



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Indicateurs de la santé

Décembre 2000

No 82-221-XIF au catalogue



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

Définitions et sources des données

1.0 État de santé

Maladies et affections

1.1 Faible poids de naissance

Définition : *Proportion de naissances vivantes (poids de naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est inférieur à 2 500 grammes.*

Le faible poids de 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 : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec (fichiers supplémentaires)

1.2 Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure

Définition : *Taux comparatif d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie, pour 100 000 habitants.*

(La cause de la blessure correspond à la première cause extérieure de traumatisme déclarée selon les codes E de la CIM : 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).

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

Mortalité

1.3 Taux de mortalité infantile

Définition : *Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.*

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

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

1.4 Taux de mortalité périnatale

Définition : *Nombre annuel de mortinaissances et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances totales (y compris les mortinaissances). Une mortinaissance correspond ici à tout décès d'un fœtus survenu après 28 semaines de gestation ou plus. Les cas de décès pour lesquels l'âge gestationnel est inconnu sont exclus tant du numérateur que du dénominateur.*

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

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

1.5, 1.6

Espérance de vie

Définition : *Nombre d'années à vivre à partir de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou de 65 à 69 ans (pour l'espérance de vie de 65 à 69 ans), selon les taux de mortalité observés au moment de l'estimation.*

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

Source : Statistique Canada (totalisations spéciales)

1.7 Taux global de mortalité

Définition : *Taux comparatif de décès, toutes causes confondues (codes 001 à 799 et E800 à E999 de la CIM-9) pour 100 000 habitants.*

Indicateur de la santé globale de la population qui constitue une mesure comparable à l'espérance de vie. Le calcul du taux comparatif, c'est-à-dire le taux normalisé selon l'âge (plutôt que le taux brut) permet de faire des comparaisons entre régions socio-sanitaires, entre provinces et entre pays.

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

1.8, 1.9, 1.10, 1.11

Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Définition : *Taux comparatif de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil circulatoire confondues (codes 390 à 459 de la CIM-9), cardiopathies ischémiques (codes 410 à 414 de la CIM-9), maladies vasculaires cérébrales (codes 430 à 438 de la CIM-9) et toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire (codes 390 à 409, 415 à 429 et 439 à 459 de la CIM-9).*

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

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

1.12, 1.13, 1.14, 1.15, 1.16

Taux de mortalité par cancer

Définition : *Taux comparatif de décès dus au cancer pour 100 000 habitants, tous types et sièges de cancer confondus (codes 140 à 208 de la CIM-9) et pour certains sièges : côlon et rectum (codes 153 et 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein (code 174 de la CIM-9) et prostate (code 185 de la CIM-9).*

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

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

1.17, 1.18, 1.19, 1.20

Taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Définition : *Taux comparatif de décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil respiratoire confondues (codes 460 à 519 de la CIM-9), pneumonie et grippe (codes 480 à 487 de la CIM-9), bronchite, emphysème et asthme (codes 490 à 493 de la CIM-9) et toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire (codes 460 à 479, 488 à 489 et 494 à 519 de la CIM-9).*

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

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

1.21 Taux de suicide

Définition : *Taux comparatif de décès par suicide (codes E950 à E959 de la CIM-9) pour 100 000 habitants.*

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

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

1.22 Taux de mortalité par blessures accidentelles

Définition : *Taux comparatif 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 E800 à E929, sauf les codes E870 à E879 de la CIM-9).*

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

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

1.23 Taux de mortalité liée au SIDA

Définition : *Taux comparatif de décès dus au SIDA et à l'infection par le VIH (codes 042 à 044 de la CIM-9) pour 100 000 habitants.*

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

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

2.0 Déterminants non médicaux de la santé

Conditions de vie et de travail

2.1 Obtention d'un diplôme d'études secondaires

Définition : *Proportion de la population de 25 à 29 ans titulaire d'un diplôme d'études secondaires.*

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.2 Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires

Définition : *Proportion de la population de 25 à 54 ans titulaire d'un certificat ou d'un diplôme d'études postsecondaires.*

Mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.3 Taux de chômage

Définition : *Proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.*

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

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

2.4 Chômage de longue durée

Définition : *Proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'a eu aucun emploi durant l'année courante ou l'année précédente.*

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 : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.5 Chômage chez les jeunes

Définition : *Proportion de la population active de 15 à 24 ans qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.*

Mesure le succès de la transition du milieu scolaire au marché du travail.

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

2.6 Taux de faible revenu (revenu de 1995)

Définition : *Proportion de personnes dans les familles économiques et de personnes hors famille économique dont le revenu est inférieur aux seuils de faible revenu (SFR) établis par Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu auquel 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. Les données n'ont pas été calculées pour les familles économiques ni les personnes hors famille économique des territoires ou des réserves indiennes.*

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

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.7 Enfants dans les familles à faible revenu (revenu de 1995)

Définition : *Proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant dans des familles économiques dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Les données n'ont pas été calculées pour les familles économiques ni pour les personnes hors famille économique des territoires ou des réserves indiennes.*

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

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.8 Revenu personnel moyen (revenu de 1995)

Définition : *Revenu personnel moyen en provenance de toutes les sources des personnes de 15 ans et plus.*

Un revenu élevé est associé à une meilleure santé.

Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

2.9 Abordabilité du logement (revenu de 1995)

Définition : *Proportion de ménages (locataires, propriétaires et total) qui dépensent au moins 30 % de leur revenu total pour se loger.*

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 : Recensement de 1996, Statistique Canada

3.0 Rendement du système de santé

Caractère approprié

3.1 Accouchement vaginal après une césarienne

Définition : *Proportion de femmes ayant subi précédemment une césarienne qui accouchent par voie vaginale dans un hôpital de soins de courte durée.*

(Code de diagnostic 654.2 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC.)

De nombreuses études montrent que l'accouchement vaginal est sans danger pour beaucoup de femmes qui ont donné naissance par césarienne antérieurement. On devrait donner la possibilité d'accoucher par voie vaginale à toute femme ayant subi antérieurement une césarienne à la partie basse segmentaire de l'utérus qui ne porte qu'un seul fœtus avec présentation du sommet et ne présente aucune contre-indication à l'épreuve du travail. (Directives cliniques. Accouchement vaginal après une césarienne. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1977.)

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

3.2 Césarienne

Définition : *Proportion de femmes qui accouchent par césarienne à l'hôpital. Étant donné les caractéristiques de la banque de données, les mortinaissances sont exclues du dénominateur.*

(Codes d'intervention 86.0 à 86.2, 86.8 ou 86.9 de la CCA; codes d'intervention 74.0 à 74.2, 74.4 ou 74.99 de la CIM-9-MC).

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Efficacité

3.3 Taux d'hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe

Définition : *Taux comparatif d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée à la suite d'une pneumonie ou de la grippe, pour 100 000 personnes de 65 ans et plus.*

(Diagnostic principal : codes de diagnostic 480 à 487 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC).

Cet indicateur reflète la part du fardeau de la maladie attribuable à la pneumonie et à la grippe, fardeau qui pourrait être prévenu en partie grâce aux programmes de vaccination contre la grippe et les infections à pneumocoques. L'observation de taux élevés de pneumonies et de grippes évitables donnent à penser qu'il pourrait exister un problème d'accès aux programmes d'immunisation.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

3.4 Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Définition : *Taux comparatif d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée pour des affections pour lesquelles la prestation de soins ambulatoires appropriés prévient ou réduit le besoin d'hospitalisation.*

(D'après une liste établie par Alberta Health — Diagnostic principal : codes de diagnostic 250, 291 et 292, 300, 303 à 305, 311, 401 à 405 ou 493 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC.)

Bien que toutes les hospitalisations à la suite d'une affection qui se prête au traitement ambulatoire ne puissent être évitées, on suppose que la prestation préalable de soins ambulatoires appropriés permettrait de prévenir la manifestation de ce genre de maladies ou d'affections, de contrôler tout épisode aigu de la maladie ou de l'affection, ou de maîtriser une maladie ou une affection chronique. Le taux « correct » d'hospitalisations est inconnu, mais on suppose qu'un taux anormalement élevé témoigne de difficultés à obtenir des soins primaires.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Efficiencia

3.5 Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation

Définition : *Pourcentage de patients hospitalisés en établissement de soins de courte durée pour des problèmes de santé ou des interventions qui se prêtent souvent au traitement ambulatoire sans exiger une hospitalisation. Ces problèmes de santé sont classés dans la catégorie des « cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation » et les calculs sont basés sur la méthode des groupes de maladies analogues, ou méthode CMG (case mix group).*

(Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation classés selon la méthode CMG : insertion du cristallin (055), autres interventions ophtalmiques (057), autres interventions ophtalmiques (063), ethmoïdectomie (088), extraction/restauration dentaire (089), interventions à l'oreille externe ou moyenne (090), interventions nasales (091), tympanectomie (092), amygdalectomie et adénoïdectomie (093), sinusite (113), mal de gorge (114), diagnostic ORL divers (115), croup (116), athérosclérose (229), affections valvulaires acquises (232), hypertension (233), affections cardiaques congénitales (234), interventions à l'anus ou à l'estomac (266), opérations d'hernie unilatérale (271), interventions sur les tissus mous (378), autres interventions sur l'appareil musculosquelettique (379), autres interventions au membre inférieur (380), interventions à la main et au poignet (381), arthroscopie (382), dorsalgie (409), symptômes et déformations articulaires (411), déséquilibre articulaire (413), entorses, foulures et blessures mineures (414), autres interventions transurétrales ou biopsies (512), interventions urologiques diverses (514), diagnostics urologiques divers (534), hématurie (535), obstruction urinaire (536), hospitalisation pour dialyse (538), interventions diverses sur l'appareil reproducteur masculin (554), circoncision (555), diagnostics divers concernant l'appareil reproducteur masculin (563), laparoscopie gynécologique (585), occlusion des trompes (586), interventions gynécologiques diverses (587), interventions gynécologiques diverses (596), hospitalisation <3 jours pour faux travail (619), anxiété (791), troubles de l'adaptation (792), troubles de la personnalité avec diagnostic d'axe III (793), troubles de la personnalité sans diagnostic d'axe III (794), dysfonction sexuelle et troubles de la sexualité (795), troubles spécifiques du développement (796), diagnostics psychiatriques divers (797), annulation d'intervention (852), ligature des veines et éveil (893), intervention non connexe en salle d'opération (906), diagnostic psychiatrique dépassé (909)).

L'analyse des cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation peut entraîner l'examen des cas d'hospitalisations afin de repérer les cas qui pourraient être suivis par le service de consultations externes. Les groupes de maladies analogues associés aux cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation ne sous-entendent pas que le malade doit être traité par le service de consultations externes, car l'hospitalisation de ces malades pourrait être justifiée.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

3.6 Pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles pourraient être fourni un autre niveau de soins

Définition : *Pourcentage de journées d'hospitalisation pour lesquelles un médecin (ou une autre personne désignée) a indiqué qu'un patient occupant un lit d'hôpital de soins de courte durée était suffisamment bien pour recevoir des soins ailleurs.*

Cet indicateur est conçu pour évaluer le processus mis en place pour assurer le placement de tout patient dans l'établissement de soins le plus approprié. Il indique la proportion de patients qui occupent un lit de soins de courte durée parce que des services ne sont pas disponibles dans un autre établissement plus approprié.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

3.7 Durée prévue de l'hospitalisation par rapport à la durée réelle

Définition : *Nombre réel moyen de journées passées dans un hôpital de soins de courte durée comparativement à la durée prévue du séjour.*

On calcule la durée prévue du séjour pour des patients-types en tenant compte de la raison de l'hospitalisation, de l'âge, de la comorbidité et des complications. Les cas-types n'incluent pas les décès, les transferts, les sorties volontaires ni les cas où la durée réelle de séjour est supérieure à la « limite » établie par l'ICIS. Les calculs se fondent sur la méthode des groupes de maladies analogues, ou méthode CMG et sur l'étalonnage établi pour l'année observée (c.-à-d. utilisation de la méthode CMG de 1999 pour les données de 1998-1999). Un rapport positif indique que la durée réelle d'hospitalisation est supérieure à la durée prévue, tandis qu'un rapport négatif sous-entend que la durée réelle moyenne d'hospitalisation a été plus courte que prévue.

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

Sécurité

3.8 Taux d'hospitalisations liées à une fracture de la hanche

Définition : *Taux comparatif d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée à la suite d'une fracture de la hanche, pour 100 000 personnes de 65 ans et plus.*

(Diagnostic principal : codes de diagnostic 820.0 à 820.3, 820.8, 820.9 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC.)

Les fractures de la hanche ont diverses causes, y compris les dangers environnementaux, la prescription de psychotropes éventuellement

inappropriés aux personnes âgées traitées au service de consultations externes et les problèmes de sécurité dans les établissements de soins prolongés. La fracture de la hanche peut non seulement entraîner une incapacité ou la mort, mais aussi avoir des répercussions considérables sur l'autonomie et sur la qualité de la vie. Cette mesure se fonde non pas sur le nombre de personnes victimes d'une fracture, mais sur le nombre d'hospitalisations pour fracture de la hanche. Certains cas peuvent correspondre à une réhospitalisation pour un traitement supplémentaire ou à un transfert d'un établissement médical à un autre. Donc, le taux d'hospitalisations pourrait représenter une surestimation de l'incidence de la fracture de la hanche.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

4.0 Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

4.1 Chiffres de population (1996 et 1997)

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

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

Source : Division de la démographie, Statistique Canada. Les chiffres sont calculés d'après les données de recensement et d'après les données administratives sur la natalité, la mortalité et la migration. Les chiffres de population du Québec et de la Colombie-Britannique ont été fournis par l'Institut de la statistique du Québec et par BC Stats, respectivement.

4.2 Proportion de personnes de 65 ans et plus

Définition : *Proportion de personnes de 65 ans et plus qui vivent dans un secteur géographique particulier, selon le sexe.*

Les Canadiens de 65 ans et plus font l'objet d'une observation spéciale, parce qu'ils représentent une proportion croissante de la population et que leurs besoins de services de santé sont plus grands que ceux du reste de la population.

Source : Division de la démographie, Statistique Canada. Les chiffres sont calculés d'après les données de recensement et d'après les données administratives sur la natalité, la mortalité et la migration. Les chiffres de population du Québec et de la Colombie-Britannique ont été fournis par l'Institut de la statistique du Québec et par BC Stats, respectivement.

4.3 Proportion de personnes vivant en région urbaine

Définition : *Proportion de la population d'un secteur géographique qui vit dans des zones urbaines comptant au moins 1 000 habitants et dont la densité de population est 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 : Calculée d'après les données du recensement de 1996, Statistique Canada

4.4 Proportion d'Autochtones

Définition : *Proportion d'Autochtones dans un secteur géographique.*

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

Source : Recensement de 1996, études de la couverture du recensement de 1996, et estimations de la population tirées de la Division de la démographie, Statistique Canada.

4.5 Proportion d'immigrants

Définition : *Proportion d'immigrants dans un secteur géographique particulier et proportion de ces immigrants qui sont arrivés au Canada de 1981 à 1996.*

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 : Recensement de 1996, Statistique Canada.

4.6 Médecins (omnipraticiens/médecins de famille, spécialistes) par habitant

Définition : *Nombre d'omnipraticiens civils ou de médecins de famille en exercice pour 100 000 habitants le 31 décembre de l'année de référence; nombre de*

médecins spécialistes civils en exercice pour 100 000 habitants le 31 décembre de l'année de référence.

Connaître le rapport du nombre de médecins à la population facilite la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé. Ce rapport ne tient pas compte de la charge de travail ni du genre de services prodigués. Dans certaines régions, les établissements et le personnel de santé prodiguent des services à une collectivité plus grande que la population de la région immédiate. Dans d'autres, les résidents consultent des médecins et des spécialistes établis en-dehors de la région. Le rapport du nombre de médecins à la population reflète le nombre de médecins dans une région, mais ne tient pas compte de ces mouvements. Or, l'effet de ces mouvements varie vraisemblablement d'une région à l'autre.

Source : Base de données médicales Southam, ICIS

4.7 Taux de pontages aortocoronariens par greffe

Définition : *Taux comparatif de pontages aortocoronariens par greffe (PACG) pratiqués sur des malades hospitalisés en établissement de soins de courte durée pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.*

(Code 48.1 de la CCA ou code d'intervention 36.1 de la CIM-9-MC.)

Comme pour les autres catégories d'interventions, la variation du taux de PACG dépend de nombreux facteurs, y compris des caractéristiques démographiques de la population, du profil de pratique des médecins, de l'accès aux services et de la prévalence des maladies cardiovasculaires. En Ontario, le taux de PACG de référence est fixé à 100 interventions pour 100 000 habitants (*Cardiovascular Health and Services in Ontario*. ICES, 1999).

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

4.8 Taux d'arthroplasties de la hanche

Définition : *Taux comparatif d'arthroplasties complètes de la hanche (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en établissement de soins de courte durée pour 100 000 habitants.*

(Code 93.51 ou 93.59 de la CCA ou code d'intervention 81.51 ou 81.53 de la CIM-9-MC.)

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 pratiques du prestataire de soins et les préférences du patient.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

4.9 Taux d'arthroplasties du genou

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

(Code 93.41 de la CCA ou code d'intervention 81.54 ou 81.55 de la CIM-9-MC.)

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 prestataire de soins et les préférences du patient.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

4.10 Taux d'hystérectomies

Définition : *Taux comparatif d'hystérectomies pratiquées chez des femmes hospitalisées en établissement de soins de courte durée pour 100 000 femmes de 20 ans et plus.*

(Codes 80.2 à 80.7 de la CCA ou codes d'intervention 68.3 à 68.9 de la CIM-9-MC.)

Les taux d'utilisation pourraient refléter le degré d'incertitude quant au recours approprié à cette intervention chirurgicale. Le niveau « correct » d'utilisation n'est pas établi. Au Canada, le taux d'hystérectomies varie d'un facteur deux ou trois d'une région à l'autre.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2000

© 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.