Statistique Canada Statistics Canada

Institut canadien d' information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Indicateurs de la santé

décembre 2005

No 82-221-XIF au catalogue
Volume 2005, N° 3

Définitions et sources des données

Table de matières

État de santé **4**
Bien-être **4**
Auto-évaluation de la santé 4
Changements d'une année à l'autre de l'auto-évaluation 4
Estime de soi 5
Problèmes de santé **5**
Indice de masse corporelle (IMC) 5
Arthrite ou rhumatisme 6
Diabète 6
Asthme 6
Hypertension 6
Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités 7
Douleurs ou malaises selon l'intensité 7
Risque de dépression 7
Faible poids à la naissance 8
Incidence du cancer 8
Hospitalisations à la suite d'une blessure 8
Blessures 9
Fonction humaine **10**
Santé fonctionnelle 10
Jours d'incapacité en deux semaines 10
Limitation des activités 10
Espérance de vie sans limitation d'activité 11
Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) 11
Mortalité **12**
Mortalité infantile 12
Mortalité périnatale 12
Espérance de vie 12
Taux de décès normalisé selon l'âge - (Séries chronologiques au niveau provincial/territorial) 13
Décès, toutes causes confondues 13
Décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire 13
Décès dus au cancer (tumeurs malignes) 14
Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire 14
Suicide 14
Décès dus à des blessures accidentelles 15

Décès dus au SIDA 15
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) - (Séries chronologiques au niveau provincial/territorial) 15
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Tous décès confondus 16
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Tous décès par cancer confondus 16
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Tous décès par maladie circulatoire confondus 17
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Tous décès par maladie respiratoire confondus 17
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Blessures accidentelles 18
Années potentielles de vie perdues (APVP) - Suicides 18
Années potentielles de vie perdues (APVP) - SIDA 18
Déterminants non médicaux de la santé 19
Comportements sanitaires 19
Usage du tabac 19
Début de l'usage du tabac 19
Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac 19
Fréquence de la consommation d'alcool 19
Activité physique durant les loisirs 20
Allaitement 20
Habitudes alimentaires 21
Conditions de vie et de travail 21
Titulaires d'un diplôme d'études secondaires 21
Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires 21
Taux de chômage 21
Chômage de longue durée 21
Taux de faible revenu (revenu de l'année précédant le recensement) 22
Enfants dans les familles à faible revenu (revenu de l'année précédant le recensement) 22
Revenu personnel moyen (revenu de l'année précédant le recensement) 23
Abordabilité du logement (revenu de l'année précédant le recensement) 23
Latitude de décision au travail 23
Part médiane des revenus (revenu de l'année précédant le recensement) 23
Revenu provenant de transferts gouvernementaux (revenu de l'année précédant le recensement) 24
Logements occupés par le propriétaire et valeur moyenne des logements 24
Incidence de criminalité 24
Adultes et jeunes accusés 24
Ressources personnelles 25
Soutien social (Enquête nationale sur la santé de la population) 25
Soutien social (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) 25
Stress dans la vie quotidienne (Enquête nationale sur la santé de la population) 25
Stress dans la vie quotidienne (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) 25
Facteurs environnementaux 26
Exposition à la fumée secondaire à la maison 26
Rendement du système de santé 27
Acceptabilité 27
Satisfaction du patient (et évaluation de la qualité du service reçu) 27
Accessibilité 27
Vaccination contre la grippe 27
Mammographie de dépistage, femmes de 50 à 69 ans 27
Test de Pap (Papanicolaou), femmes de 18 à 69 ans 27
Caractère approprié 28
Césariennes 28
Efficacité 29
Coqueluche 29
Rougeole 29

Tuberculose 29
VIH 30
Chlamydia 30
Décès dus à des maladies traitables médicalement : Infections bactériennes 31
Décès dus à des maladies traitables médicalement : Cancer du col de l'utérus 31
Décès dus à des maladies traitables médicalement : Maladies hypertensives 31
Décès dus à des maladies traitables médicalement : Pneumonie et bronchite non précisée 31
Conditions propices aux soins ambulatoires 32
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) 34
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) 34
Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) 35
Taux de réadmission pour cause d'asthme 36
Taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie 37
Taux de réadmission à la suite d'une prostatectomie 37
Efficience 38
Sécurité 38
Hospitalisations pour une fracture de la hanche 38
Fracture de la hanche à l'hôpital 38
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé 40
Collectivité 40
Population 40
Densité de population 40
Rapport de dépendance 40
Population urbaine 41
Autochtones 41
Immigrants 41
Mobilité des migrants internes 42
ZIM forte 42
Familles monoparentales 42
Minorité visible 42
Grossesse chez l'adolescente 43
Système de santé 43
Ratio d'entrées et de sorties 43
Pontages aortocoronariens par greffe 44
Arthroplasties de la hanche 44
Arthroplasties du genou 45
Hystérectomies 45
Consultation des praticiens de médecine non traditionnelle 45
Consultation des médecins 46
Consultation des professionnels de la santé au sujet de la santé mentale 46
Consultation de spécialistes des soins dentaires 46
Ressources 47
Dépenses de santé 47
Médecins 47

Statistique Canada Statistics Canada

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Indicateurs de la santé

décembre 2005

No 82-221-XIF au catalogue
Volume 2005, N° 3

Définitions et sources des données

État de santé

Bien-être

Auto-évaluation de la santé

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

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

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

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

Définition : *Changement dans le temps de l'auto-évaluation de leur état de santé (excellent, très bon, bon, passable ou mauvais) chez la population à domicile de 12 ans et plus en 1994-1995, et 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 : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinaux, 1996-1997 et 1998-1999, réponses complètes, et fichiers de données longitudinaux de 2000-2001 et 2002-2003

Estime de soi

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

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

Problèmes de santé

Indice de masse corporelle (IMC)

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

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

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

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

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

Arthrite ou rhumatisme

Définition : *Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme d'un professionnel de la santé.*

L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie.

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

Diabète

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

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

Asthme

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

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

Hypertension

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

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

Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités

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

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

Douleurs ou malaises selon l'intensité

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

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

Risque de dépression

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

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

Faible poids à la naissance

Définition : *Naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimée en pourcentage du total des naissances vivantes (poids de naissance connu).*

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

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

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

Incidence du cancer

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

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

Hospitalisations à la suite d'une blessure

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

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

CIM-9 ou ICD-9-CM :
E800-E807, E810-E838, E840-E848, E880-E888, E890-E902, E906-E910, E913-E928, E953-E958, E960-E961, E963-E968, E970-E976, E978, E983-E988, E990-E998

CIM-10-CA :
V01-V06, V09-V99, W00-W45, W49-W60, W64-W70, W73-W77, W81, W83-W94, W99, X00-X06, X08-X19, X30-X39, X50, X52, X58, X59, X70-X84, X86, X91-X99, Y00-Y05, Y07-Y09, Y20-Y36

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

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

Blessures

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

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

Fonction humaine

Santé fonctionnelle

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

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

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

Jours d'incapacité en deux semaines

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

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

Limitation des activités

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

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

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

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

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

Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS)

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

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

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

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

Mortalité

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.

Sources : 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 néonatals 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 foetus après 28 semaines de gestation ou plus. Les mortinaissances pour lesquelles on ne connaît pas l'âge gestationnel sont exclues.*

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

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

Espérance de vie

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

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

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

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

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

Causes de décès sont classifiés selon la CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et des années subséquentes disponibles sont classifiés selon la 10ième 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.

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

Décès, toutes causes confondues

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

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

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

Décès dus aux 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 189, et I95 à I99 de la CIM-10).*

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

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

Décès dus au cancer (tumeurs malignes)

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

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

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

Décès dus à toutes les maladies de l'appareil respiratoire

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

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

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

Suicide

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

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

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

Décès dus à des blessures accidentelles

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

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

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

Décès dus au SIDA

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

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

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

Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) - (Séries chronologiques au niveau provincial/territorial)

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

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

Les causes de décès sont classifiées selon la CIM-9 de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et des années subséquentes disponibles sont classifiés selon la 10ième révision de la classification internationale des Maladies et des Problèmes de Santé reliés (CIM-10). Certaines causes sont définies comme suit : Cancer du colon et du rectum (codes 153 et 154 de la

CIM-9), cancer du poumon (code 162 de la CIM-9), cancer du sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), cancer de la prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (IAM) (code 410 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes 430 à 438 de la CIM-9), tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9), blessures accidentelles (codes V01 à X59, Y85 et Y86 de la CIM-10 ou codes E800 à E929 sauf E870 à E879), suicides (codes X60 à X84, Y87 de la CIM-10 ou codes E950 à E959 de la CIM-9)

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

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

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

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

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

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

Définition : *Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour toutes tumeurs malignes confondues (codes C00 à C97) et cancers spécifiques : colorectal (codes C18 àC21 de la CIM-10), poumon (codes C33 et C34 de la CIM-10), sein (code C50 de la CIM-10) et prostate (code C61 de la CIM-10) correspondent au nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » de toute forme de cancer — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.*

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

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

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

Définition : *Les années potentielles de vie perdues (APVP) pour tous les décès due au maladie circulatoire confondus (codes I00 à I99) et causes spécifiques : cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), accidents cérébro-vasculaires (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies circulatoires (codes I00 à I02, I05 à 109, 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 circulatoire — avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.*

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

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

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

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

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

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - Blessures accidentelles

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

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

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - Suicides

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

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

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

Années potentielles de vie perdues (APVP) - SIDA

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

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

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

Déterminants non médicaux de la santé

Comportements sanitaires

Usage du tabac

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

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

Début de l'usage du tabac

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

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

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

Définition : *Changements d'une année à l'autre de comportement dans l'usage du tabac chez la population à domicile de 12 ans et plus en 1994-1995, et 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. Les fumeurs sont les personnes qui fument chaque jour ou à l'occasion.*

Sources : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, fichiers de données longitudinaux, 1996-1997 et 1998-1999, réponses complètes, et fichiers de données longitudinaux de 2000-2001, et 2002-2003

Fréquence de la consommation d'alcool

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

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

Activité physique durant les loisirs

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

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

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

Allaitement

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

Définition : *L'allaitement maternel chez les femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance au cours des cinq dernières années.*

Les catégories comprennent : n'a pas allaité, a allaité temporairement, a allaité pendant au moins quatre mois, a allaité exclusivement pendant au moins quatre mois, a allaité pendant six mois, a allaité exclusivement pendant au moins six mois. Ces repères constituent les recommandations antérieures (quatre mois d'allaitement exclusif) et actuelles (six mois d'allaitement exclusif) de Santé Canada.

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

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

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

Habitudes alimentaires

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

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

Conditions de vie et de travail

Titulaires d'un diplôme d'études secondaires

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

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

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

Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires

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

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source : Statistique Canada, Recensement de 1996 et de 2001 (échantillon de 20%)

Taux de chômage

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

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

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

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

Chômage de longue durée

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

La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient employées et celles qui étaient chômeuses, mais

étaient capables de commencer à travailler au cours de la semaine qui a précédé le recensement et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un revenu élevé est associé à une meilleure santé.

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

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

Définition : *Proportion de ménages (locataires, propriétaires et total) qui dépensent au moins 30 % de leur revenu total pour se loger. Les dépenses de logement incluent les paiements pour l'électricité, le mazout, le gaz, le charbon, le bois ou d'autres combustibles, l'eau et d'autres services municipaux, les versements hypothécaires mensuels, les impôts fonciers, les charges de copropriété et le loyer.*

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

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

Latitude de décision au travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Logements occupés par le propriétaire et valeur moyenne des logements

Définition : *Logements occupés par le propriétaire est la proportion de logements privés habités par leur propriétaire (sont exclus les logements visés par les programmes de logement des bandes indiennes et les logements collectifs). Valeur moyenne prévue des logements occupés par leur propriétaire (y compris la valeur du terrain) si le logement était mis en vente au moment du recensement (sont exclus les logements loués sur les exploitations agricoles et dans les réserves indiennes).*

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

Incidence de criminalité

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

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

Adultes et jeunes accusés

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

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

Ressources personnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Facteurs environnementaux

Exposition à la fumée secondaire à la maison

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

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

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

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

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

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

Rendement du système de santé

Acceptabilité

Satisfaction du patient (et évaluation de la qualité du service reçu)

Définition *:* *Personnes de 15 ans et plus ayant déclarées avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 derniers mois et qui se dissent très satisfaites ou assez satisfaites des soins de santé reçus. Les service de santé sont répartis comme suit : soins de santé dans l'ensemble; soins hospitaliers; soins reçu 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: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2000-2001 Fichier santé.

Accessibilité

Vaccination contre la grippe

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

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

Mammographie de dépistage, femmes de 50 à 69 ans

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

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

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

Test de Pap (Papanicolaou), femmes de 18 à 69 ans

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 déceler les lésions prémalignes avant que le cancer du col de l'utérus ne se manifeste.

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

Caractère approprié

Césariennes

Définition : *Proportion de femmes accouchant par césarienne dans un hôpital de soins de courte durée.*

Méthode de calcul

(Nombre de césariennes/nombre d'accouchements)*100

Accouchement:

I. CIM-9 ou ICD-9-CM

Un code de diagnostic de 640-676, avec un cinquième chiffre de « 1 » ou « 2 »; 650 ou V27

II. CIM-10-CA

Un code de diagnostic de O1, O2, O4, O6-O8, O30-O37, O90-O92, O95, O98, O99 avec un sixième chiffre de « 1 » ou « 2 »; Z37

Retrait d'accouchements où on a inscrit une intervention d'avortement :

I. CCA

Un code d'intervention de 78.52, 86.3, 86.4, 87.0, 87.1 ou 87.2

II. ICD-9-CM

Un code d'intervention de 66.62, 74.3, 74.91, 75.0, 69.51 ou 69.0

III. CCI

Un code d'intervention de 5.CA.88, 5.CA.89, 5.CA.90 ou 5.CA.93

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement après que les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital ou abandonnés aient été exclus.

Césarienne (Le numérateur est une sous-série du dénominateur) **:**

I. CCA

Un code d'intervention de 86.0-86.2, 86.8 ou 86.9

II. ICD-9-CM

Un code d'intervention de 74.0, 74.1, 74.2, 74.4 ou 74.99

III. CCI

Un code d'intervention de 5.MD.60

On peut inscrire un code sans égard à l'emplacement après que les codes des cas annulés, antérieurs, hors hôpital ou abandonnés aient été exclus.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Efficacité

Coqueluche

Définition : *Nombre de cas de coqueluche déclarés dans une année donnée.*

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Surveillance des maladies en direct

Rougeole

Définition : *Nombre de cas de rougeole déclarés dans une année donnée.*

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Surveillance des maladies en direct

Tuberculose

Définition : *Nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés durant une année donnée.*

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Surveillance des maladies en direct

VIH

Définition : *Nombre de nouveaux cas de VIH dans une année donnée. L'information est en fonction de ceux qui ont été testés pour le VIH.*

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Le VIH et le SIDA au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2000.

Chlamydia

Définition : *Nombre de nouveaux cas de chlamydia déclarés dans une année donnée.*

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Surveillance des maladies en direct

Décès dus à des maladies traitables médicalement : Infections bactériennes

Définition : *Taux normalisé selon l'âge de décès dus aux infections bactériennes (codes 001 à 005, 020 à 041, 320, 382, 383, 390 à 392, 680 à 686, 711 et 730 de la CIM-9) chez les personnes de 5 à 64 ans.*

Parmi les groupes d'âge précisés, la majorité des personnes atteintes de ce genre d'infection devraient répondre adéquatement au traitement par antibiotiques, si celui-ci est administré rapidement et correctement.

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

Décès dus à des maladies traitables médicalement : Cancer du col de l'utérus

Définition : *Taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer du col de l'utérus (code 180 de la CIM-9) chez les femmes de 15 à 64 ans.*

Le dépistage et le traitement précoces du cancer du col de l'utérus semblent réduire la mortalité due à cette maladie.

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

Décès dus à des maladies traitables médicalement : Maladies hypertensives

Définition : *Taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies hypertensives (codes 401 à 405 de la CIM-9) chez les personnes de 35 à 64 ans.*

On a montré que l'intervention médicale chez les personnes atteintes d'une maladie hypertensive diminue la morbidité et la mortalité.

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

Décès dus à des maladies traitables médicalement : Pneumonie et bronchite non précisée

Définition : *Taux normalisé selon l'âge de décès dus à la pneumonie ou à la bronchite, non précisée (codes 481 à 486 et 490 de la CIM-9) chez les personnes de 5 à 49 ans.*

En principe, la réponse au traitement par antibiotiques est bonne pour la plupart des formes de pneumonie. Si les soins appropriés sont prodigués, le taux de survie devrait être élevé pour le groupe d'âge précisé.

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

Conditions propices aux soins ambulatoires

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

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

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

I. CIM-9/CCA

- Épilepsie et autre état de mal épileptique [345]
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques [491, 492, 493.2, 494, 496, 466.0] (bronchite aiguë [466.0] seulement lorsqu'on a aussi codifié un diagnostic secondaire* de 491, 492, 494 ou 496). Pneumonie [480, 481, 482, 483, 484, 485, 486] seulement lorsqu'on a aussi codifié un diagnostic secondaire* de 491, 492, 494 ou 496
- Asthme [493.0, 493.1, 493.8, 493.9]
- Insuffisance cardiaque congestive [428.0, 402.9, 518.4] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (CCA) : 48.1, 49.5, 48.02, 48.03, 49.71, 49.72, 49.73, 49.82, 49.86)
- Hypertension [401.0, 401.9, 402.0, 402.1, 402.9] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (CCA) : 48.1, 49.5, 48.02, 48.03, 49.71, 49.72, 49.73, 49.82, 49.86)
- Angine [411, 413] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (un des codes de la CCA des séries 01.01-01.39, 07.24, 14.01-14.83, 14.88-16.82, 16.89-21.82, 21.89-29.7, 29.82-34.81, 34.89-41.81, 41.83-43.82, 43.84-45.84, 45.88-46.88, 46.90-48.91, 48.99-50.79, 50.91-50.93, 50.96-52.81, 52.89-63.95, 63.97-64.96, 64.98-66.83, 66.89-67.84, 67.89-69.82, 69.89-71.96, 71.98-72.95, 72.97-75.81, 75.89-80.83, 80.89-88.81, 88.89-92.69, 92.80-97.82 ou 97.89-98.99)
- Diabète [250.0, 250.1, 250.2, 250.9]

II. ICD-9-CM

- Épilepsie et autre état de mal épileptique [345]
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques [491, 492, 493.2, 494, 496, 466.0] (bronchite aiguë [466.0] seulement lorsqu'on a aussi codifié un diagnostic secondaire* de 491, 492, 494 ou 496). Pneumonie [480, 481, 482, 483, 484, 485, 486] seulement lorsqu'on a aussi codifié un diagnostic secondaire* de 491, 492, 494 ou 496
- Asthme [493.0, 493.1, 493.8, 493.9]

- Insuffisance cardiaque congestive [428.0, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (ICD-9-CM) : 36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7)
- Hypertension [401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (ICD-9-CM) : 36.01, 36.02, 36.05, 36.1, 37.5, 37.7)
- Angine [411.1, 411.8, 413] (exclut les cas codifiés avec les interventions chirurgicales suivantes (un des codes de la ICD-9-CM de série 01-86.99)
- Diabète [250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.8, 250.9]

III. CIM-10-CA/CCI

- Épilepsie et autre état de mal épileptique [G40, G41]
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques [J41, J42, J43, J44, J47, J20] (bronchite aiguë [J20] seulement lorsqu'on codifie aussi un diagnostic secondaire* de BPCO (J41, J42, J43, J44, J47). Pneumonie [J12, J13, J14, J15, J16, J18] seulement lorsqu'on codifie aussi un diagnostic secondaire* de BPCO (J41, J42, J43, J44 ou J47)
- Asthme [J45]
- Insuffisance cardiaque congestive [I50, J81] (ne comprend pas les cas des interventions chirurgicales suivantes (CCI) : 1.IJ.50, 1.HZ.85, 1.IJ.76, 1.HB.53, 1.HD.53, 1.HZ.53, 1.HB.55, 1.HD.55, 1.HZ.55, 1.HB.54, 1.HD.54)
- Hypertension [I10.0, I10.1, I11] (ne comprend pas les cas des interventions chirurgicales suivantes (CCI) : 1.IJ.50, 1.HZ.85, 1.IJ.76, 1.HB.53, 1.HD.53, 1.HZ.53, 1.HB.55, 1.HD.55, 1.HZ.55, 1.HB.54, 1.HD.54)
- Angine [I20, I23.82, I24.0, I24.8, I24.9] (ne comprend pas les cas des interventions chirurgicales suivantes : les interventions de la CCI dont le premier caractère est 1*, 2*, 5*)
- Diabète [E10.1, E10.6, E10.7, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.7, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.7, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.7, E14.9]

* « diagnostic secondaire » se rapporte à un diagnostic autre que responsable

Les patients qui sont décédés avant d'obtenir leur congé sont exclus.

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

On ne peut pas comparer les taux avec ceux qui ont été publiés par l'ICIS au cours des années précédentes. Voir les Définitions, les sources de

données et la justification de juin 2004 pour obtenir de l'information sur le processus de définition précédent de l'indicateur.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

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

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

(Code de diagnostic de la CIM-9 ou de la ICD-9-CM de 410 ou code de diagnostic de la CIM-10-CA de I21 ou I22. Une note technique est disponible pour cet indicateur)

Afin de faciliter les comparaisons entre les régions, on a eu recours à un modèle statistique pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides. Les variations interrégionales dans les taux peuvent être causées par des différences entre les secteurs de compétence et les établissements dans les normes relatives aux soins, et par d'autres facteurs qui n'ont pas été inclus dans les ajustements. On doit interpréter les taux avec prudence en raison des différences possibles dans le codage des conditions comorbides entre les provinces et les territoires.

Les taux des régions de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Colombie-Britannique et du Québec ne sont pas disponibles en raison des différences dans la codification des IAM (T.-N.-L.), des admissions à l'urgence (C.-B.) et du type du diagnostic (Québec). Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

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 cérébrale.*

(Code de diagnostic de la CIM-9 ou de la ICD-9-CM de 430 à 432, 434, 436 ou code de diagnostic de la CIM-10-CA de I60-I62, I63.3-I63.5, I63.8, I63.9, I64. Une note technique est disponible pour cet indicateur.)

Afin de faciliter les comparaisons entre les régions, on a eu recours à un modèle statistique pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides. Par exemple, le taux corrigé de mortalité à la suite d'un accident vasculaire cérébral pourrait refléter l'efficacité sous-jacente du traitement et de la qualité des soins. Les variations interrégionales dans les taux peuvent être causées par des différences entre les secteurs de compétence et les établissements dans les normes relatives aux soins, et par d'autres facteurs qui n'ont pas été inclus dans les ajustements. On doit interpréter les taux avec prudence en raison des

différences possibles dans le codage des conditions comorbides entre les provinces et les territoires.

Les taux des régions de la Colombie-Britannique et du Québec ne sont pas disponibles en raison des différences dans la codification des admissions à l'urgence (C.-B.) et du type du diagnostic (Québec). Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

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

Définition : *Taux ajusté selon les risques d'une réadmission non prévue après un congé de l'hôpital à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM). 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 un IAM. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites successives en chirurgie d'un jour.*

(Consultez les notes techniques pour connaître les codes utilisés.)

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 d'une réadmission après un IAM pourrait dépendre du genre de médicaments prescrits au moment du congé de l'hôpital, de la façon dont le patient observe le traitement recommandé après la sortie de l'hôpital, de la qualité des soins communautaires de suivi ou de l'accès aux technologies diagnostiques ou thérapeutiques appropriés durant l'hospitalisation initiale. 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.

Les taux pour Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas disponibles en raison des différences dans la codification des admissions pour un IAM. Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données. Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

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.*

(Consultez les notes techniques pour connaître les codes utilisés.)

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.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données. Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

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.*

(Consultez les notes techniques pour connaître les codes utilisés.)

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.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données. Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

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.*

(Consultez les notes techniques pour connaître les codes utilisés.)

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.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données. Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires

Efficience

Sécurité

Hospitalisations pour une fracture de la hanche

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

(Code diagnostic de la CIM-9 ou de la ICD-9-CM de 820.0-820.3, 820.8 ou 820.9 ou code diagnostic 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 : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Fractures de la hanche à l'hôpital

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

(Consultez les notes techniques pour connaître les codes utilisés.)

Cet indicateur, proposé par la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) et basé sur le Programme de dépistage des complications, représente une complication évitable potentiellement attribuée à un séjour dans un établissement de soins de courte durée.

Plusieurs facteurs peuvent être responsables de la variation dans les taux, incluant les opérations dans les hôpitaux, la sécurité de l'environnement et la disponibilité de soins infirmiers. Des taux élevés peuvent être indicateurs d'une mauvaise qualité des soins dispensés au patient pendant son hospitalisation.

Les taux du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données. Le taux du Nunavut n'est pas disponible en raison de la soumission incomplète de données.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

Collectivité

Population

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

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

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

Densité de population

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

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

Rapport de dépendance

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

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

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

Population urbaine

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

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

Source : Statistique Canada, Recensements de 1996 et de 2001

Autochtones

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

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

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

Immigrants

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

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

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

Mobilité des migrants internes

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

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

ZIM forte

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

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

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

Familles monoparentales

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

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

Minorité visible

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

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

Grossesse chez l'adolescente

Définition : *Nombre et taux de grossesses pour 1000 femmes de 15 à 19 ans.*

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

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

Système de santé

Ratio d'entrées et de sorties

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

(Pontage aortocoronarien : code de la CCA de 48.1, code d'intervention de la ICD-9-CM de 36.1 ou code d'intervention de la CCI de 1.IJ.76; Arthroplastie de la hanche : code de la CCA de 93.51 93.52, 93.53 ou 93.59, code d'intervention de la ICD-9-CM de 81.50, 81.51 ou 81.53 ou code d'intervention de la CCI de 1.VA.53.LA-PN ou 1.VA.53.PN-PN; Arthroplastie du genou : code de la CCA de 93.40 ou 93.41, code d'intervention de la ICD-9-CM de 81.54 ou 81.55 ou code d'intervention de la CCI de 1.VG.53; Hystérectomie : codes de la CCA de 80.3 à 80.6, codes d'intervention de la ICD-9-CM de 68.4 à 68.7, 68.9 ou code d'intervention de la CCI de 1.RM.89, 1.RM.91, 5.CA.89.WJ, 5.CA.89.CK ou 5.CA.89.GB)

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 : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Pontages aortocoronariens par greffe

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

(Code de la CCA de 48.1, code d'intervention de la ICD-9-CM de 36.1 ou code d'intervention de la CCI de 1.IJ.76.)

Comme dans le cas d'autres interventions chirurgicales, les écarts dans les taux de pontage aortocoronarien peuvent être attribués à de nombreux facteurs, dont les différences dans les caractéristiques démographiques, les schémas de pratique des médecins et la disponibilité des services. Dans certains cas, on peut recourir à l'angioplastie coronarienne (autre intervention visant à améliorer l'apport de sang au muscle cardiaque). La variation de la prévalence de cette intervention peut faire varier la prévalence du pontage aortocoronarien.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Arthroplasties de la hanche

Définition : *Taux des interventions d'arthroplasties de la hanche (unilatérale ou bilatérale) ajusté en fonction de l'âge chez les patients hospitalisés en centre de soins de courte durée par 100 000 personnes.*

(Code de la CCA de 93.51, 93.52, 93.53 ou 93.59, code d'intervention de la ICD-9-CM de 81.50, 81.51 ou 81.53 ou code d'intervention de la CCI de 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. Ces vingt dernières années, les taux d'interventions chirurgicales ont augmenté considérablement. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, y compris l'accès aux services, le profil de pratique du prestateur de soins et les préférences du patient.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Arthroplasties du genou

Définition : *Taux d'arthroplasties du genou (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en établissement de soins de courte durée, normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants.*

(Code de la CCA de 93.40 ou 93.41, code d'intervention de la ICD-9-CM de 81.54 ou 81.55 ou code d'intervention de la CCI de 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. Ces vingt dernières années, les taux d'interventions chirurgicales ont augmenté considérablement. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, y compris l'accès aux services, le profil de pratique du prestateur de soins et les préférences du patient.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Hystérectomies

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 de 80.3 à 80.6, codes d'intervention de la ICD-9-CM de 68.4 à 68.7, 68.9 ou codes d'intervention de la CCI de 1.RM.89, 1.RM.91, 5.CA.89.WJ, 5.CA.89.CK ou 5.CA.89.GB.)

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.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière

Consultation des praticiens de 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, etc.

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

Consultation des médecins

Définition : *Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un médecin ou un pédiatre 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.

Source : 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, Fichier santé et composante Nord

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

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

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

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

Consultation de spécialistes des soins dentaires

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

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

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

Ressources

Dépenses de santé

Définition : *Dépenses de santé en dollars courants; dépenses par habitant; pourcentage du produit intérieur brut; dépenses du secteur public exprimées en pourcentage des dépenses totales et dépenses par affectation de fonds.*

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé

Médecins

Définition : *Le nombre de médecins comprend tous les omnipraticiens, les médecins de famille et les spécialistes en exercice au 31 décembre de l'année de référence. Les données englobent les médecins en pratique clinique et non clinique et excluent les résidents et les médecins qui ne sont pas autorisés à faire de la pratique clinique et qui ont demandé au Business Information Group que leurs données ne soient pas divulguées. Aux fins de déclaration, la classification de la spécialité est fondée sur la spécialité de cycles supérieurs accréditée au Canada. Les médecins désignés comme des* ***médecins de famille*** *comprennent ceux accrédités par le Collège des médecins de famille du Canada (CCMF et CCMF- Médecine d'urgence). Les* ***spécialistes*** *comprennent ceux accrédités par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec. Tous les autres médecins, y compris les omnipraticiens non accrédités par le Collège des médecins de famille du Canada, les spécialistes accrédités à l'étranger et les autres spécialistes non accrédités, font partie du nombre de la* ***pratique familiale****. On reconnaît que cette classification des médecins ne reflète pas nécessairement les services offerts par chacun des médecins. La gamme des services qu'un médecin dispense est assujettie aux règlements provinciaux de droit de pratique, à la façon de facturer au régime de services médicaux ainsi qu'aux choix personnels de pratique. Ainsi, les taux peuvent varier par rapport aux autres publications.*

Les ratios « nombre de médecins/habitant » sont utilisés pour la planification des ressources humaines. Bien que ces ratios soient des indicateurs utiles du changement dans le nombre de médecins par rapport à la population, on ne devrait pas, à partir du nombre ou du ratio de médecins, tirer de conclusions sur la pertinence des ressources offertes. Divers facteurs entrent en jeu pour déterminer si le nombre ou le ratio de médecins est approprié, notamment la répartition et le lieu de travail des médecins dans une région ou une province; le type de médecin (c.-à-d., omnipraticien, médecin de famille, spécialiste); le niveau de service fourni (temps plein ou temps partiel); l'âge et le sexe du médecin; l'accès de la population aux hôpitaux, aux installations de soins de santé, aux équipements de pointe et autres services de soins de santé; les besoins de la population (caractéristiques démographiques et problèmes de santé); ainsi que les perceptions et les attentes de la société.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Southam

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2005
© Institut canadien d'information sur la santé

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie, pourvu que ce soit à des fins non commerciales et que les sources soient clairement identifiées.