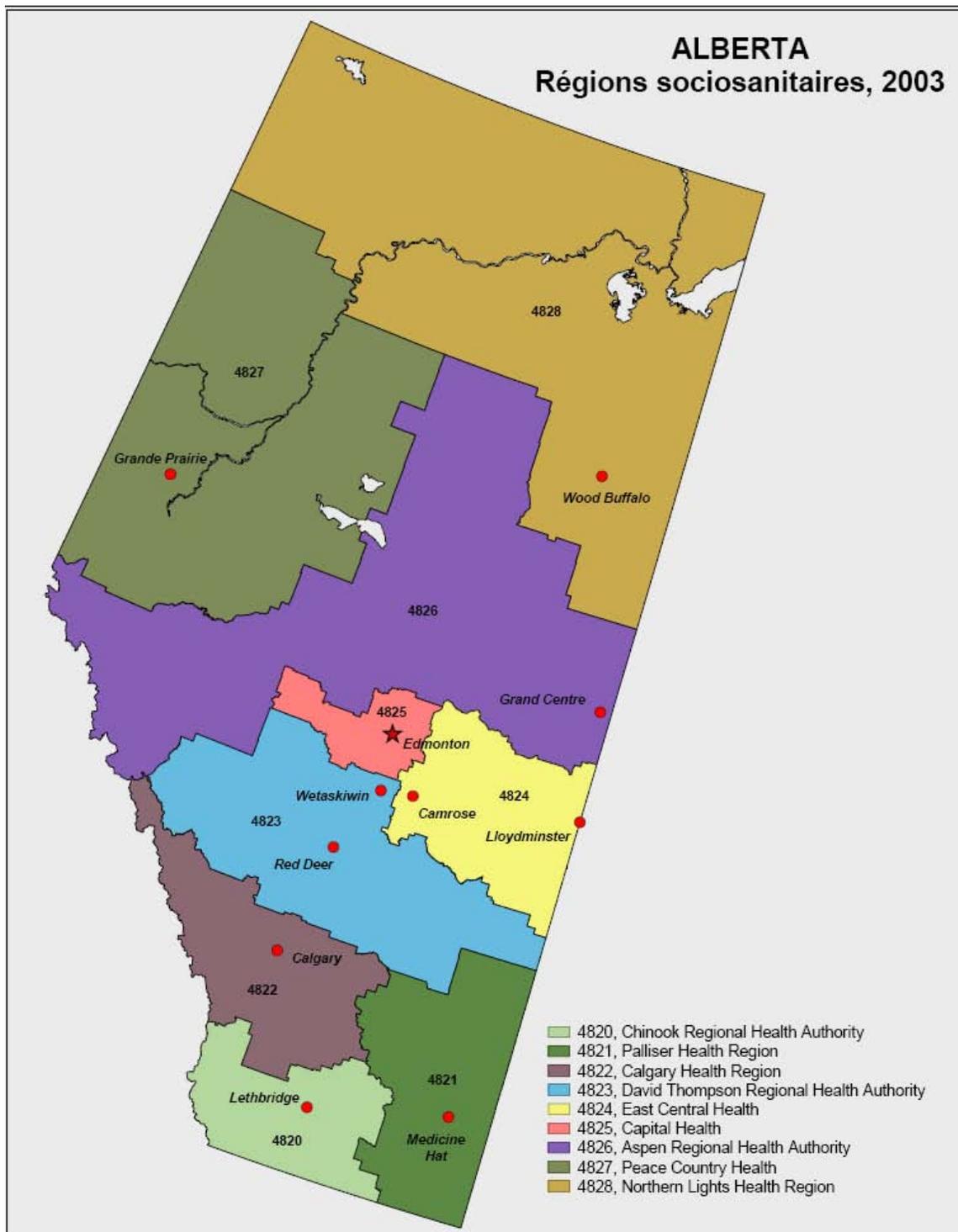
Carte 15
Regional Health Authorities, Manitoba régions sociosanitaire,
2005



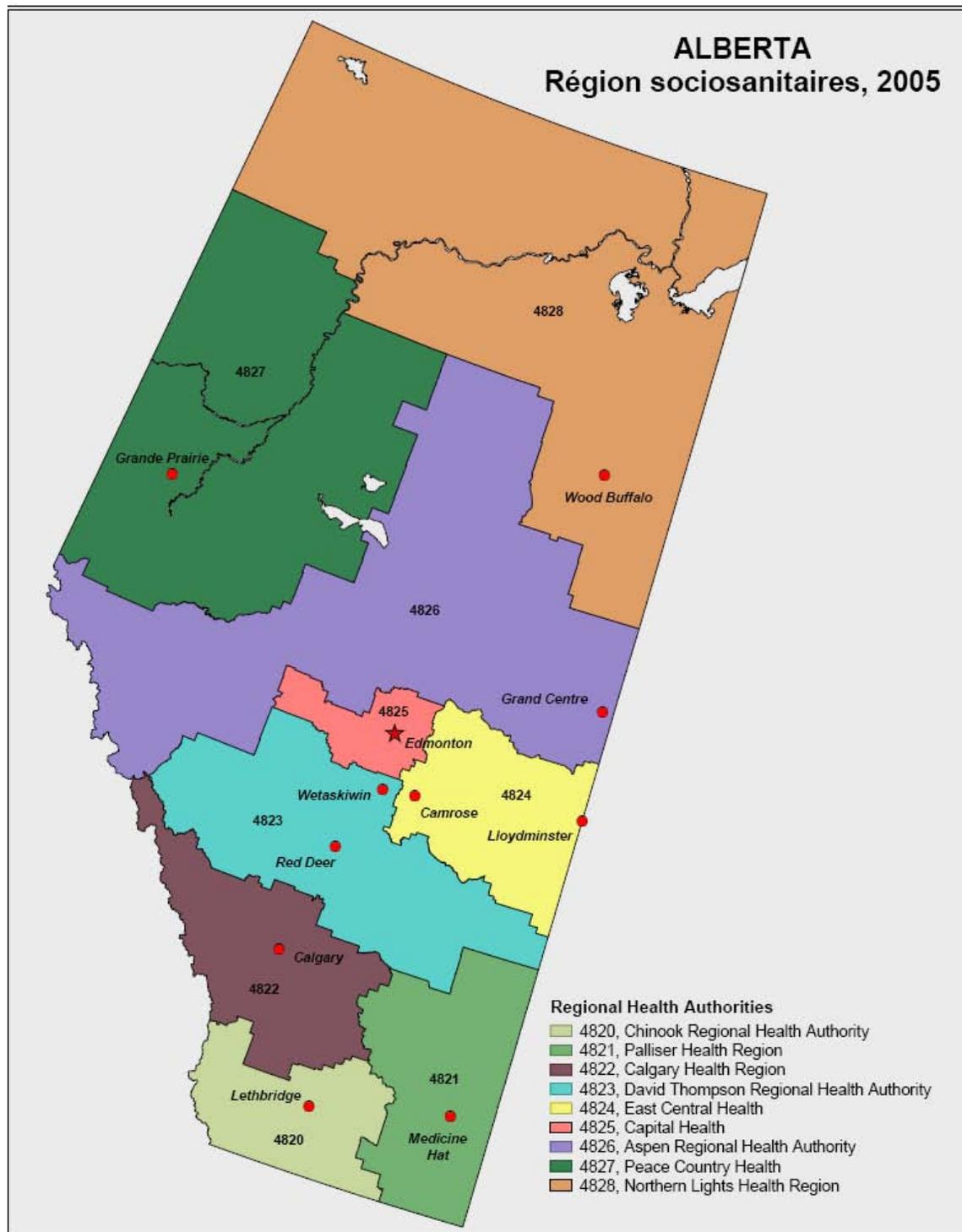
Carte 16
Regional Health Authorities, Saskatchewan régions
sociosanitaire, 2005



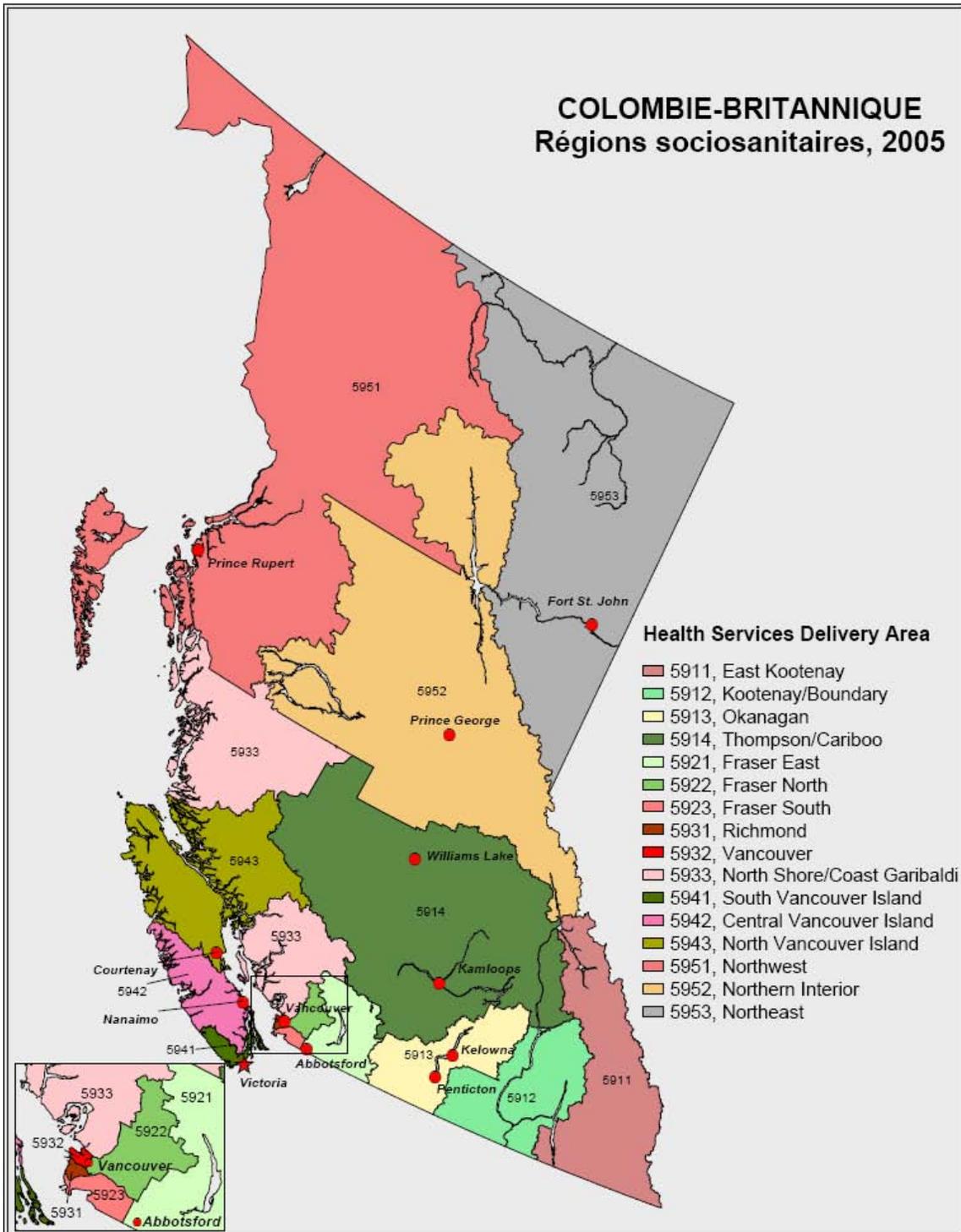
Carte 17 Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaire, 2003



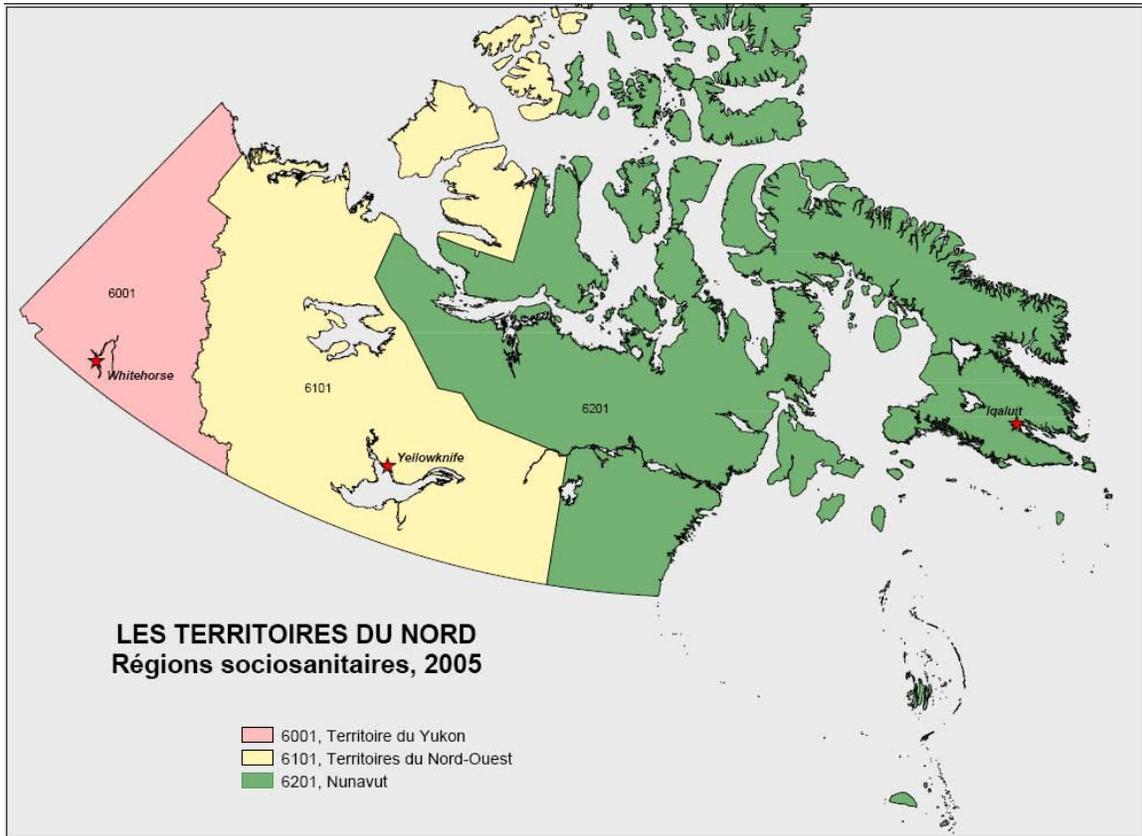
Carte 18
Regional Health Authorities, Alberta régions sociosanitaire, 2005



Carte 19 Health Service Delivery Areas, Colombie-Britannique régions socio-sanitaire, 2005



Carte 20 Territoires du Nord régions sociosanitaire, 2005



Carte 21 Régions sociosanitaire et groupes homologues au Canada, 2005

