

N° 82-221-X au catalogue

Indicateurs de la santé

2008



Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostats@statcan.ca ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

Programme des services de dépôt

Service de renseignements	1-800-635-7943
Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-221-X 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 » > « Publications Internet gratuites ».

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 que les employés observent. 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 sur le site www.statcan.ca sous « À propos de nous » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Indicateurs de la santé

2008

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2008

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.

Juin 2008

N° 82-221-X au catalogue, n° 1
ISSN 1496-3930

Périodicité : semestriel

Ottawa

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

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
Faits saillants	7
À propos des indicateurs de la santé	8
Quoi de neuf dans ce numéro	9
Nouveaux tableaux de données.....	9
Tableaux de données et cartes	10
Liste de cartes	12
Profils d'indicateurs de la santé	15
Selon la géographie.....	15
Régions sociosanitaires et groupes homologues.....	15
Indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).....	15
Indicateurs du Recensement.....	15
Régions métropolitaines de recensement et zones d'influence.....	15
Régions métropolitaines de recensement seulement.....	15
Régions urbaines et rurales	15
Selon des caractéristiques de la population.....	15
Peuples autochtones vivant hors-réserve	15
Immigrants.....	15
Minorités linguistiques (langue maternelle et première langue officielle parlée)	16
Régions sociosanitaires et groupes homologues	17
Changements dans les régions sociosanitaires	17
Groupes de régions sociosanitaires homologues	17
Définitions et sources de données	20
1 État de santé	20
1.1 Bien-être	20
1.2 Problèmes de santé	21
1.3 Fonction humaine.....	24
1.4 Décès	26
2 Déterminants non médicaux de la santé	33
2.1 Comportements sanitaires	33
2.2 Conditions de vie et de travail	35
2.3 Ressources personnelles.....	38
2.4 Facteurs environnementaux.....	39
3 Rendement du système de santé.....	40
3.1 Acceptabilité	40
3.2 Accessibilité.....	40
3.3 Pertinence	41
3.4 Compétence	42
3.5 Sécurité	46
4 Caractéristiques de la collectivité et du système de santé.....	48
4.1 Collectivité	48
4.2 Système de santé.....	50
4.3 Ressources	54
Qualité des données, concepts et méthodologie	56
1. Indicateurs régionaux de la santé	56
1.1 Estimations démographiques au niveau de la région sociosanitaire	56
2 Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil (Statistique Canada)	56
2.1 Statistiques provinciales sur l'état civil et sur le cancer	56
2.2 Indicateurs régionaux fondés sur les statistiques de l'état civil.....	57
3 Indicateurs fondés sur l'incidence du cancer (Statistique Canada)	63
3.1 Incidence du cancer	63
4 Indicateurs fondés sur les enquêtes de Statistique Canada.....	64
4.1 Enquête nationale sur la santé de la population	64

4.2	Enquête nationale sur la santé de la population - volet 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)	67
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'hospitalisation (ICIS)	69
8.2	Données sur les médecins (ICIS)	70
	Estimations démographiques	71
	Méthode appliquée par Statistique Canada	71
	Méthodes appliquées par les provinces	72
	Notes de renvois	74
	À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	75
	Annexe A – Tableaux	76
	Tableau A1 Cartes de référence des régions sociosanitaires	76
	Tableau A2 Sommaire des changements aux codes, noms et limites des régions sociosanitaires, 2005 et 2007	78
	Tableau A3 Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2007	83
	Tableau A4 Sommaire des groupes homologues et les caractéristiques principales	86
	Annexe B – Cartes	88
	Carte B1 Terre-Neuve-et-Labrador, Régions sociosanitaires	88
	Carte B2 Île-du-Prince-Édouard, Régions Sociosanitaires	89
	Carte B3 Nouvelle-Écosse, Régions Sociosanitaires	90
	Carte B4 Nouvelle-Écosse, Régions Sociosanitaires	91
	Carte B5 Nouveau-Brunswick, Régions Sociosanitaires	92
	Carte B6 Québec, régions sociosanitaires	93
	Carte B7 Nord de l'Ontario, Régions Sociosanitaires	94
	Carte B8 Sud de l'Ontario, Régions Sociosanitaires	95
	Carte B9 Ontario, Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), régions sociosanitaires	96
	Carte B10 Manitoba, Régions Sociosanitaires	97
	Carte B11 Saskatchewan, Régions Sociosanitaires	98
	Carte B12 Alberta, Community Health Regions, Regional Health Authorities, régions sociosanitaires	99
	Carte B13 Colombie-Britannique, Régions Sociosanitaires	100
	Carte B14 Les Territoires du Nord, Régions Sociosanitaires	101
	Carte B15 Régions sociosanitaires et groupes homologues au Canada	102

Introduction

Fournissant 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.

Faits saillants

Cette section fournit des liens aux analyses se rapportant aux dernières données liées aux indicateurs disponibles. Ces articles sont publiés par Statistique Canada (www.statcan.ca) ainsi que dans le rapport annuel de l'ICIS(www.cihi.ca) :

Point de mire; les articles suivants paraissent dans le présent numéro :

Indicateurs de la santé de 2008 – Point de mire : taux d'hospitalisations en raison de à la suite de conditions propices aux soins obligatoires ambulatoires

Rapports sur la santé et articles du Quotidien de Statistique Canada (voir le Quotidien, 18 juin, 2008)

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
Les Canadiens sédentaires
Temps passé devant l'écran

D'autres articles sur divers sujets sont publiés dans *Rapports sur la santé*, revue mensuelle de Statistique Canada qui porte sur les recherches concernant la santé de la population et les services de santé.

Rapports sur les indicateurs de la santé de l'ICIS (Chapitres Point de mire) déjà publiés :

Indicateurs de la santé 2007 – Taux d'hospitalisations liées aux fractures de la hanche et Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (ICIS)

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.icis.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** www.icis.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

Le présent numéro coïncide avec la publication par l'ICIS et Statistique Canada du rapport Indicateurs de santé 2008 qui présente les dernières données disponibles sur le système de santé et la santé de la population dans les régions sanitaires, les provinces et les territoires du Canada. Le rapport comprend en outre une sélection de mesures de l'état de santé ainsi que les déterminants non médicaux de la santé. À partir de 2007, la série de rapports des Indicateurs de la santé comprend également des analyses explicatives de certains indicateurs (Chapitres Point de mire). Ces analyses explicatives visent à faciliter l'interprétation et l'utilisation des données en mettant en relief les caractéristiques des patients et les processus de soins clés qui ont un lien avec la variation des taux. Cette année, l'accent est mis sur les taux d'hospitalisation en raison de conditions propices aux soins ambulatoires.

La section *Faits saillants* de cette publication, qui s'affiche figure maintenant dans la barre de navigation de gauche, fournit des liens aux articles analytiques d'intérêt, y compris les rapports Indicateurs de santé de l'ICIS ainsi que les articles publiés dans les Rapports sur la santé et dans Le Quotidien portant sur les données de l'ESCC diffusées par Statistique Canada.

Ce numéro annonce la diffusion (à venir) des dernières données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sur lesquelles s'appuient de nombreux indicateurs. Un nouveau tableau des profils d'indicateurs de l'ESCC fournit des données au niveau de la région sociosanitaire portant tout particulièrement sur 20 variables « de base ». Les indicateurs fondés sur les données du Recensement de 2006 diffusés jusqu'ici sont également disponibles au niveau de la région sociosanitaire. Pour y accéder, voir la section *Profils d'indicateurs de la santé*.

À compter de cette année, l'ICIS publiera des données sur un bien plus grand nombre de régions. Les régions sanitaires qui comptent au moins 50 000 habitants figureront dans la version imprimée du rapport sur les indicateurs de santé ainsi que dans la version électronique. En outre, une série d'indicateurs pour les régions sanitaires dont la population varie de 20 000 à 50 000 habitants sera ajoutée à la version électronique. Auparavant, l'ICIS faisait état uniquement des indicateurs pour les régions qui comptaient au moins 75 000 habitants.

Nouveaux tableaux de données

L'ICIS ajoute un nouvel indicateur pour l'exercice 2006-2007, soit le taux de revascularisation cardiaque. Cet indicateur s'ajoute à la déclaration des taux d'interventions coronariennes percutanées (ICP) et de pontages aortocoronariens en fournissant une mesure des taux qui représentent l'ensemble des activités de revascularisation cardiaque pour ces deux interventions utilisées pour améliorer l'apport de sang au cœur, dans une région sanitaire, une province ou un territoire.

- Taux de revascularisation cardiaque, 2006-2007 (ICIS)
- Conditions propices aux soins ambulatoires (révision de 2006), 2006-2007 (ICIS)

En 2006-2007, la définition de l'indicateur CPSA a été révisée. Les taux des années précédentes ont été calculés selon la nouvelle définition afin de permettre d'effectuer des comparaisons dans le temps.

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 www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2008001/frame-fr.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"> • Santé perçue¹ • Changements d'une année à l'autre de l'auto-évaluation de la santé² • Estime de soi² • Santé mentale perçue¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de masse corporelle chez les adultes¹ • Indice de masse corporelle chez les jeunes³ • Changement d'une année à l'autre de l'indice de masse corporelle² • Arthrite¹ • Diabète¹ • Asthme¹ • Hypertension¹ • Douleurs ou malaises empêchant des activités¹ • Douleurs ou malaises selon l'intensité³ • Dépression³ • Faible poids à la naissance¹ • Incidence du cancer • Hospitalisation à la suite d'une blessure (ICIS)¹ • Blessures² 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé fonctionnelle² • Jours d'incapacité en deux semaines² • Participation et limitation des activités¹ • Espérance de vie sans limitation d'activité • Espérance de vie ajustée sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité infantile¹ • Mortalité périnatale¹ • Espérance de vie¹ • Décès, toutes causes confondues et selon certaines causes • Années potentielles de vie perdues
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 fumeur¹ • Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac² • Fréquence de la consommation d'alcool¹ • Activité physique durant les loisirs¹ • Changement d'une année à l'autre du niveau d'activité physique² • Allaitement³ • Consommation de fruits et légumes¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Titulaire d'un diplôme d'études secondaires¹ • Titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires¹ • Taux de chômage chez les adultes et les jeunes¹ • Taux de chômage de longue durée¹ • Taux de faible revenu • Enfants dans les familles à faible revenu • Revenu personnel moyen • Part médiane des revenus • Revenu provenant de transferts gouvernementaux • Abordabilité du logement • Latitude de décision au travail² • Incidence de la criminalité² • Adultes et jeunes accusés² 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'appartenance à la communauté locale¹ • Soutien social² • Stress perçu dans la vie¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la fumée secondaire à la maison¹ • Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics¹

Rendement du système de santé			
Acceptabilité	Accessibilité	Pertinence	Compétence
<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des patients et évaluation de la qualité du service reçu² 	<ul style="list-style-type: none"> Vaccination contre la grippe¹ Mammographie de dépistage² Test de Pap (Papanicolaou)² Médecin régulier¹ Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (ICIS)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Césariennes (ICIS)¹ 	
Continuité	Efficacité	Efficience	Sécurité
	<ul style="list-style-type: none"> Conditions propices aux soins ambulatoires (ICIS)¹ Mortalité dans les 30 jours (ICIS)¹ Réadmissions (ICIS)¹ 		<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisations liées à une fracture de la hanche (ICIS)¹ Fractures de la hanche à l'hôpital (ICIS)¹
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé			
Collectivité	Système de santé	Ressources	
<ul style="list-style-type: none"> Estimations de la population¹ Densité de la population¹ Rapport de dépendance¹ Personnes vivant en régions urbaine et rurale¹ Autochtones¹ Immigrants¹ Mobilité des migrants internes¹ Zones d'influence des régions métropolitaines (ZIM)¹ Familles monoparentales¹ Minorités visibles¹ Grossesse chez l'adolescente² 	<ul style="list-style-type: none"> Ratio d'entrées et de sorties (ICIS)¹ Pontage aortocoronarien par greffe (ICIS)¹ Intervention coronarienne percutanée (ICIS)¹ Revascularisation cardiaque (ICIS)¹ Arthroplastie de la hanche (ICIS)¹ Arthroplastie du genou (ICIS)¹ Hystérectomie (ICIS)¹ Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle² Consultation d'un médecin¹ Consultation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale² Consultation de spécialistes des soins dentaires² 	<ul style="list-style-type: none"> Médecins (ICIS)¹ 	
<p>Note(s) :</p> <ol style="list-style-type: none"> On a mis à jour l'indicateur à partir des données les plus récentes disponibles. Les données sont disponibles à l'échelle provinciale/territoriale ou pour seulement certaines régions sociosanitaires. Cet indicateur n'est pas mise-à-jour dû à des problèmes de qualité des données. <p>Source(s) : Statistique Canada, Institut Canadien d'information sur la santé</p>			

Liste de cartes

Pour visualiser les cartes, voir www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2008001/tblmaps/maps-fr.htm.

Cartes de référence – Régions sociosanitaires, par les provinces et les territoires

Terre-Neuve-et-Labrador
Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse par Zone
Nouvelle-Écosse par DHA
Nouveau-Brunswick
Québec, régions sociosanitaires
Ontario, circonscriptions sanitaires – Nord de l'Ontario
Ontario, circonscriptions sanitaires – Sud de l'Ontario
Ontario par réseau local d'intégration des services de santé (RISS)
Manitoba
Saskatchewan
Alberta
Colombie-Britannique
Les Territoires du Nord
Groupes de régions sociosanitaires et homologues au Canada

Cartes thématiques – Section des tableaux de données en ordre alphabétique

A

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)
Activité physique durant les loisirs par région sociosanitaire, 2005
APVP pour les décès dus à des blessures accidentelles par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus à tous les types de cancer (tumeurs malignes) par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au cancer de la prostate par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au cancer du côlon et du rectum par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au cancer du poumon par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au cancer du sein chez la femme par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au SIDA par région sociosanitaire, 2001
APVP pour les décès dus au suicide et aux blessures auto-infligées par région sociosanitaire, 2001
APVP pour toutes les causes de décès par région sociosanitaire, 2001
Arthrite ou rhumatisme par région sociosanitaire, 2005
Asthme par région sociosanitaire, 2005
Auto-évaluation de la santé mentale par région sociosanitaire, 2005
Auto-évaluation de la santé par région sociosanitaire, 2005

B

Bébés de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) par région sociosanitaire, 2001
Blessures par région sociosanitaire, 2005

C

Consultation de spécialistes des soins dentaires par région sociosanitaire, 2005
Consultation des praticiens en médecine non traditionnelle par région sociosanitaire, 2005
Consultation d'un médecin par région sociosanitaire, 2005

D

Décès dus à des blessures accidentelles par région sociosanitaire, 2001
Décès dus à la bronchite, à l'emphysème et à l'asthme par région sociosanitaire, 2001
Décès dus à la pneumonie et à la grippe par région sociosanitaire, 2001
Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au cancer (tumeurs malignes) par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au cancer de la prostate par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au cancer du côlon et du rectum par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au cancer du poumon par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au cancer du sein chez la femme par région sociosanitaire, 2001
Décès dus au SIDA
Décès dus au suicide et aux blessures auto-infligées par région sociosanitaire, 2001
Décès dus aux cardiopathies ischémiques par région sociosanitaire, 2001
Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire par région sociosanitaire, 2001
Décès dus aux maladies vasculaires cérébrales par région sociosanitaire, 2001
Décès, toutes les causes confondues et selon certaines causes par région sociosanitaire, 2001
Densité de la population – Nombre d'habitants par kilomètre carré par région sociosanitaire, recensement 2001
Densité de la population – Nombre d'habitants par kilomètre carré par région sociosanitaire, recensement 2006
Diabète par région sociosanitaire, 2005

E

Espérance de vie à la naissance par région sociosanitaire, 2001
Espérance de vie à 65 ans par région sociosanitaire, 2001
Espérance de vie ajustée sur la santé à 65 ans par région sociosanitaire, 1996
Espérance de vie ajustée sur la santé à la naissance par région sociosanitaire, 1996
Espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans par région sociosanitaire, 1996
Espérance de vie sans limitation d'activité à la naissance par région sociosanitaire, 1996
Exposition à la fumée secondaire à la maison par région sociosanitaire, 2005
Exposition à la fumée secondaire dans des véhicules ou des lieux publics par région sociosanitaire, 2005
Fréquence de consommation d'alcool par région sociosanitaire, 2005

G

Genre de fumeur par région sociosanitaire, 2005

H

Hypertension par région sociosanitaire, 2005

I

Inégalité du revenu – Proportion totale des revenus qui revient à la moitié inférieure des ménages par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Initiation à l'usage du tabac par région sociosanitaire, 2005

J

Jours d'incapacité en deux semaines par région sociosanitaire, 2005

M

Mammographie de dépistage par région sociosanitaire, 2005
Médecin de famille par région sociosanitaire, 2005
Mobilité des migrants internes proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente au moment du recensement précédent, par région sociosanitaire recensement, 2001
Mobilité des migrants internes proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente au moment du recensement précédent, par région sociosanitaire recensement, 2006

Mortalité infantile par région sociosanitaire, 2001
Mortalité périnatale par région sociosanitaire, 2001

O

Obésité chez les adultes par région sociosanitaire, 2005

P

Participation et limitation des activités par région sociosanitaire, 2005
Pratique d'allaitement par groupe de régions homologues, 2003
Pratique d'allaitement par province, 2003
Proportion d'Autochtones par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion d'Autochtones par région sociosanitaire, recensement 2006
Proportion de familles monoparentales par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion de familles monoparentales par région sociosanitaire, recensement 2006
Proportion de la population appartenant à un groupe de minorités visibles par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion de la population appartenant à un groupe de minorités visibles par région sociosanitaire, recensement 2006
Proportion de la population qui vit dans une zone ZIM forte par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion de la population qui vit dans une zone ZIM forte par région sociosanitaire, recensement 2006
Proportion de la population vivant dans des zones urbaines par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion de la population vivant dans des zones urbaines par région sociosanitaire, recensement 2006
Proportion de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (25 à 54 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Proportion de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (25 à 54 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2006
Proportion de titulaires d'un diplôme d'études secondaires (25 à 29 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Proportion de titulaires d'un diplôme d'études secondaires (25 à 29 ans) par région sociosanitaire, recensement de 2006
Proportion d'enfants de 17 ans et moins vivant dans des familles à faible revenu par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Proportion des revenus gouvernementaux provenant de transferts gouvernementaux (population âgées de 15 ans et plus) par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion d'immigrants par région sociosanitaire, recensement 2001
Proportion d'immigrants par région sociosanitaire, recensement 2006

R

Revenu personnel moyen en dollars canadiens par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)

S

Sentiment d'appartenance à la communauté locale par région sociosanitaire, 2005
Stress dans la vie quotidienne par région sociosanitaire, 2005

T

Taux de chômage de longue durée (population active de 15 ans et plus) par région sociosanitaire, recensement de 2001
Taux de chômage de longue durée (population active de 15 ans et plus) par région sociosanitaire, recensement de 2006
Taux de faible revenu par région sociosanitaire, recensement 2001 (revenu 2000)
Test de Pap (Papanicolaou) par région sociosanitaire, 2005

V

Vaccination contre la grippe par région sociosanitaire, 2005

Profils d'indicateurs de la santé

Les profils sont des tableaux CANSIM qui incluent une sélection d'indicateurs de la santé pour le Canada, les provinces et territoires et pour certains niveaux de géographie et caractéristiques de la population. La source principale des données des profils est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et le recensement.

Selon la géographie

Régions sociosanitaires et groupes homologues

Indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

- 2007 Tableaux CANSIM, IVT et xls, selon l'âge et sexe
- 2007, 2005 et 2003 Tableaux CANSIM, IVT et xls
- 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Indicateurs du Recensement

- 2006 Tableaux CANSIM et IVT
- 2001 Tableaux CANSIM et IVT
- 1996 Tableaux CANSIM et IVT

Régions métropolitaines de recensement et zones d'influence

- 2005 Tableau CANSIM et tableau IVT

Régions métropolitaines de recensement seulement

- 2003 Tableaux CANSIM et IVT
- 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Régions urbaines et rurales

- 2003 Tableaux CANSIM et IVT
- 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Selon des caractéristiques de la population

Peuples autochtones vivant hors-réserve

- 2005 Tableaux CANSIM et IVT
- 2003 et 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Immigrants

- 2003 et 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Minorités linguistiques (langue maternelle et première langue officielle parlée)

- 2003 et 2000 Tableaux CANSIM et IVT

Régions sociosanitaires 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 – Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2007.

Changements dans les régions sociosanitaires

Depuis juin 2005, seuls des changements mineurs ont été faits dans quelques régions sociosanitaires. Voir Tableau 2 Sommaire des changements apportés aux régions sociosanitaires, 2005 et 2007 dans l'annexe pour les détails.

La publication Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement, décrit les limites des régions sociosanitaires telles que définies en décembre 2007 et leur correspondance avec la géographie des recensements de 2006 et 2001. Toutefois, de nombreux tableaux de données dans la présente publication continuent de refléter les limites en vigueur en 2005 et 2003. Ces dernières seront mises à jour au fur et à mesure que de nouveaux tableaux de données seront produits pour les numéros futurs.

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

Les données sur les groupes homologues fondées sur les limites de 2007 des régions sociosanitaires et sur les données du Recensement de 2001 sont maintenant disponibles. Il existe à l'heure actuelle neuf groupes homologues représentés par les lettres A à I.

Voir Tableau 3 Groupes de régions sociosanitaires homologues 2007.
Voir Tableau 4 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 homologues est donné dans Groupes de régions sociosanitaires homologues – document de travail, 2000 et Groupes de régions sociosanitaires homologues – document de travail, 2003.

Depuis la création des groupes homologues, les limites géographiques des régions sociosanitaires ont changé assez peu. Le fait nouveau le plus important a été l'établissement de régies 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. 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 régies 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. La répartition des régions sociosanitaires à l'intérieur des différents groupes homologues a changé légèrement en 2007 dû au remaniement des régions sociosanitaires (RSS) à l'île-du-Prince-Édouard. Ceci peut affecter la comparabilité des données de 2007 à celles de 2005 et 2003 pour les groupes homologues suivants : A, C, D, I.

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 2007. 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 et sources de données

Statistique Canada obtient les données des indicateurs de sources variées, comme l'Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS)

Les définitions sont présentées selon le cadre conceptuel des **Indicateurs de la santé**.

1 État de santé

1.1 Bien-être

Santé perçue

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, volet ménages et volet nord) qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais.

La santé perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'un interview par procuration, la perception de la personne qui répond. La santé réfère non seulement à l'absence de maladie ou de blessure mais aussi à un bien être physique, mental et social.

Source(s) :

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

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 la 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, volet ménages 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(s) :

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

Santé mentale perçue

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçu fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse.

Source(s) :

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

1.2 Problèmes de santé

Indice de masse corporelle chez les adultes

Note(s) : 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. Il 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). Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

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 embonpoint = 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.

L'indice est : inférieur à 18,5 (poids insuffisant), 18,5 à 24,9 (poids normal), 25,0 à 29,9 (embonpoint); 30,0 à 34,9 (obésité - classe I); 35,0 à 39,9 (obésité - classe II); 40 et plus (obésité - classe III).

Source(s) :

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

Indice de masse corporelle chez les jeunes

Définition :

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

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

L'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.

Source(s) :

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

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

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.

Source(s) :

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

Arthrite

Définition :

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

Source(s) :

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

Diabète

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé. Le diabète comprend les femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités.

Asthme

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.

Source(s) :

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

Hypertension

Définition :

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

Source(s) :

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

Douleurs ou malaises empêchant des 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, volet ménages et volet nord) qui ont déclaré avoir des douleurs ou malaises qui empêchent des activités.

Source(s) :

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

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, volet ménages et volet 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

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 ICISI.

Source(s) :

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

Le faible poids à la naissance est un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement.

Source(s) :

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.

Code de sites spécifiques: 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(s) :

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 (ICIS)

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.

Une blessure est identifiée par le code de cause extérieure de traumatisme et un diagnostic de type « 9 » :

CIM-9 ou CIM-9-CM :

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

CIM-10-CA :

V01 à V06, V09 à V99, W00 à W45, W46, W49 à W60, W64 à W70, W73 à W77, W81, W83 à W94, W99, X00 à X06, X08 à X19, X30 à X39, X50, X52, X58, X59, X70 à X84, X86, X91 à X99, Y00 à Y05, Y07 à Y09, Y20 à 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(s) :

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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet 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, volet 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).

Source(s) :

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

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.

Source(s) :

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, volet ménages fichier santé et volet nord.

Participation et limitation des activités

Note(s) : 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 ont déclaré 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.

Source(s) :

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

Espérance de vie sans limitation d'activité

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 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.

Source(s) :

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.

Espérance de vie ajustée sur la santé

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 ».

Source(s) :

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.

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(s) :

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.

Source(s) :

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) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), 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(s) :

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.

Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et les années subséquentes disponibles. Les causes 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 121 et 122 de la CIM-10 ou code 410 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes 160 à 169 de la CIM-10 ou codes 430 à 438 de la CIM-9), tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 160 à 166 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.

Source(s) :

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 et selon certaines causes

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(s) :

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.

Source(s) :

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 chez la 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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

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 classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé reliées CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et les années subséquentes disponibles, les causes sont classifiées selon la 10^{ième} révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé reliés (CIM-10). Les APVP de niveau provincial ont été calculées pour les suicides et les blessures accidentelles pour les années 2000 et 2001 seulement. 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).

Source(s) :

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 APVP, 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.

Source(s) :

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), cancer du sein chez la femme (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.

Source(s) :

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 APVP, 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.

Source(s) :

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 APVP, 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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

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 (APVP) 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.

Source(s) :

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 l'infection par le virus de l'immunodéficience (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 APVP, 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.

Source(s) :

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

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). Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet 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(s) :

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

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.

Source(s) :

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 par mois 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet nord.

Activité physique durant les loisirs

Définition :

Personnes de 12 ans ou plus qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet 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.

Source(s) :

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(s) : 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.

Source(s) :

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

Consommation de fruits et légumes

Définition :

Personnes de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de fois par jour qu'elles consomment des fruits et légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Source(s) :

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

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 ou l'équivalent.

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source(s) :

Statistique Canada, Recensements de 2006.

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 2006.

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.

Le taux de chômage est une mesure classique de l'activité économique. Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes occupées.

Source(s) :

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 2005 et 2006 pour le Recensement de 2006).

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

Taux de faible revenu

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

Enfants dans les familles à faible revenu

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

Revenu personnel moyen

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

Part médiane des revenus

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001, totalisation spéciale.

Revenu provenant de transferts gouvernementaux

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

Abordabilité du logement

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(s) :

Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001.

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(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon transversal, volet ménages fichier santé.

Incidence de la criminalité

Définition :

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

Source(s) :

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'infractions commise.

Source(s) :

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 ont déclaré avoir un 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(s) :

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

Soutien social (Enquête nationale sur la santé de la population)

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(s) :

Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, volet ménages fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, volet 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(s) :

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

Stress perçu dans la vie

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré le stress perçu, qui réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que perçu par la personne ou dans le cas d'un interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Source(s) :

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

2.4 Facteurs environnementaux

Note(s) : 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 fumait dans leur logement tous les jours ou presque tous les jours.

Source(s) :

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

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(s) :

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

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.

Source(s) :

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

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 déclaré quand elles avaient reçu leur dernier vaccin contre la grippe.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet ménages fichier santé.

Mammographie de dépistage

Définition :

Femmes de 50 à 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, volet ménages 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet nord.

Médecin régulier

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(s) :

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

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

Définition :

Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (le jour même ou le lendemain)
Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain : proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée ou le lendemain de leur admission, ajustée selon le risque.

Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (le jour même, le lendemain ou le surlendemain)

Proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain : proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée, le lendemain ou le surlendemain de leur admission, ajustée selon le risque.

Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca/indicateurs 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.

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

Source(s) :

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 641 à 676 dont le cinquième caractère sont « 1 » ou « 2 »; 650 ou V27.

II. CIM-10-CA

Les codes de diagnostic O10 à O16, O21 à O29, O30 à O37, O40 à O46, O48, O60 à O69, O70 à O75, O85 à O89, O90 à 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^{^^} ou 5.CA.93^{^^}.

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

I. CCA*

Les codes de diagnostic 86.0 à 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, antécédentes, hors hôpital et abandonnées en cours d'intervention.

Source(s) :

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

3.4 Compétence

Conditions propices aux soins ambulatoires (ICIS)

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 Billings, M. et de ses collègues (consultez Billings, J., Zeital, L., Lukomnik, J., Carey, T. S., Blank, A. E., Newman, L., « Impact of socio-economic status on hospital use in New York City », *Health Affairs*, printemps 1993, pages 162 à 173; Billings, J., Anderson, G. M., Newman, L. S., « Recent findings on preventable hospitalizations », *Health Affairs*, vol. 15, n° 3 (1996), pages 239 à 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/indicateurs).

L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins de santé primaires 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.

Depuis l'année de données 2006-2007, la définition de l'indicateur Conditions propices aux soins ambulatoires a été précisée. Le composant diabète ne comprendra que le diabète avec complications à court terme ou le diabète sans mention de complications; les composants angine, hypertension et insuffisance cardiaque excluront les cas où l'on a enregistré une intervention cardiaque. Les taux des années précédentes ont été calculés selon la nouvelle définition afin de permettre d'effectuer des comparaisons dans le temps.

Source(s) :

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

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'infarctus aigu du myocarde (CIAM).

Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca/indicateurs 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 de mortalité rajustés suivant un iam peuvent refléter, entre autres, l'efficacité initiale du traitement et la qualité des soins. 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 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 collecte de données.

Source(s) :

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 (AVC).

Veuillez consulter les Notes techniques à l'adresse www.icis.ca/indicateurs 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 collecte de données.

Source(s) : 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 infarctus aigu du myocarde (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/indicateurs pour obtenir de plus amples renseignements.

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

Source(s) :

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/indicateurs pour obtenir de plus amples renseignements.

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

Source(s) :

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.

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

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

Source(s) :

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.

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

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

Source(s) :

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 (ICIS)

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 à 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.

Source(s) :

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

Fractures de la hanche à l'hôpital (ICIS)

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.

Cet indicateur, proposé par la *Agency for Healthcare Research and Quality* 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.

Depuis 2005, les **taux de fracture de la hanche à l'hôpital** sont soumis par la province ou territoire où l'hospitalisation a lieu plutôt que par la province ou territoire de résidence du patient. Grâce à ce changement, l'indicateur reflète mieux le concept de la sécurité du patient dans les hôpitaux. De plus, le modèle d'ajustement selon les risques a été modifié afin de correspondre à l'effet des facteurs d'ajustement. Ces changements peuvent avoir une incidence sur la comparabilité des taux avec ceux qui figurent dans les rapports précédents sur les indicateurs de santé.

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

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

Source(s) :

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.

Source(s) :

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.

Source(s) :

Statistique Canada, Recensements de 2006 et Division de la géographie (totalisations spéciales).

Rapport de dépendance

Définition :

Rapport entre la population combinée d'enfants âgée entre 0 à 19 ans) et de personnes âgées de 65 ans et plus et la population âgée entre 20 à 64 ans. Ce rapport est 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 20 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.

Source(s) :

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 régions 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(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006.

Autochtones

Définition :

La population ayant une identité autochtone 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006 études de la couverture des recensements de 1996 et de 2001, Division de la démographie (estimations de la population).

Immigrants

Définition :

Personnes ayant le statut d'immigrant reçu au Canada, ou l'ayant déjà eu. Un immigrant reçu est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Certains immigrants résident au Canada depuis un certain nombre d'années, alors que d'autres sont arrivés récemment. La plupart des immigrants sont nés à l'extérieur du Canada, mais un petit nombre d'entre eux sont nés au Canada.

Des études 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006.

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(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006.

Zones d'influence des régions métropolitaines (ZIM)

Définition :

Une zone d'influence des régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement (ZIM) 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006 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(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006.

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(s) :

Statistique Canada, Recensement de 2006.

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.

Source(s) :

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 (ICIS)

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^{^^}; 1.IJ.54.GQ-AZ; 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 : 80.2 à 80.6[^], codes de la CCI : 1.RM.89[^], 1.RM.91[^], 1.RM.87.BA-GX, 1.RM.87.CA-GX, 1.RM.87.DA-GX, 1.RM.87.LA-GX et code d'attribut d'étendue : « SU »).

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.

Source(s) :

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 Acute Care Database, Alberta Ambulatory Care Database.

Pontages aortocoronariens par greffe (ICIS)

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. Les variations dans l'étendue de l'utilisation de l'ICP peuvent causer des variations dans les taux de pontages aortocoronariens.

Source(s) :

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

Interventions coronariennes percutanées (ICIS)

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[^], 1.IJ.54.GQ-AZ).

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'est-à-dire, intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) dépend de nombreux facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, 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.

Source(s) :

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.;

Revascularisation cardiaque (ICIS) *Nouveau

Définition :

Taux ajusté selon l'âge de pontages aortocoronariens pratiqués sur des patients hospitalisés en soins de courte durée ou 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 ou plus.

(Codes de la CCA : 48.1^, 48.02^, 48.03^; Codes de la CCI : 1.IJ.76^^, 1.IJ.50^^, 1.IJ.57.GQ^^, 1.IJ.54.GQ-AZ)

Le choix de la méthode de revascularisation (c'est-à-dire, intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) dépend de divers facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, 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. Le taux combiné de revascularisation cardiaque représente l'ensemble des activités de revascularisation cardiaque dans une région sanitaire, une province ou un territoire.

Source(s) :

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.

Arthroplasties de la hanche (ICIS)

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.

Source(s) :

Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; Alberta Health and Wellness, Alberta Acute Care Database.

Arthroplasties du genou (ICIS)

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.

Source(s) :

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 Acute Care Database, Alberta Ambulatory Care Database.

Hystérectomie (ICIS)

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 : 80.2[^] à 80.6; Code de la CCI : 1.RM.89[^], 1.RM.91[^], 1.RM.87.BA-GX^{**}, 1.RM.87.CA-GX^{**}, 1.RM.87.DA-GX^{**}, 1.RM.87.LA-GX^{**}.)

** Ces codes d'intervention n'ont été inclus que s'ils étaient accompagnés de l'attribut d'étendue « SU »

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.

Depuis 2006-2007, les taux d'hystérectomies comprennent les hystérectomies totales et partielles, comme c'était le cas dans les déclarations antérieures à 2001-2002. L'hystérectomie partielle n'était pas identifiée séparément dans les versions de 2001 et 2003 de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Pour cette raison, les taux d'hystérectomies déclarées entre 2001-2002 à 2005-2006 ne comprenaient que les hystérectomies totales. Depuis la version de 2006 de la CCI, il est à nouveau possible de signaler les hystérectomies partielles. Dans les provinces et territoires ayant des volumes élevés d'hystérectomies partielles, cette modification pourrait influencer sur la comparabilité des données avec les années précédentes.

Depuis 2005-2006, cet indicateur inclut les chirurgies d'un jour. Toutefois, en raison du faible nombre de telles chirurgies, cette modification n'influera pas sur la comparabilité avec les années antérieures.

Source(s) :

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.

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 « rolfers », les herboristes, les réflexologues, les guérisseurs spirituels, les guérisseurs religieux.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet nord.

Consultation d'un médecin

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé; Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon transversal, volet 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.

Source(s) :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, volet ménages fichier santé et volet 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'est-à-dire, 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.

Note(s) : 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(s) :

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.

En ce qui concerne les indicateurs produits par Statistique Canada 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 Yatthe Regional Health Authority (4712) pour former une région nommée « Athabasca/Keewatin/Mamawetan (4714) ».

En ce qui concerne les indicateurs produits par l'ICIS, les données des régions qui comptent au moins 20 000 habitants sont présentés.

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).

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.

Tableau 5
Taux normalisés selon l'âge (taux comparatifs)

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

Source(s) : 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.

Note(s) : 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 le 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,

$$\sigma_{EVSA} = \sqrt{(1.0)^2 \cdot (\sigma_{LE_{state1}})^2 + (0.8)^2 \cdot (\sigma_{LE_{state2}})^2 + (0.65)^2 \cdot (\sigma_{LE_{state3}})^2 + (0.5)^2 \cdot (\sigma_{LE_{state4}})^2}$$

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).

Tableau 6
Taux d'années potentielles de vie perdues

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 suit :

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

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/3231_f.htm pour la base de données sur les naissances et www.statcan.ca/francais/sdds/3233_f.htm 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 (par exemple, 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 juin 2007, la Classification internationale des maladies oncologiques 3^{ième} édition (CIM-O-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, calculée en fonction de l'estimation de la population correspondant à l'année médiane. Les titres de tableau associés à ces données reflètent le point moyen de la période de trois ans sur laquelle on fait la moyenne.
- 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/3207_f.htm.

4 Indicateurs fondés sur les enquêtes de Statistique Canada

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 et 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 cycle) 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 - volet nord

Statistique Canada a réalisé le volet du nord de l'Enquête nationale sur la santé de la population 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/Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 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, 1994-1995 :

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 1994-1995, 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 \(volet ménages\)](#) ou l'[ENSP \(volet nord\)](#).

4.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Des informations détaillées sur l'[Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes](#).

Qualité des données

Catégorie « Sans objet »

Les taux des indicateurs de santé fondés sur les données de l'ESCC incluent les « sans objet » dans le dénominateur. « Sans objet » réfère à la non-réponse et inclut les catégories de réponse « refus », « ne sais pas » et « sans objet ». Cette approche assure une méthodologie cohérente pour tous les indicateurs de l'ESCC. Toutefois, les taux publiés dans les *Rapports sur la santé* de Statistique Canada sont généralement calculés en excluant les « sans objet » du dénominateur. Ceci explique les différences possibles entre les données publiées dans les *Rapports sur la santé* et celles des *Indicateurs de santé*.

Indicateur de médecin régulier :

En 2005 et 2003, en français, l'indicateur se limitait aux médecins de famille. En 2007, il a été élargi pour devenir « médecin régulier », qui inclut les médecins de famille.

Indicateur de dépression :

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 : [Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes](#).

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'est-à-dire, 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 (par exemple, 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/3302_f.htm

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 décembre 2007.

- 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 de l'aire de diffusion (AD), 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/3701_f.htm

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 décembre 2007.

Pour plus de renseignements sur les concepts du recensement, veuillez consulter le Dictionnaire du Recensement de 2006, no. [92-566-XWF](#) 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'hospitalisation (ICIS)

- Sauf avis contraire, les données sont présentées en fonction de la région de résidence du patient et non de la région dans laquelle a eu lieu l'hospitalisation. Par conséquent, les chiffres reflètent l'expérience d'hospitalisation des résidents de la région où ils sont traités, par opposition à l'activité globale des hôpitaux d'une région (qui soignent aussi des gens de l'extérieur de la région).
- Le taux de fractures de la hanche à l'hôpital est soumis par la province ou territoire où l'hospitalisation a lieu plutôt que par la province ou territoire de résidence du patient.
- Les données à l'échelle des régions sanitaires des provinces et des territoires ont été produites à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP). Les enregistrements dont les codes postaux sont invalides, manquants ou partiels ne sont pas compris dans les taux régionaux; cependant, les enregistrements dont les codes postaux sont partiels sont compris dans les taux provinciaux. Les limites sont celles qui étaient en vigueur en décembre 2007.
- L'absence de codes postaux complets du Québec peut jouer sur les taux des régions frontalières. De plus, étant donné que les données du Québec pour l'exercice 2006-2007 n'étaient pas disponibles au moment de cette publication, les enregistrements des résidents d'autres provinces hospitalisés au Québec en 2005-2006 ne sont pas compris dans les taux de leur province ou région de résidence.
- 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.
- Sauf avis contraire, les hospitalisations englobent les congés et les décès des patients dans des établissements de soins de courte durée pour la période de référence. Les cas de chirurgie d'un jour (patients externes) sont compris dans plusieurs indicateurs (voir la section **Définitions, sources de données et méthodes** pour connaître les exceptions). Les patients admis à un hôpital autre que celui de soins de courte durée (p. ex. établissement de soins chroniques, psychiatrique ou de réadaptation) ne sont généralement pas comptabilisés.
- 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 ne sont pas disponibles.

- 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 au www.icis.ca/indicateurs.
- 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'est-à-dire, 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.

Note(s) : 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(s) : Base de données médicales Scott's, ICIS.

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 2006. 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-XIF 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 (RSS)**

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 le Service à la clientèle au 613-951-2320 ou composez sans frais le 1-866-767-5611 (demographie@statcan.ca), Division de la démographie. Télécopieur : 613-951-2307.

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 *Alberta 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.

- **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.

Notes de renvois

1. Greville TNE. Short methods of constructing abridged life tables. The Record of American Institute of Actuaries 1943; 32(65) : pages 29 à 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, no 3, pages 15 à 22.
3. Spiegelman, M. Introduction to Demography, Revised Edition, Cambridge Massachusetts , Harvard University Press, 1968, page 113, formule 4.29.
4. J.L. Fleiss, Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed, Wiley and Sons, N.Y., 1981. page 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) : pages 347 à 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, page 371.
11. J.R.H. Charlton, « Avoidable deaths and diseases as monitors of health promotion », dans Measurement in health promotion and protection, pages. 467 à 479, Copenhagen 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, pages 195 à 212, Copenhagen et Albany , N.-Y., Organisation mondiale de la santé et Association internationale d'épidémiologie, 1987.

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 ICIS au www.icis.ca.

Annexe A – Tableaux

Tableau A1
Cartes de référence des régions sociosanitaires

Province/Territoire	2007	
	Régions sociosanitaires et cartes	Unités
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	Regional Integrated Health Authorities	4
Île-du-Prince-Édouard ²	Health Region	4
Nouvelle-Écosse ³	Zones	6
	District Health Authorities (DHA)	9
Nouveau-Brunswick	Régions sociosanitaires	7
Québec	Régions sociosanitaires (RSS) (changement de noms seulement)	18
Ontario ⁴	Health Units Nord (PHU)	36
	Public Health Units Sud (PHU)	
	Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	14
Manitoba ⁵	Regional Health Authorities	11
Saskatchewan ⁵	Regional Health Authorities	13
Alberta ⁶	Regional Health Authorities	9
Colombie-Britannique	Health Service Delivery Areas	16
Territoire du Yukon	Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1
Territoires du Nord-Ouest	Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1
Nunavut	Territoires du Nord, régions sociosanitaires, 2005	1
Canada ^{2, 3, 4, 5} , 2007	Régions sociosanitaires et les groupes homologues	Tous les régions sociosanitaires et les neuf groupes homologues

Notes:

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 ».

Province/Territoire	2007	
	Régions sociosanitaires et cartes	Unités
	<p>4. Les <i>Public Health Units</i> (PHU) gèrent les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les <i>District Health Councils</i> (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.</p> <p>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.</p> <p>Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la <i>Churchill Regional Health Authority</i>, du Manitoba (4690), a été fusionnée avec la <i>Burntwood Regional Health Authority</i> (4680) pour former une région appelée <i>Burntwood/Churchill</i> (4685) et • l'<i>Athabasca Health Authority</i> (4713), de la Saskatchewan, a été fusionnée avec la <i>Mamawetan Churchill River Regional Health Authority</i> (4711) et avec la <i>Keewatin Yatthe Regional Health Authority</i> (4712) pour former une région appelée <i>Athabasca/Keewatin/Mamawetan</i> (4714). <p>6. En Alberta, une modification est entrée en vigueur en décembre 2003 touchant la frontière entre la <i>Calgary Health Region</i> et la <i>David Thompson Regional Health Authority</i>.</p>	
	Source(s) : Statistique Canada.	

Tableau A2
Sommaire des changements aux codes, noms et limites des régions
sociosanitaires, 2005 et 2007

2005	2007
Terre-Neuve-et-Labrador	
1011, Eastern Regional Integrated Health Authority	aucun changement
1012, Central Regional Integrated Health Authority	aucun changement
1013, Western Regional Integrated Health Authority	aucun changement
1014, Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority	aucun changement
Île-du-Prince-Édouard¹	
...	1111, Île-du-Prince-Édouard
1101, West Prince	...
1102, East Prince	...
1103, Queens	...
1104, Kings	...
...	1101, Kings County
...	1102, Queens County
...	1103, Prince County
Nouvelle-Écosse²	
1201, Zone 1	aucun changement
1202, Zone 2	aucun changement
1203, Zone 3	aucun changement
1204, Zone 4	aucun changement
1205, Zone 5	aucun changement
1206, Zone 6	aucun changement
1211, District Health Authority (DHA) 1	aucun changement
1212, District Health Authority (DHA) 2	aucun changement
1213, District Health Authority (DHA) 3	aucun changement
1214, District Health Authority (DHA) 4	aucun changement
1215, District Health Authority (DHA) 5	aucun changement
1216, District Health Authority (DHA) 6	aucun changement
1217, District Health Authority (DHA) 7	aucun changement
1218, District Health Authority (DHA) 8	aucun changement
1219, District Health Authority (DHA) 9	aucun changement
Nouveau-Brunswick	
1301, Région 1	aucun changement
1302, Région 2	1302, Région 2 ³
1303, Région 3	1303, Région 3 ³
1304, Région 4	aucun changement
1305, Région 5	aucun changement

2005	2007
1306, Région 6	aucun changement
1307, Région 7	aucun changement
Québec	
2401, Région du Bas-Saint-Laurent	aucun changement
2402, Région du Saguenay–Lac–Saint-Jean	aucun changement
2403, Région de la Capitale-Nationale	aucun changement
2404, Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	aucun changement
2405, Région de l'Estrie	aucun changement
2406, Région de Montréal-Centre	aucun changement
2407, Région de l'Outaouais	aucun changement
2408, Région de l'Abitibi-Témiscamingue	aucun changement
2409, Région de la Côte-Nord	aucun changement
2410, Région du Nord-du-Québec	aucun changement
2411, Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	aucun changement
2412, Région de la Chaudière-Appalaches	aucun changement
2413, Région de Laval	aucun changement
2414, Région de Lanaudière	aucun changement
2415, Région de Laurentides	aucun changement
2416, Région de la Montérégie	aucun changement
2417, Région du Nunavik	aucun changement
2418, Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James	aucun changement
Ontario, Réseaux locaux d'intégration des services de santé	
3501, Érié St.Clair	aucun changement
3502, Sud-Ouest	aucun changement
3503, Waterloo Wellington	aucun changement
3504, Hamilton Niagara Haldimand Brant	aucun changement
3505, Centre-Ouest	aucun changement
3506, Mississauga Halton	aucun changement
3507, Toronto Centre	aucun changement
3508, Centre	aucun changement
3509, Centre-Est	aucun changement
3510, Sud-Est	aucun changement
3511, Champlain	aucun changement
3512, Simcoe-Nord Muskoka	aucun changement
3513, Nord-Est	aucun changement
3514, Nord-Ouest	aucun changement
Ontario, circonscriptions sanitaires	
3526, Circonscription sanitaire du district d'Algoma	aucun changement
3527, Circonscription sanitaire du comté de Brant	aucun changement
3530, Circonscription sanitaire régional de Durham	aucun changement
3531, Circonscription sanitaire d'Elgin-St.Thomas	aucun changement

2005	2007
3533, Circonscription sanitaire de Grey Bruce	aucun changement
3534, Circonscription sanitaire de Haldimand–Norfolk	aucun changement
3535, Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	aucun changement
3536, Circonscription sanitaire régionale de Halton	aucun changement
3537, Circonscription sanitaire de la cité de Hamilton	aucun changement
3538, Circonscription sanitaire des comtés de Hastings and Prince Edward	aucun changement
3539, Circonscription sanitaire du comté de Huron	aucun changement
3540, Circonscription sanitaire de Chatham–Kent	aucun changement
3541, Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	aucun changement
3542, Circonscription sanitaire de Lambton	aucun changement
3543, Circonscription sanitaire de Leeds, Grenville et Lanark	aucun changement
3544, Circonscription sanitaire de Middlesex–London	aucun changement
3546, Circonscription sanitaire régionale de Niagara	aucun changement
3547, Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound	aucun changement
3549, Circonscription sanitaire du Nord Ouest	aucun changement
3551, Circonscription sanitaire de la cité d'Ottawa	aucun changement
3552, Circonscription sanitaire du comté d'Oxford	aucun changement
3553, Circonscription sanitaire régionale de Peel	aucun changement
3554, Circonscription sanitaire du district de Perth	aucun changement
3555, Circonscription sanitaire du comté et de la cité de Peterborough	aucun changement
3556, Circonscription sanitaire de Porcupine	aucun changement
3557, Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	aucun changement
3558, Circonscription sanitaire de l'Est de L'Ontario	aucun changement
3560, Circonscription sanitaire du district de Simcoe Muskoka	aucun changement
3561, Circonscription sanitaire de Sudbury et son district	aucun changement
3562, Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	aucun changement
3563, Circonscription sanitaire de Timiskaming	aucun changement
3565, Circonscription sanitaire de Waterloo	aucun changement
3566, Circonscription sanitaire de Wellington Dufferin Guelph	aucun changement
3568, Circonscription sanitaire de Windsor comté d'Essex	aucun changement
3570, Circonscription sanitaire de York	aucun changement
3595, Circonscription sanitaire de la cité de Toronto	aucun changement
Manitoba	
4610, Winnipeg Regional Health Authority	aucun changement
4615, Brandon Regional Health Authority	aucun changement
4620, North Eastman Regional Health Authority	aucun changement
4625, South Eastman Regional Health Authority	aucun changement
4630, Interlake Regional Health Authority	aucun changement
4640, Central Regional Health Authority	aucun changement

2005	2007
4645, Assiniboine Regional Health Authority	aucun changement
4655, South Westman Regional Health Authority	aucun changement
4660, Parkland Regional Health Authority	aucun changement
4670, Norman Regional Health Authority	aucun changement
4685, Burntwood/Churchill Regional Health Authorities ⁴	aucun changement
Saskatchewan	
4701, Sun Country Regional Health Authority	aucun changement
4702, Five Hills Regional Health Authority	aucun changement
4703, Cypress Regional Health Authority	aucun changement
4704, Regina Qu'Appelle Regional Health Authority	aucun changement
4705, Sunrise Regional Health Authority	aucun changement
4706, Saskatoon Regional Health Authority	aucun changement
4707, Heartland Regional Health Authority	aucun changement
4708, Kelsey Trail Regional Health Authority	aucun changement
4709, Prince Albert Parkland Regional Health Authority	aucun changement
4710, Prairie North Regional Health Authority	aucun changement
4714, Mamawetan/Keewatin/Athabasca Regional Health Authorities ⁴	aucun changement
Alberta⁵	
4820, Chinook Regional Health Authority	4821 Chinook Regional Health Authority
4821, Palliser Health Region	4822 Palliser Health Region
4822, Calgary Health Region	4823 Calgary Health Region
4823, David Thompson Regional Health Authority	4824 David Thompson Regional Health Authority
4824, East Central Health Authority	4825 East Central Health
4825, Capital Health	4826 Capital Health
4826, Aspen Regional Health Authority	4827 Aspen Regional Health Authority
4827, Peace Country Health	4828 Peace Country Health
4828, Northern Lights Regional Health Authority	4829 Northern Lights Region Health Authority
Colombie-Britannique	
591, Interior Health Authority	
5911, East Kootenay	aucun changement
5912, Kootenay-Boundary	aucun changement
5913, Okanagan	aucun changement
5914, Thompson/Cariboo	aucun changement
592, Fraser Health Authority	
5921, Fraser East	aucun changement
5922, Fraser North	aucun changement
5923, Fraser South	aucun changement
593, Vancouver Coastal Health Authority	
5931, Richmond	aucun changement

2005	2007
5932, Vancouver	aucun changement
5933, North Shore/Coast Garibaldi	aucun changement
594, Vancouver Island Health Authority	
5941, South Vancouver Island	aucun changement
5942, Central Vancouver Island	aucun changement
5943, North Vancouver Island	aucun changement
595, Northern Health Authority	
5951, North West	aucun changement
5952, Northern Interior	aucun changement
5953, Northeast	aucun changement
Territoires	
6001, Yukon	aucun changement
6101, Territoires du Nord Ouest	aucun changement
6201, Nunavut	aucun changement
Note (s) :	
... n'ayant pas lieu de figurer.	
1. En novembre 2005, l'Île-du-Prince-Édouard a officiellement dissous les quatre régions sociosanitaires. À compter de juin 2008, les trois comtés (divisions de recensement) existants constitueront un autre ensemble de limites pour lequel les données infraprovinciales pertinentes de l'ESCC pourront être conservées.	
2. 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. Zone 1 = 1211 District Health Authority (DHA) 1, 1212 District Health Authority (DHA) 2 Zone 2 = 1213 District Health Authority (DHA) 3 Zone 3 = 1214 District Health Authority (DHA) 4, 1215 District Health Authority (DHA) 5 Zone 4 = 1216 District Health Authority (DHA) 6, 1217 District Health Authority (DHA) 7 Zone 5 = 1218 District Health Authority (DHA) 8 Zone 6 = 1219 District Health Authority (DHA) 9.	
3. Le 14 février 2006, le village de Cambridge-Narrows (717 habitants) est passé de la Région 2 à la Région 3.	
4. Dans le cas de la plupart des sources de données, on ne dispose pas de données au niveau de la région socio-sanitaire 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 Regional Health Authorities (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 « Mamawetan/Keewatin/Athabasca Regional Health Authorities (4714) »	
5. Les codes des régions sociosanitaires de l'Alberta ont été mis à jour pour refléter les correspondances aux codes provinciaux. « Alberta Health and Wellness » utilise les codes R1 à R9 pour identifier les régions sociosanitaires.	
Source(s) : Statistique Canada.	

Tableau A3
Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2007

Groupes de régions homologues A	
1102, Queens County	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, Circonscription sanitaire du comté de Brant	Ontario
3537, Circonscription sanitaire de la cité de Hamilton	Ontario
3538, Circonscription sanitaire des comtés de Hastings et Prince Edward	Ontario
3540, Circonscription sanitaire de Chatham-Kent	Ontario
3541, Circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	Ontario
3542, Circonscription sanitaire de Lambton	Ontario
3544, Circonscription sanitaire de Middlesex-London	Ontario
3546, Circonscription sanitaire régionale de Niagara	Ontario
3555, Circonscription sanitaire du Comté et de la Cité de Peterborough	Ontario
4610, Winnipeg Regional Health Authority	Manitoba
4615, Brandon Regional Health Authority	Manitoba
4704, Regina Qu'Appelle 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, Circonscription sanitaire régional de Durham	Ontario
3536, Circonscription sanitaire régional de Halton	Ontario
3551, Circonscription sanitaire de la Ville d'Ottawa	Ontario
3553, Circonscription sanitaire régional de Peel	Ontario
3565, Circonscription sanitaire de Waterloo	Ontario
3566, Circonscription sanitaire de Wellington-Dufferin-Guelph	Ontario
3568, Circonscription sanitaire de Windsor-Comté d'Essex	Ontario
3570, Circonscription sanitaire régional de York	Ontario
4823, 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
1103, Prince County	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, Région 1	Nouveau-Brunswick
1302, Région 2	Nouveau-Brunswick
1303, Région 3	Nouveau-Brunswick
1304, Région 4	Nouveau-Brunswick
2401, Région du Bas Saint Laurent	Québec
2402, Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean	Québec
2404, Région de la Mauricie et Centre du Québec	Québec
2405, Région de l'Estrie	Québec
2408, Région de l'Abitibi Témiscamingue	Québec
3526, Circonscription sanitaire du district d'Algoma	Ontario
3547, Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound	Ontario
3561, Circonscription sanitaire de Sudbury et son district	Ontario
3562, Circonscription sanitaire du district de Thunder Bay	Ontario
3563, Circonscription sanitaire de Timiskaming	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	
1101, Kings County	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, Circonscription sanitaire d'Elgin-St. Thomas	Ontario
3533, Circonscription sanitaire de Grey Bruce	Ontario
3534, Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	Ontario
3535, Circonscription sanitaire du district de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge	Ontario
3539, Circonscription sanitaire du comté de Huron	Ontario
3543, Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit	Ontario
3552, Circonscription sanitaire du comté d'Oxford	Ontario
3554, Circonscription sanitaire du district de Perth	Ontario

3557, Circonscription sanitaire du comté et du district de Renfrew	Ontario
3558, Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	Ontario
3560, Circonscription sanitaire du district de Simcoe Muskoka	Ontario
4620, North Eastman Regional Health Authority	Manitoba
4525, South Eastman Regional Health Authority	Manitoba
4630, Interlake Regional Health Authority	Manitoba
4821, Chinook Regional Health Authority	Alberta
4822, Palliser Health Region	Alberta
4824, David Thompson Regional Health Authority	Alberta
4825, East Central Health	Alberta
4827, Aspen Regional Health Authority	Alberta
4828, 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, Circonscription sanitaire de la cité de Toronto	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, Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	Ontario
3556, Circonscription sanitaire de Porcupine	Ontario
4670, Norman Regional Health Authority	Manitoba
4710, Prairie North Regional Health Authority	Saskatchewan
4829, 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	Territoire du Yukon
6101, Northwest Territories	Les territoires du Nord
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, Kings County	Île-du-Prince-Édouard
1205, Zone 5	Nouvelle-Écosse
1305, Région 5	Nouveau-Brunswick
1306, Région 6	Nouveau-Brunswick
1307, Région 7	Nouveau-Brunswick
2411, Région de la Gaspésie-Îles-de--Madeleine	Québec

Tableau A4
Sommaire des groupes homologues et les caractéristiques principales

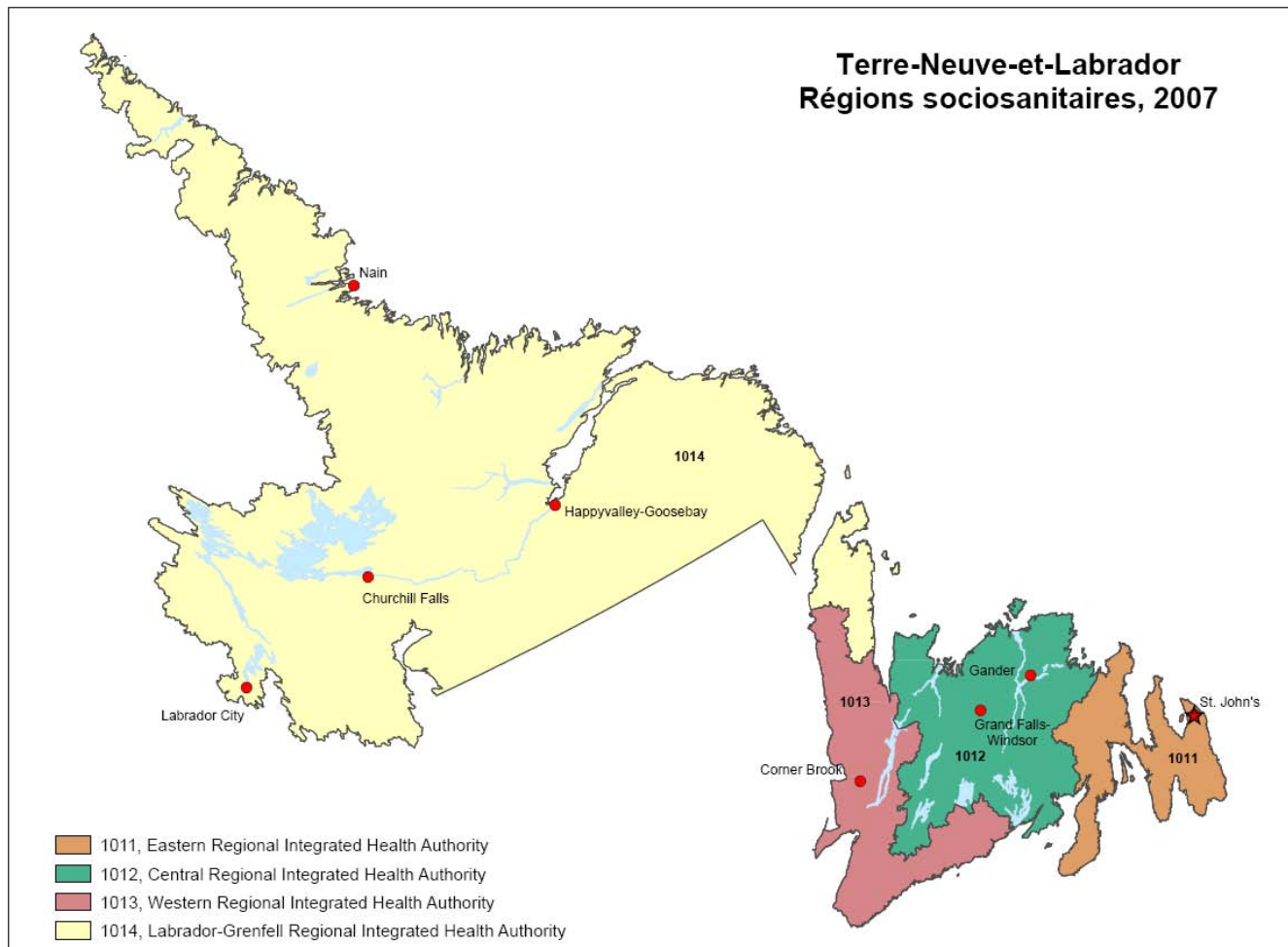
Groupe de régions homologues	Nombre de régions sociosanitaires	% de la population canadienne	Caractéristiques principales
A	23	24,6 %	<ul style="list-style-type: none"> • Mélange de zones urbaines et rurales d'une côte à l'autre • Proportion moyenne d'Autochtones • Faible population masculine • Croissance 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

Groupe de régions homologues	Nombre de régions sociosanitaires	% de la population canadienne	Caractéristiques principales
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"> • 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
I	8	1,9 %	<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

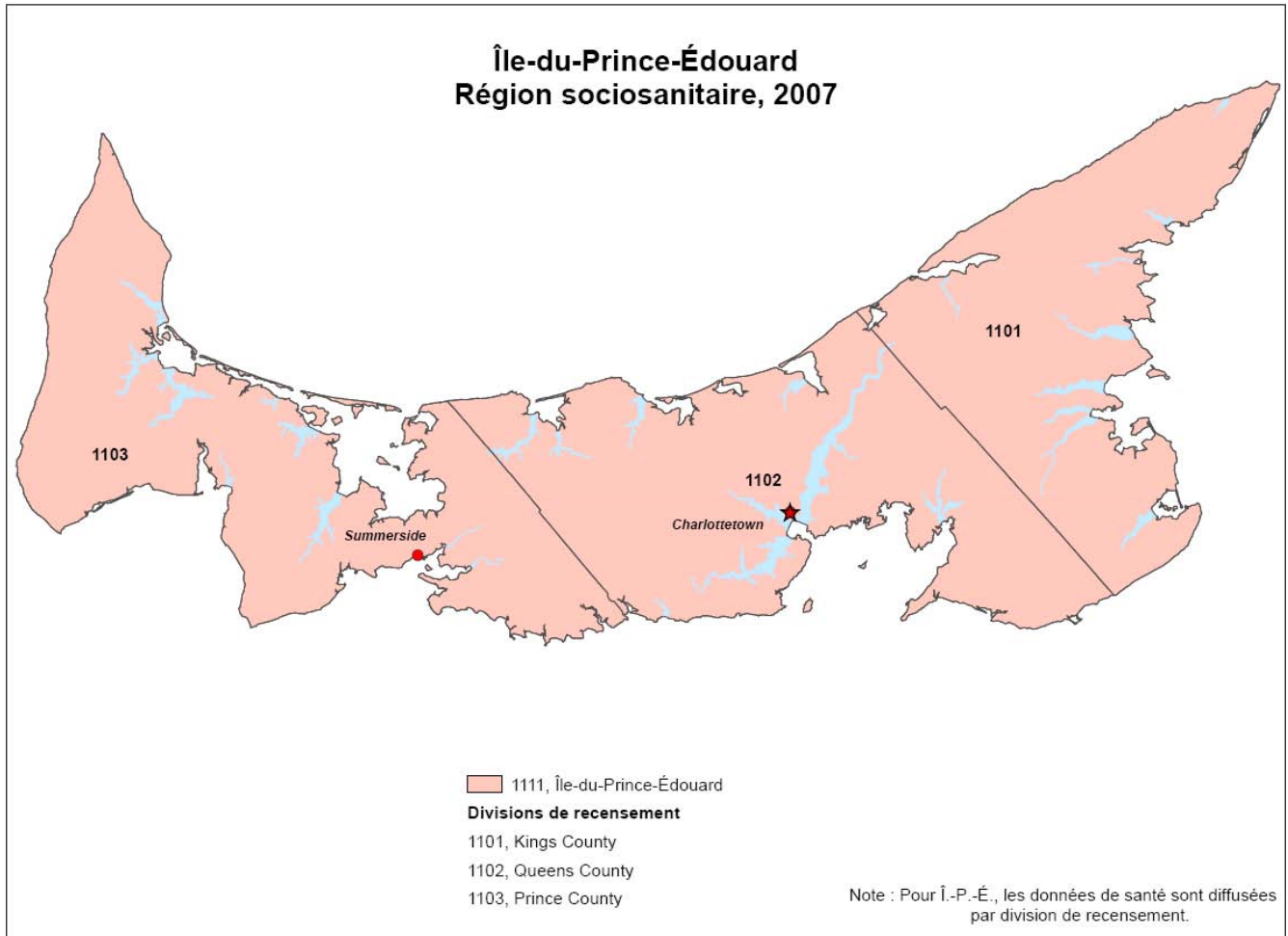
Annexe B – Cartes

Carte B1

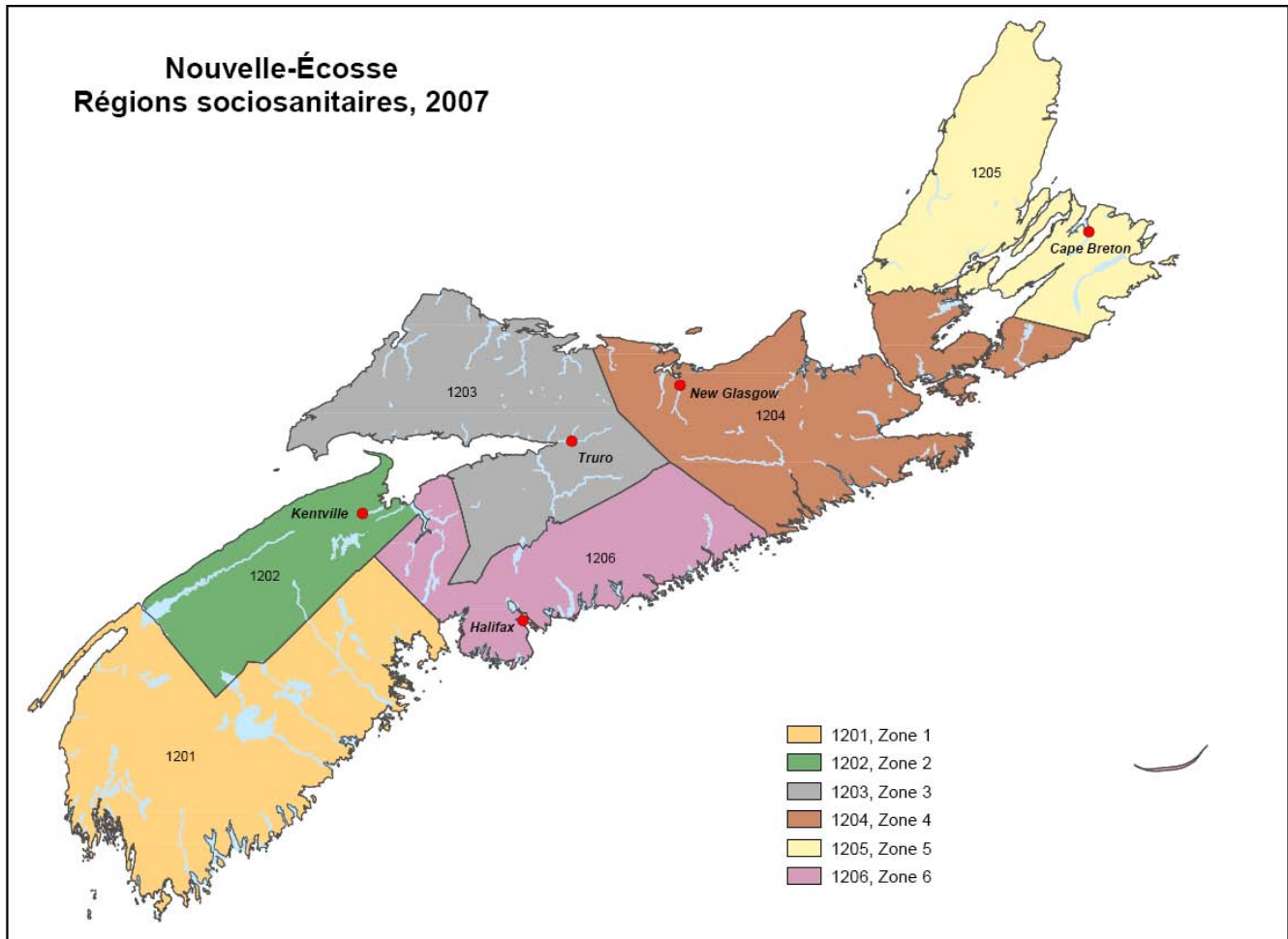
Terre-Neuve-et-Labrador, Régions sociosanitaires



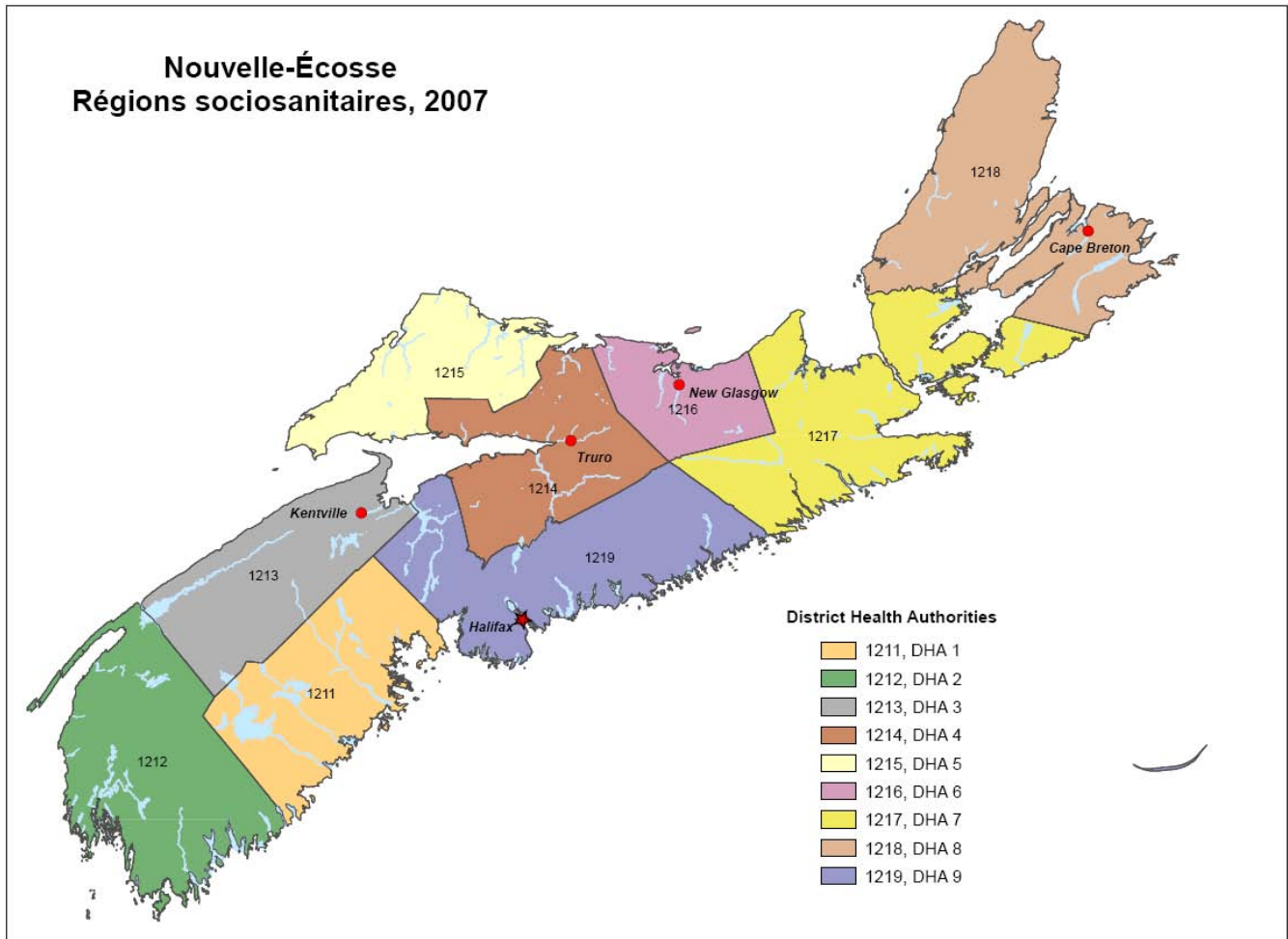
Carte B2 Île-du-Prince-Édouard, Régions Sociosanitaires



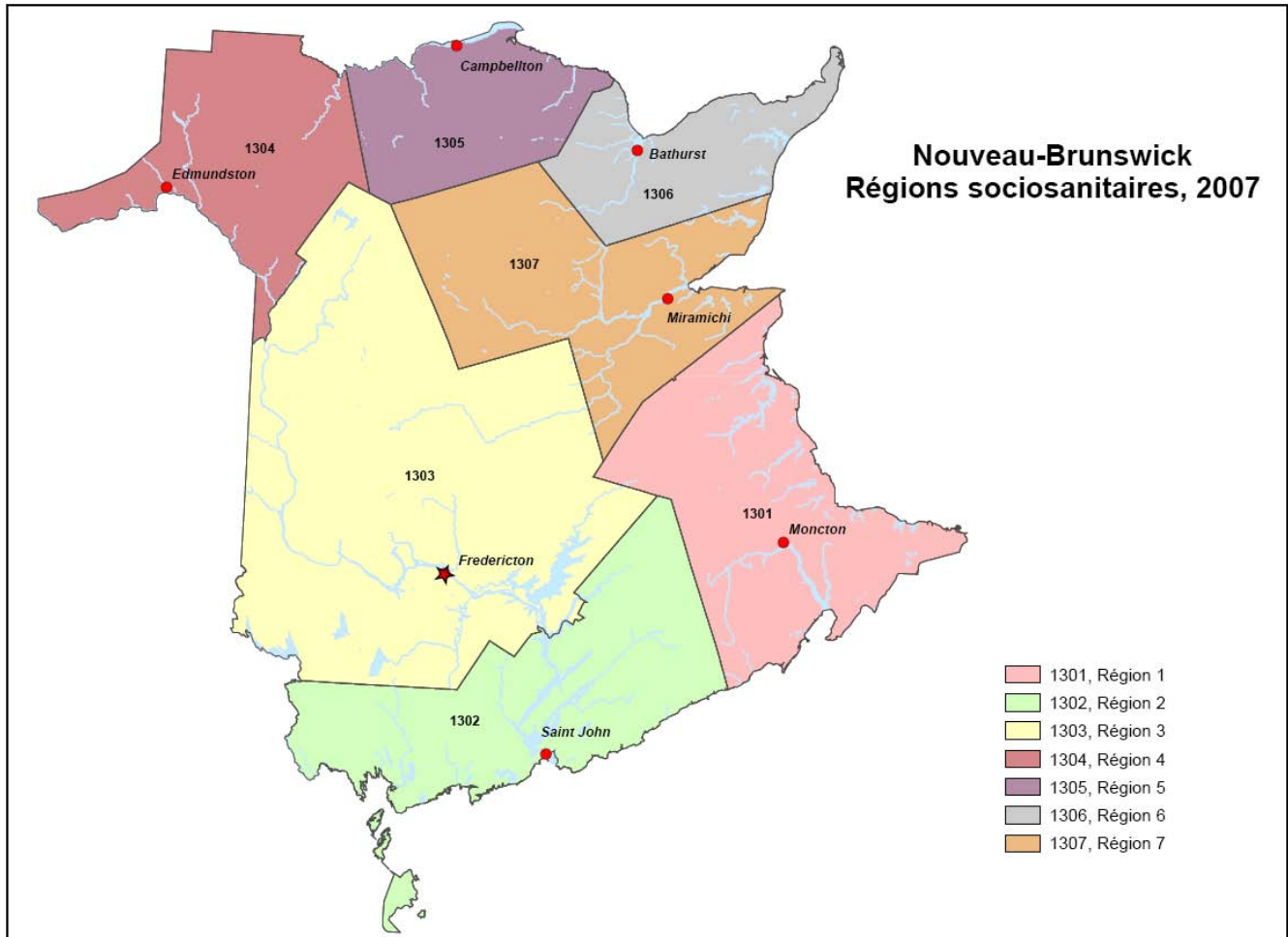
Carte B3 Nouvelle-Écosse, Régions Sociosanitaires



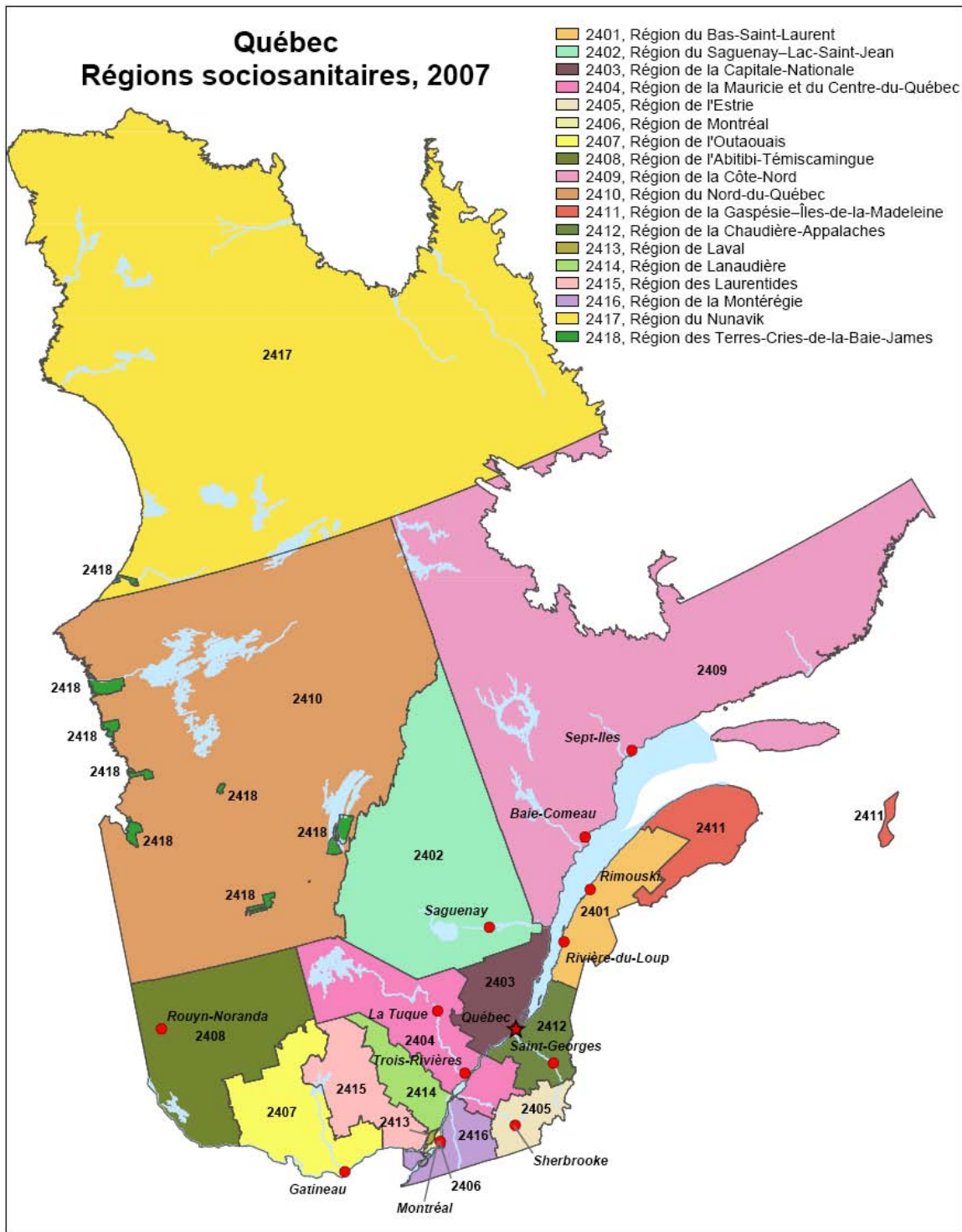
Carte B4 Nouvelle-Écosse, Régions Sociosanitaires



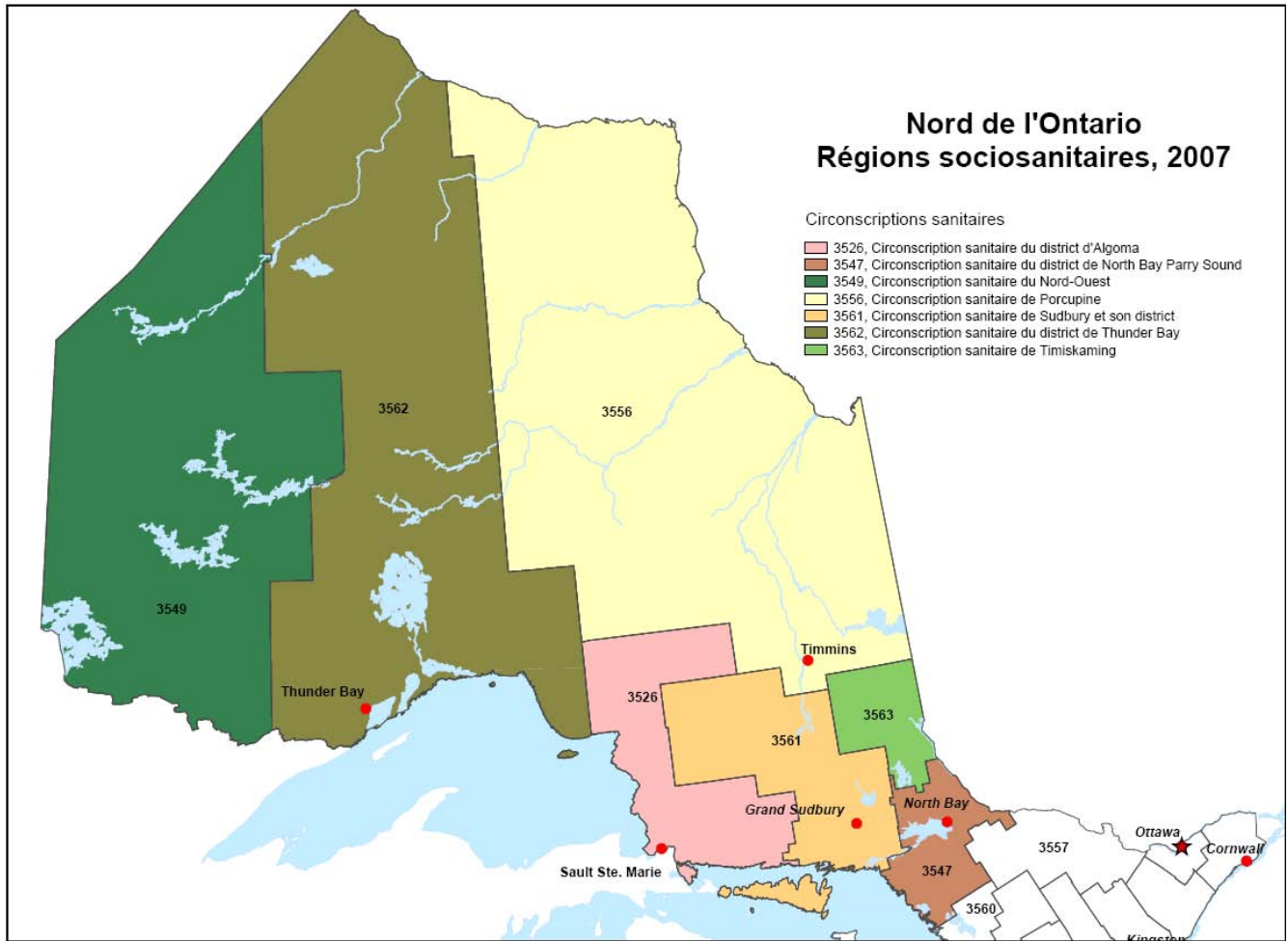
Carte B5 Nouveau-Brunswick, Régions Sociosanitaires



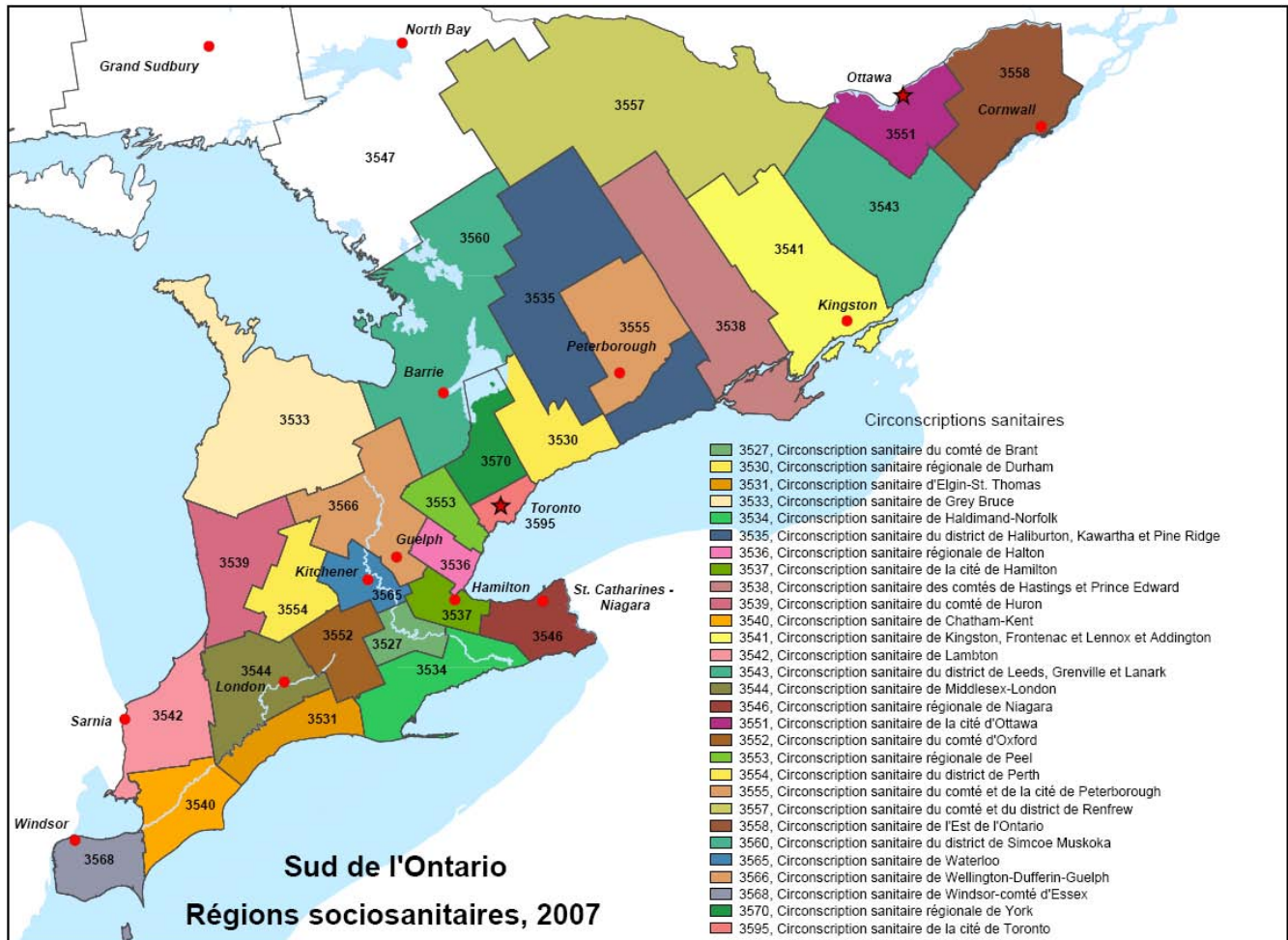
Carte B6 Québec, régions sociosanitaires



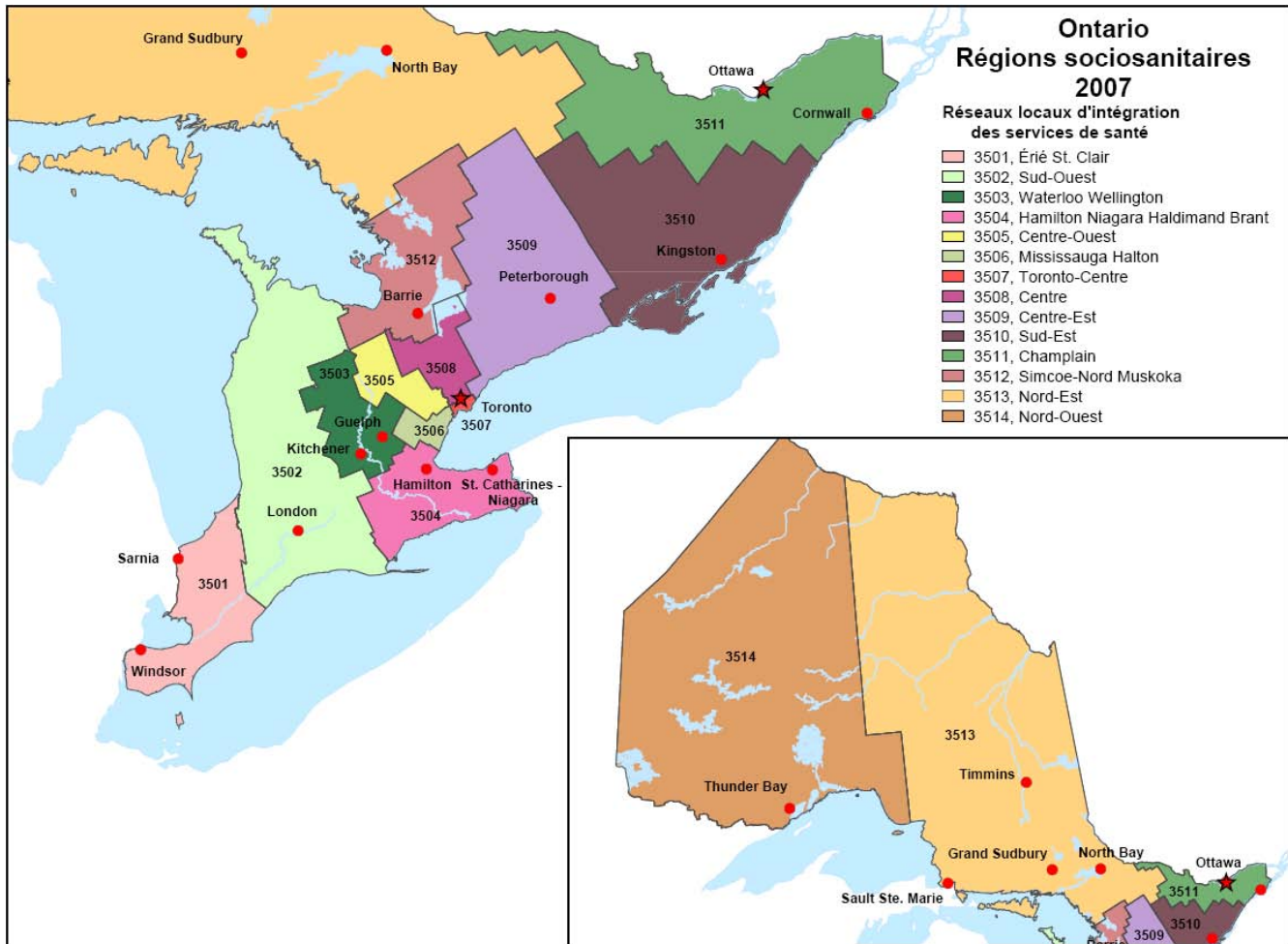
Carte B7 Nord de l'Ontario, Régions Sociosanitaires



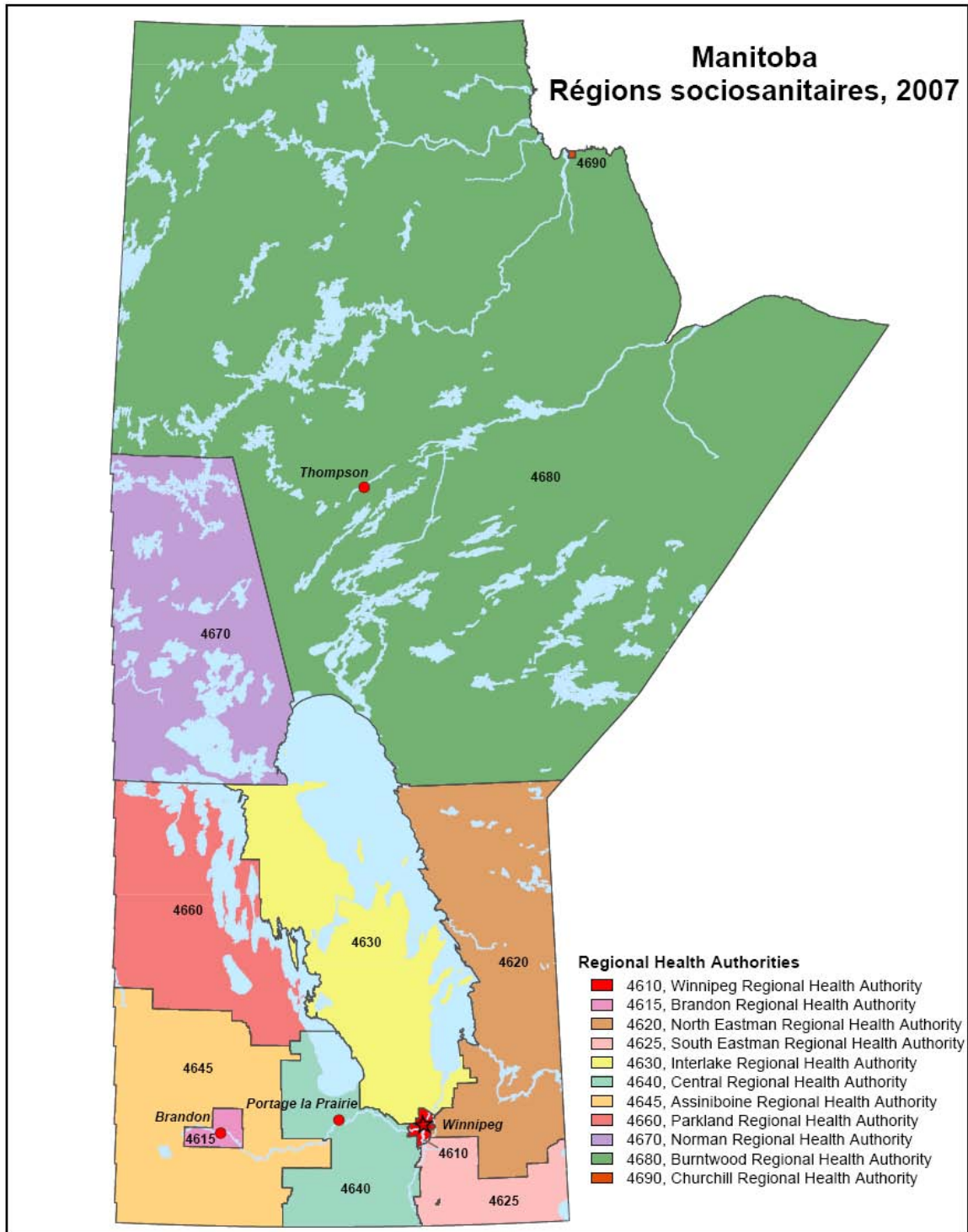
Carte B8 Sud de l'Ontario, Régions Sociosanitaires



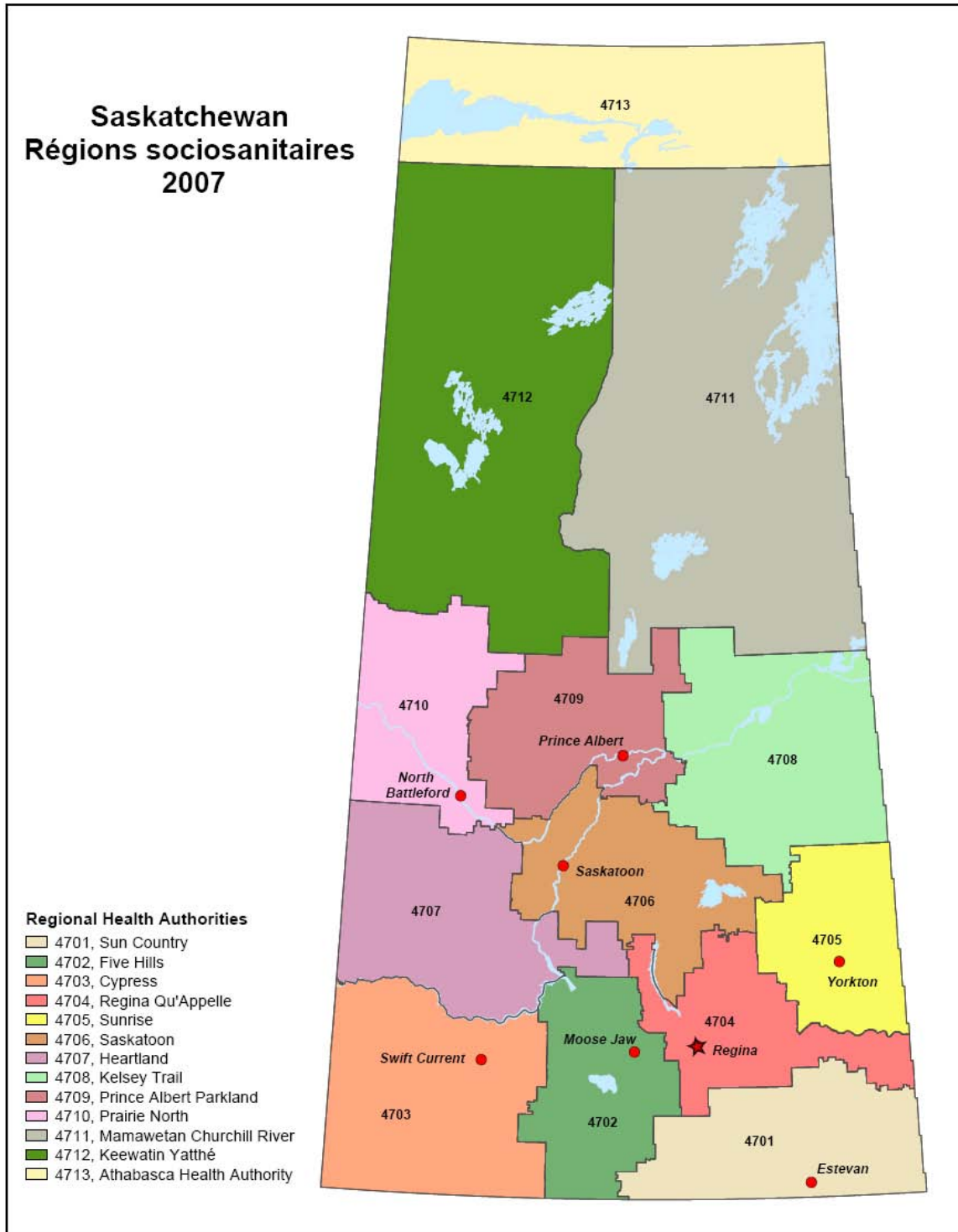
Carte B9 Ontario, Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), régions sociosanitaires



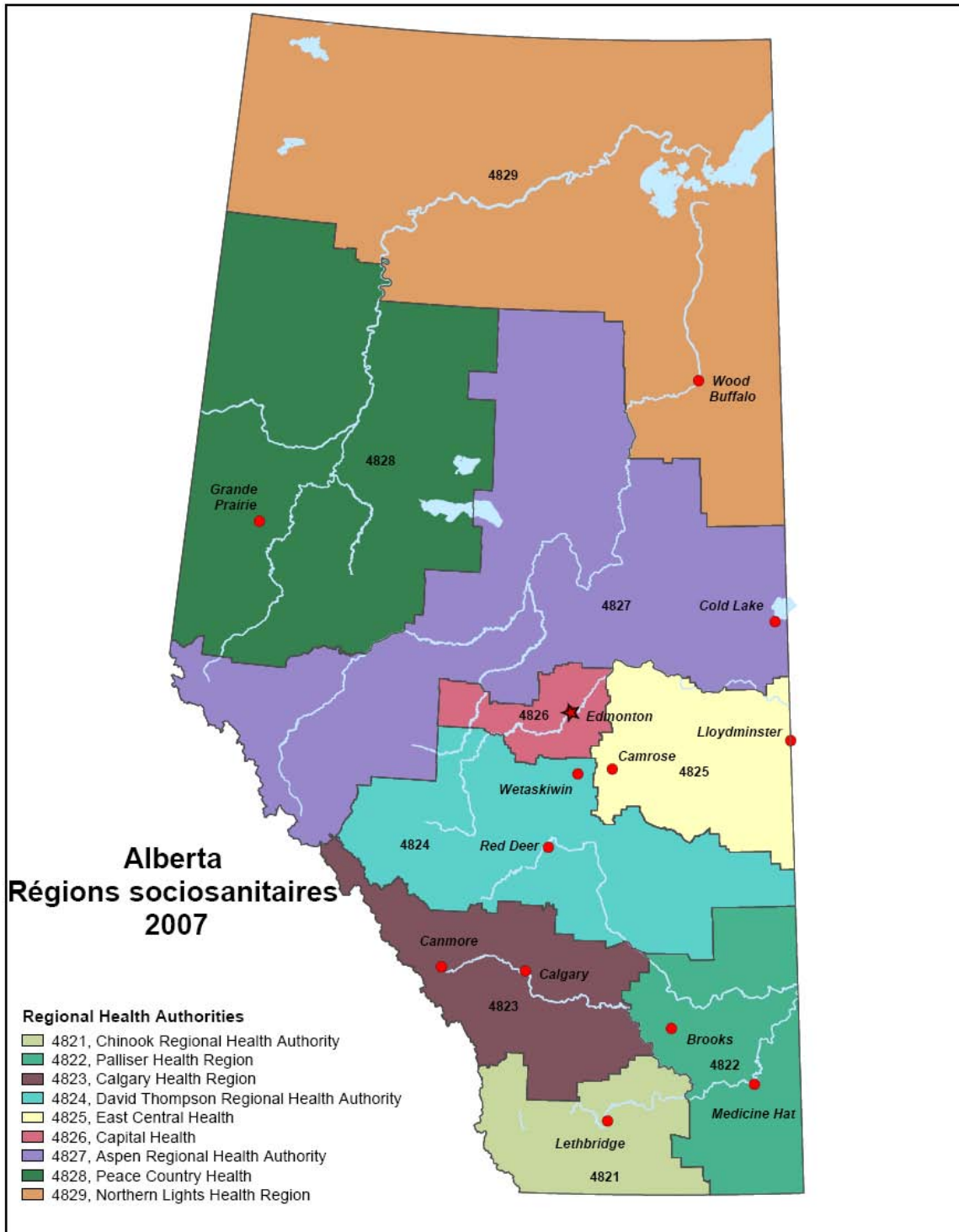
Carte B10 Manitoba, Régions Sociosanitaires



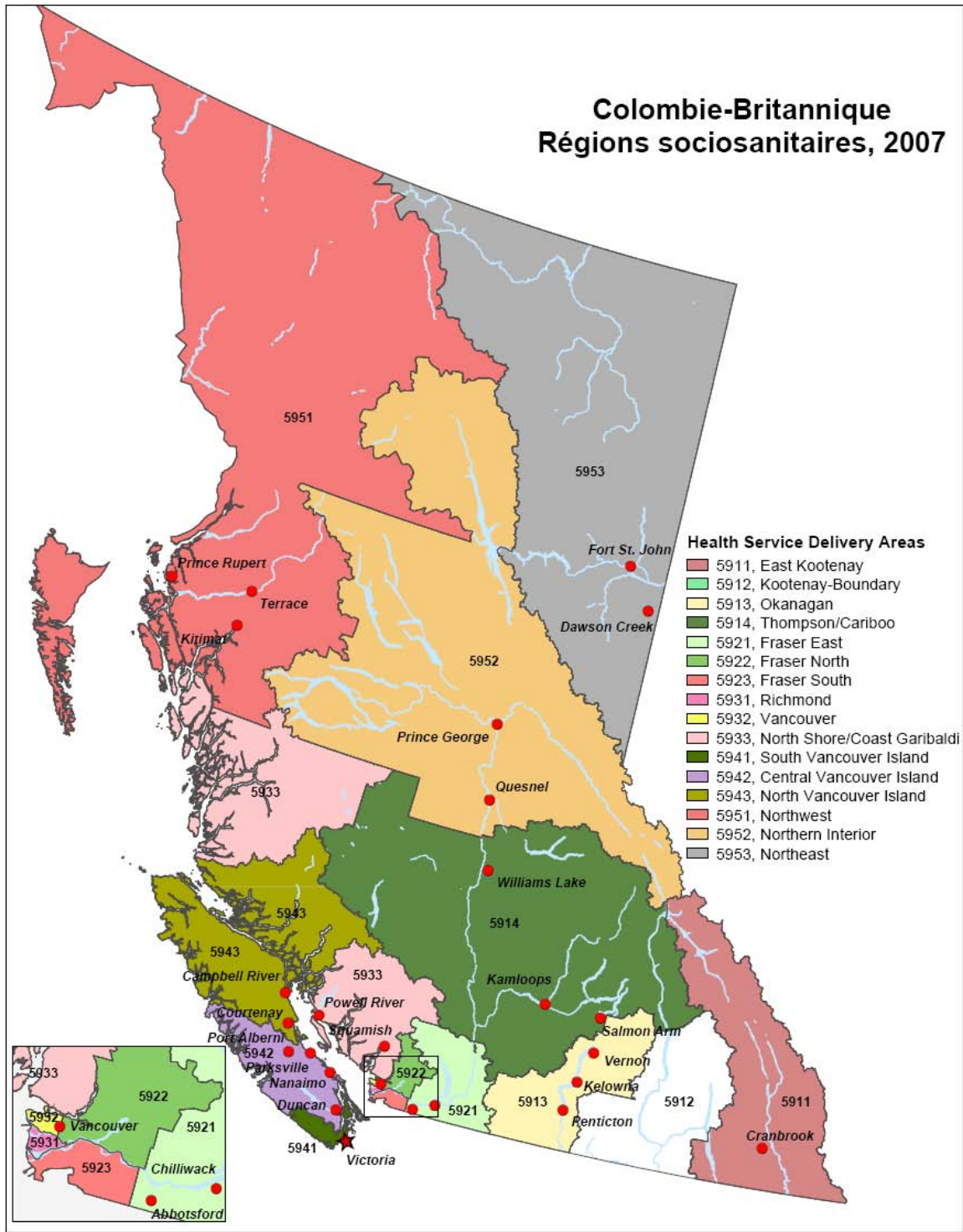
Carte B11 Saskatchewan, Régions Sociosanitaires



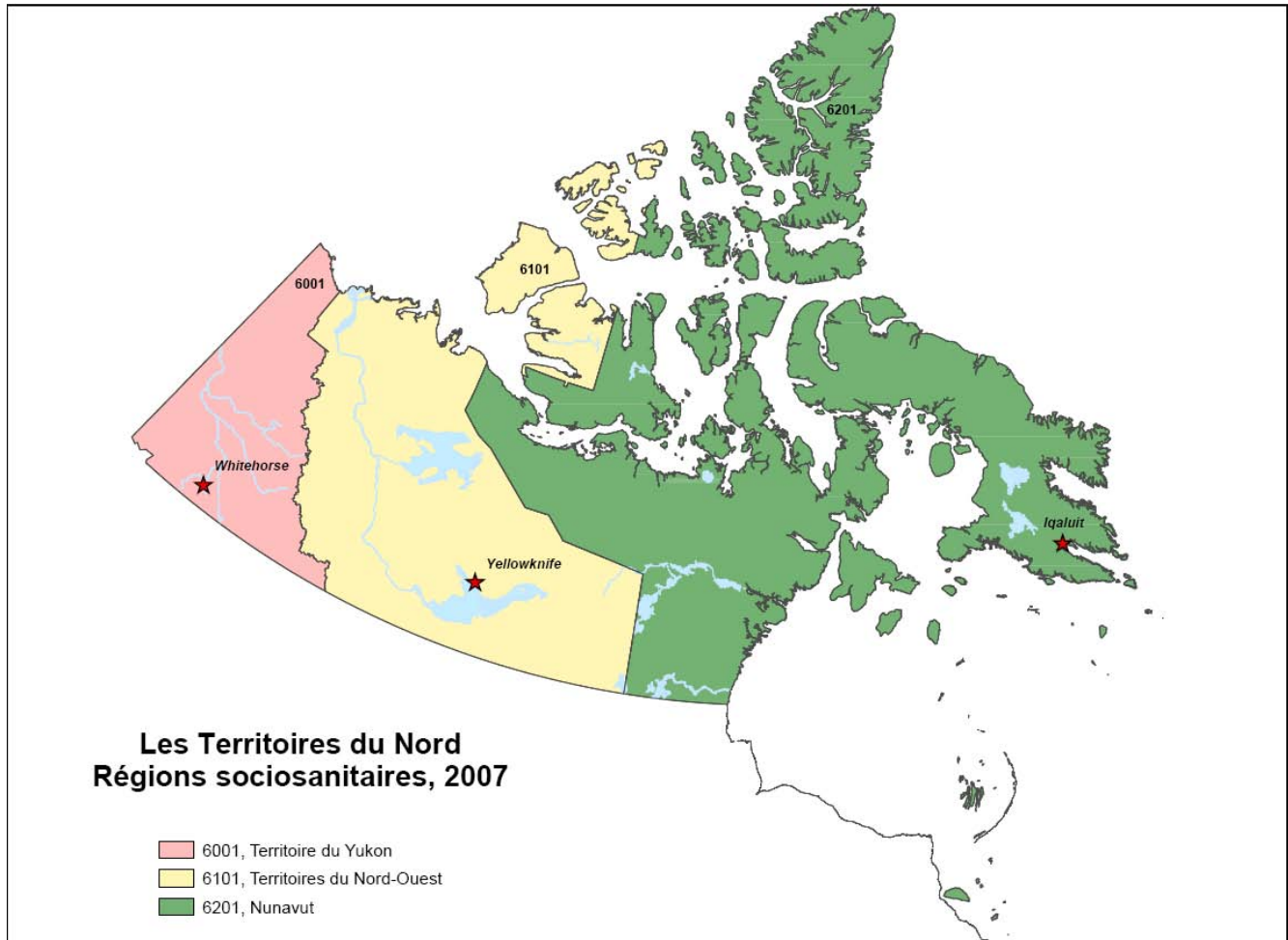
Carte B12 Alberta, Community Health Regions, Regional Health Authorities, régions socio-sanitaires



Carte B13 Colombie-Britannique, Régions Sociosanitaires



Carte B14 Les Territoires du Nord, Régions Socio-santitaires



Carte B15 Régions sociosanitaires et groupes homologues au Canada

