

RAPPORT DU NUNAVUT SUR LES
INDICATEURS COMPARABLES DE LA SANTÉ



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

GOUVERNEMENT DU NUNAVUT





Rapport préparé par :

- **Sylvia Healey, M. Sc.**,
épidémiologiste, directrice de l'information et de la recherche
- **Danielle Plaza**,
spécialiste de l'information sur la santé
- **Abdul Qayyum**,
spécialiste de l'information sur la santé
- **Lynda Porter**,
commis à la saisie de données médicales
- **Kevin Kablutsiak**,
commis à la saisie de données médicales
- **Courtney Seguin**,
commis à la saisie de données médicales

Information au sujet des domaines des programmes :

- **Jean-Frédéric Beauchesne**,
coordonnateur des soins de santé primaires
- **Amy Caughey**,
promotion de la santé et de la nutrition
- **Carol Gregson**,
spécialiste de la promotion de la santé
- **Barb Harvey**,
conseillère en soins infirmiers communautaires
- **Gwen Healey**,
spécialiste de la promotion de la santé
- **Anna-Marie Hedley**,
directrice, statistiques de l'état civil
- **Amber Jackson**,
conseillère en soins infirmiers communautaires
- **Ainiak Korgak**,
directeur, promotion de la santé
- **Erin Levy**,
spécialiste de la réduction du tabagisme
- **Dr. William McDonald**,
directeur, affaires médicales et télésanté
- **Dr. Geraldine Osborne**,
médecin hygiéniste en chef adjointe
- **Carolina Palacios**,
conseillère en maladies infectieuses
- **Elaine Randell**,
coordonnatrice régionale de lutte contre la tuberculose
- **Dr. Jim Talbot**,
médecin hygiéniste en chef
- **Bruce Trotter**,
conseiller en santé environnementale



Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

C'est avec plaisir que je présente le deuxième rapport du Nunavut sur la santé et le rendement du système de santé.

En septembre 2000, le *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres* invitait les ministres de la Santé à collaborer au développement d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, en vue de produire des rapports portant sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services.

C'est avec fierté que je souligne l'engagement du gouvernement du Nunavut à produire régulièrement des rapports publics, le premier de ces rapports ayant été publié en septembre 2002. Depuis ce temps, à la suite de la signature en février 2003 de l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, les travaux se sont poursuivis afin de développer de nouveaux indicateurs permettant de mesurer les progrès concernant la mise en place des réformes prévues à l'Accord et l'atteinte des objectifs concernant l'accès à des services en temps opportun, la qualité des services, la viabilité, l'état de santé et le bien-être.

Les Nunavummiut souhaitent que de tels rapports permettent à leur gouvernement de rendre des comptes plus adéquatement, car ils ont le droit de savoir comment le Nunavut se compare avec le reste du Canada.

Au nom du premier ministre et de mes collègues de l'Assemblée législative, je tiens à remercier tous les professionnels de la santé du Nunavut pour leur travail inlassable qu'il importe de souligner.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Levinia Brown

Ministre, Le ministère de la Santé et des Services sociaux
30 novembre 2004

Responsabilité concernant le Rapport du Nunavut sur les indicateurs comparables pour l'année 2004

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut est responsable de l'intégrité des données contenues au Rapport du Nunavut sur les indicateurs comparables pour l'année 2004. La responsabilité du ministère comprend notamment le maintien des systèmes et des contrôles afin de s'assurer que l'information est objective, complète et fiable en conformité avec les exigences en matière de rapports approuvées par la Conférence des sous-ministres de la Santé.

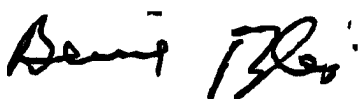
Autant que nous sachions, cette information est fiable et exempte d'erreurs, toutefois, nous sommes bien conscients que les données des indicateurs de santé doivent être améliorées, tout particulièrement dans le cas d'une population de faible taille comme c'est le cas au Nunavut.

Afin de préparer le présent rapport, le ministère a utilisé de l'information provenant de sources extérieures comme cela est indiqué dans le rapport. La responsabilité du ministère au sujet des informations fournies par des sources extérieures se limite à être raisonnablement sûr qu'elles ne contiennent pas d'information trompeuse.

Les indicateurs de santé contenus au rapport se conforment aux définitions, aux spécifications techniques et aux normes approuvées par la Conférence des sous-ministres de la Santé. Le rapport mentionne et décrit adéquatement toutes dérogations aux normes approuvées.

L'opinion émise par le Vérificateur général du Canada au sujet du rapport tient compte des normes relatives aux missions de certification établies par l'Institut canadien des comptables agréés. Le rapport du Vérificateur général est inclus ci-après.

Bernie Blais



Sous-ministre, Le ministère de la Santé et des Services sociaux
30 novembre 2004

Exclusions

Nous ne présentons pas de données au sujet des indicateurs mentionnés ci-dessous, car le Nunavut n'était pas inclus dans les enquêtes statistiques qui s'y rapportent.

1a-PC	Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi pendant les heures régulières de jour*
1b-PC	Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi le soir ou les fins de semaine*
2a-PC	Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé pendant les heures régulières de jour *
2b-PC	Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé le soir ou les fins de semaine*
2c-PC	Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé la nuit**
3a-PC	Difficulté à obtenir des soins immédiats pendant les heures régulières de jour *
3b-PC	Difficulté à obtenir des soins immédiats le soir ou les fins de semaine*
3c-PC	Difficulté à obtenir des soins immédiats la nuit*
4-PC	Proportion de la population ayant un médecin de famille régulier
20a-OI	Temps d'attente médian pour la chirurgie
20b-OI	Distribution de temps d'attente pour la chirurgie
21a-OI	Temps d'attente médian pour une visite chez un médecin spécialiste
21b-OI	Distribution de temps d'attente pour une visite chez un médecin spécialiste
33a-DM	Temps d'attente médian pour des services diagnostiques*
33b-DM	Distribution de temps d'attente pour des services diagnostiques *
37a-HLT	Espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) pour l'ensemble de la population*
37b-HLT	Espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) selon le statut socio-économique *

Nous ne présentons pas de données au sujet des indicateurs mentionnés ci-dessous, car les services de télésanté ne sont pas disponibles au Nunavut

9-PC	Satisfaction des patients au sujet des lignes info santé ou des services de télésanté*
10-PC	Perception des patients au sujet des lignes info santé ou des services de télésanté
11-PC	Proportion de la population ayant utilisé les services d'info santé ou de télésanté

Nous ne présentons pas de données au sujet des indicateurs mentionnés ci-dessous, car les données ne sont pas disponibles ou il existait des doutes quant à la qualité des données

14-PC	Proportion de femmes âgées entre 50 et 69 ayant passé une mammographie au cours des deux dernières années
17a-OI	Temps d'attente médian pour une chirurgie de pontage cardiaque
17b-OI	Distribution de temps d'attente une chirurgie de pontage cardiaque
18a-OI	Temps d'attente médian pour une chirurgie d'arthroplastie de la hanche
18b-OI	Distribution de temps d'attente pour une chirurgie d'arthroplastie de la hanche
19a-OI	Temps d'attente médian pour une chirurgie d'arthroplastie du genou
19b-OI	Distribution de temps d'attente pour une chirurgie d'arthroplastie du genou
22-OI	Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM)
23-OI	Taux de réadmission pour la pneumonie
24-OI	Taux de mortalité dans les 30 jours pour l'infarctus aigu du myocarde (IAM)
25-OI	Taux de mortalité dans les 30 jours pour l'accident vasculaire cérébral
26-OI	Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)

27-OI	Taux de survie dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral
30-DR	Dépenses pour des médicaments délivrés sur ordonnance calculées proportionnellement au revenu*
31a-DM	Temps d'attente médian pour la radiothérapie pour le cancer de la prostate
31b-DM	Distribution de temps d'attente pour la radiothérapie pour le cancer de la prostate
32a-DM	Temps d'attente médian pour la radiothérapie pour le cancer du sein
32b-DM	Distribution de temps d'attente pour la radiothérapie pour le cancer du sein
36b-HLT	Espérance de vie selon le statut socio-économique
41-HLT	Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate
46-HLT	Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon
47-HLT	Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer de la prostate
48-HLT	Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du sein
49-HLT	Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer colorectal
64-HLT	Taux d'exposition à la fumée secondaire
69-HLT	Vaccination contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans ou plus *
70-HLT	Incidence de la dépression

Les données au sujet des indicateurs mentionnés ci-dessous ne font pas partie du présent rapport, mais sont disponibles sur le site Web de l'ICIS : www.icis.ca/indicateurs-comperables.

6-PC	Satisfaction des patients au sujet de l'ensemble des services de soins de santé
8-PC	Satisfaction des patients au sujet des soins communautaires
29-OI	Satisfaction des patients au sujet des soins en milieu hospitalier
35-HR	Satisfaction des patients au sujet des soins fournis par les médecins
50-HLT	Taux d'incidence du cancer du poumon
52-HLT	Taux d'incidence du cancer du sein
51-HLT	Taux d'incidence du cancer de la prostate
53-HLT	Taux d'incidence du cancer colorectal

** indicateurs d'intérêt particulier*

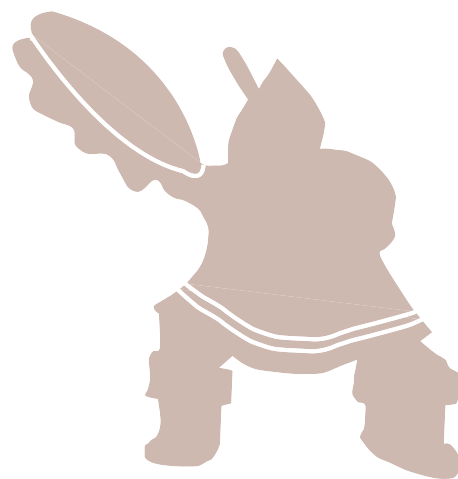


Table des matières

Introduction	1
Soins de santé primaires	2
5-PC Satisfaction des patients au sujet de l'ensemble des services de soins de santé*	2
7-PC Satisfaction des patients au sujet des soins communautaires*	3
12-PC Taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires*	4
13-PC Proportion des femmes âgées entre 18 et 69 qui ont passé au moins un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années	6
Soins à domicile	7
15-HC Nombre des clients des services à domicile par tranche de 100 000 habitants, tous âges confondus	7
16-HC Nombre des clients des services à domicile par tranche de 100 000 habitants, 75 ans et plus	8
Autres programmes et services	9
28-OI Satisfaction des patients pour les services reçus à l'hôpital*	9
Ressources humaines dans le domaine de la santé	10
34-HR Satisfaction des patients pour les services reçus auprès d'un médecin*	10
Les Canadiens en santé	11
36a-HLT Espérance de vie de l'ensemble de la population	11
38-HLT Mortalité infantile	12
39-HLT Faible poids à la naissance	13
40-HLT Taux de mortalité suivant un cancer du poumon	15
42-HLT Taux de mortalité suivant un cancer du sein	16
43-HLT Taux de mortalité suivant un cancer colorectal	16
44-HLT Taux de mortalité suivant un infarctus aigu	17
45-HLT Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral	18
54-HLT Années potentielles de vie perdues par suite d'un suicide	18
55-HLT Années potentielles de vie perdues par suite d'une blessure accidentelle	19
56-HLT Taux d'incidence de méningococcie invasive	20
57-HLT Taux d'incidence de la rougeole	20
58-HLT Taux d'incidence de maladie invasive à <i>Haemophilus influenza</i> de type b	20
59-HLT Taux d'incidence de la tuberculose	20
60-HLT Taux d'incidence d'infection à <i>E. coli</i> vérotoxigène	21
61-HLT Taux d'incidence de chlamydie	21
62-HLT Taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués	22
63-HLT Prévalence du diabète*	23
65-HLT État de santé autodéclaré*	24
66a-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents : proportion d'adolescents fumeurs*	25
66b-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents : proportion de fumeurs quotidiens *	25
67-HLT Activité physique*	26
68-HLT Poids corporel*	27

* indicateurs d'intérêt particulier

Liste des figures

Soins de santé primaires

- 5-PC-1 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2000 et 2003.
- 5-PC-2 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé (taux normalisé selon l'âge), Canada et Nunavut, 2000 et 2003.
- 7-PC-1 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé communautaires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2003.
- 7-PC-2 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé communautaires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2000 et 2003.
- 12-PC-1 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour les affections sensibles aux soins ambulatoires (taux normalisé selon l'âge), Nunavut, 1999-2000 à 2001-2002.
- 12-PC-2 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour les affections sensibles aux soins ambulatoires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001-2002.
- 13-PC-1 Proportion de femmes âgées entre 18 et 69 ans ayant passé au moins un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années (taux normalisé selon l'âge), Nunavut, 2000 et 2003.

Soins à domicile

- 15-HC-1 Clientèles de soins à domicile par catégorie de clients, pour 100 000, Nunavut 2002-2003 et 2003-2004, tous âges confondus.
- 15-HC-2 Soins à domicile, proportion du nombre total d'heures de services, Nunavut, 2003-2004, clients de 60 ans et plus.

Autres programmes et services

- 28-OI-2 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la qualité des soins hospitaliers offerts (taux normalisé selon l'âge), Canada et Nunavut, 2000 et 2003.

Ressources humaines

- 34-HR-1 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la qualité des soins offerts par un médecin, par groupes d'âge, Nunavut, 2000 et 2003.

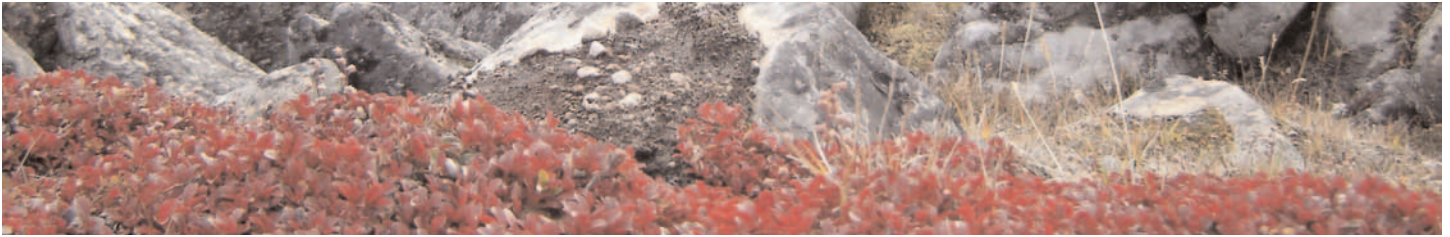
Les Canadiens en santé

- 36a-HLT-1 Espérance de vie à la naissance, Canada et Nunavut, 1991-2001.
- 36a-HLT-2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, Canada et Nunavut, 1991-2001.
- 36a-HLT-3 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001.
- 38-HLT-1 Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances (poids à la naissance de 500 grammes ou plus), Canada, 2001.
- 38-HLT-2 Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances (poids à la naissance de 500 grammes ou plus), Canada et Nunavut, 1991-2001.
- 39-HLT-1 Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2 500g) garçons vs filles, Canada et Nunavut, 2001.

Suite de la Liste des figures...

- 39-HLT-2 Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2 500g) Canada et Nunavut 1991-2001.
- 39-HLT-3 Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2 500g) garçons vs filles, Canada, 2001.
- 40-HLT-1 Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, pour 100 000, (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001.
- 40-HLT-2 Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, pour 100 000, (taux normalisé selon l'âge), Canada et Nunavut, 1991-2001.
- 42-HLT-1 Taux de mortalité suivant un cancer du sein, pour 100 000, (taux normalisé selon l'âge), femmes, Canada, 2001.
- 43-HLT-1 Taux de mortalité suivant un cancer colorectal, pour 100 000, (taux normalisé selon l'âge), Canada, 2001.
- 44-HLT-1 Taux de mortalité suivant un infarctus aigu, pour 100 000, (taux normalisé selon l'âge), 2001.
- 45-HLT-1 Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral, pour 100 000 (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001.
- 54-HLT-1 APVP par suite d'un suicide, pour 100 000, Nunavut et Canada, 1991-2001.
- 55-HLT-1 APVP par suite d'une blessure accidentelle, pour 100 000, hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001
- 59-HLT-1 Taux d'incidence de la tuberculose, pour 100 000, Nunavut, 2000-2002.
- 61-HLT-2 Taux d'incidence de la chlamydie, pour 100 000, Nunavut, 2000 à 2002.
- 61-HLT-1 Fréquence brute de chlamydia par sexe, Nunavut, 2001 et 2002
- 63-HLT-1 Fréquence brute (pourcentage) de diabète par groupes d'âge, Nunavut, 1999-2000
- 63-HLT-2 Fréquence standardisée de diabète par sexe et par personnes âgées de 20 ans et plus, Nunavut, 1999-2000
- 65-HLT-1 Proportion de la population de 12 ans et plus, variables d'état de santé autodéclaré (taux normalisé selon l'âge), Canada vs Nunavut, 2003.
- 66a-HLT-1 Proportion de la population de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs quotidiens ou occasionnels, Canada et Nunavut, 2000 et 2003.
- 66b-HLT-2 Proportion de la population de 12 à 19 ans qui sont des fumeurs quotidiens, Canada et Nunavut, 2000 et 2003
- 67-HLT-1 Proportion de la population de 12 ans et plus, variables d'activité physique (taux normalisé selon l'âge), Canada vs Nunavut, 2003.
- 67-HLT-2 Proportion de la population de 12 ans et plus déclarant être très actifs ou modérément actifs, par groupes d'âge, Nunavut, 2003.
- 68-HLT-1 Proportion de population de 18 ans et plus, variables de poids corporel (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2003.



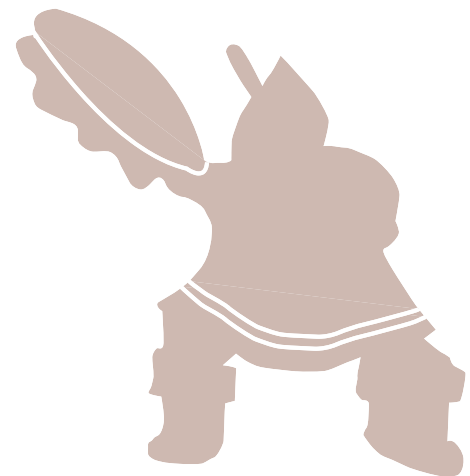


Introduction

En septembre 2002, les 13 provinces et territoires ainsi que le gouvernement du Canada rendaient publics leurs rapports sur les indicateurs comparables. C'était alors la première fois que les ministères de la Santé à l'échelle du Canada présentaient concurremment à leurs électeurs un rapport au sujet de 67 indicateurs fixés conjointement concernant l'état de santé, les résultats de santé et la qualité des services.

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé du mois de février 2003 a donné aux ministres de la Santé le mandat de développer de nouveaux indicateurs afin de poursuivre le travail entrepris à la suite du communiqué émis en septembre 2000. En s'appuyant sur les exigences stipulées dans le communiqué de 2000 et dans l'Accord sur la santé de 2003 ainsi que sur les suggestions d'une gamme d'intervenants et d'experts ou encore lors de consultations menées avec d'autres groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux et le grand public, le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité (CCGR) a recommandé à la Conférence des sous-ministres un total de 70 indicateurs et de 86 sous-indicateurs. Dix-huit indicateurs (26 sous-indicateurs) doivent apparaître dans les rapports de 2004 alors que les 52 autres indicateurs (60 sous-indicateurs) doivent être au moins disponibles sur un site Web commun.

Le CCGR a également entrepris des travaux portant sur le développement d'indicateurs de performance afin de préparer un rapport à long terme (au-delà de 2004). Le développement à long terme comprend des concepts et des indicateurs déterminés qui doivent être perfectionnés.

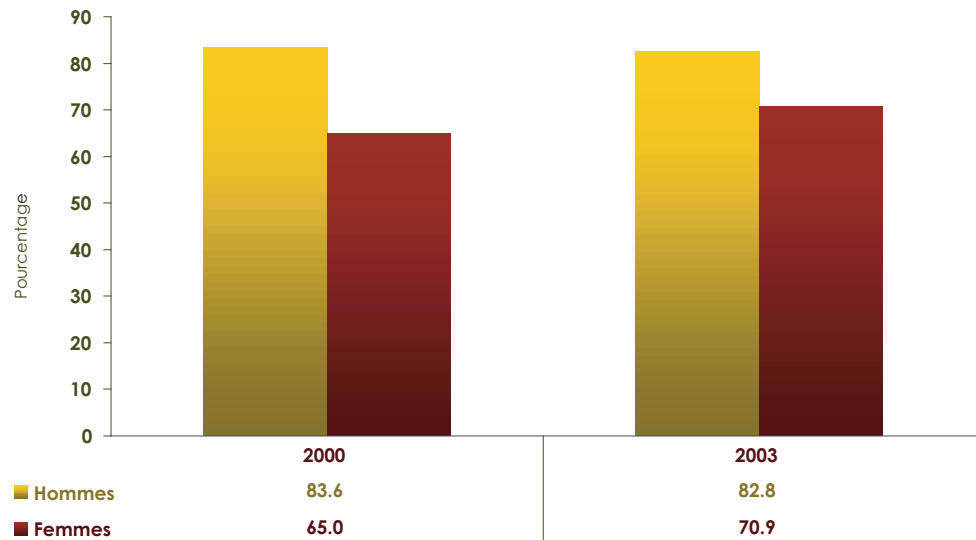


Soins de santé primaires (SP)

Indicateur 5 : Satisfaction des patients concernant la manière d'offrir les services de santé

Figure 5-PC-1

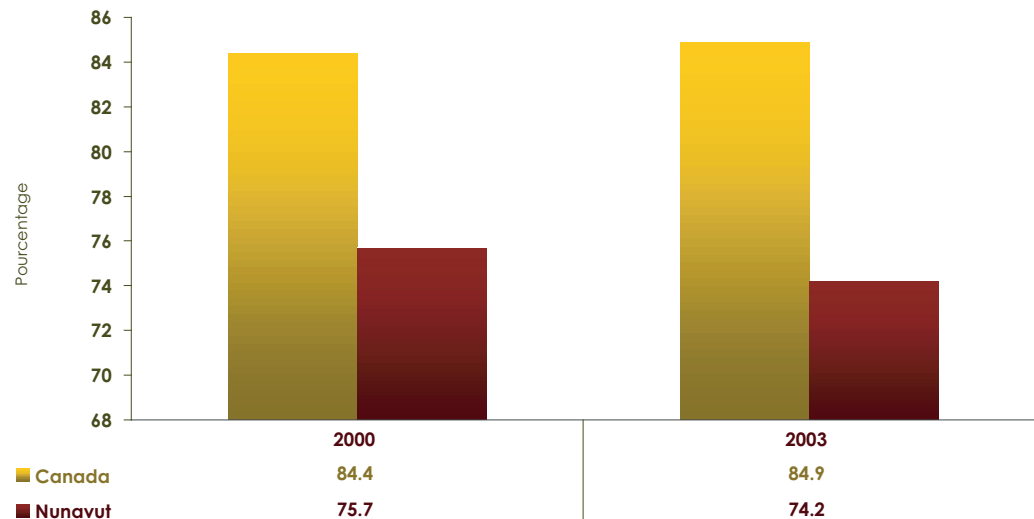
Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir l'ensemble des soins de santé (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2000 et 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-01 et 2003
Voir les notes 1, 6, and 8.

Figure 5-PC-2

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir l'ensemble des soins de santé (taux normalisé selon l'âge), Canada et Nunavut, 2000 et 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-01 et 2003
Voir les notes 1, 6 et 8

La satisfaction des patients concernant la manière d'offrir l'ensemble des services de santé permet de mesurer les méthodes utilisées afin d'offrir les services (par ex. : les compétences linguistiques des fournisseurs de services, la qualité de la nourriture, etc.) plutôt que la satisfaction au sujet de la qualité de l'ensemble des services de santé.

En 2003, environ 74 % des personnes interrogées au Nunavut étaient satisfaites de l'ensemble des services de santé. Le taux de satisfaction au Nunavut est environ 11 % inférieur à celui exprimé dans le reste du Canada.

Indicateur 7 : Satisfaction des patients au sujet des soins communautaires

Figure 7-PC-1

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé communautaires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2003

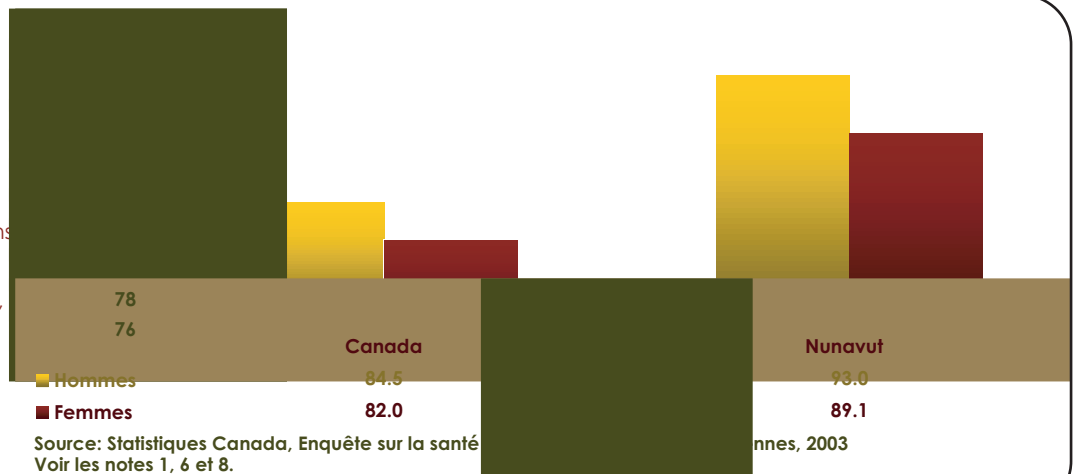
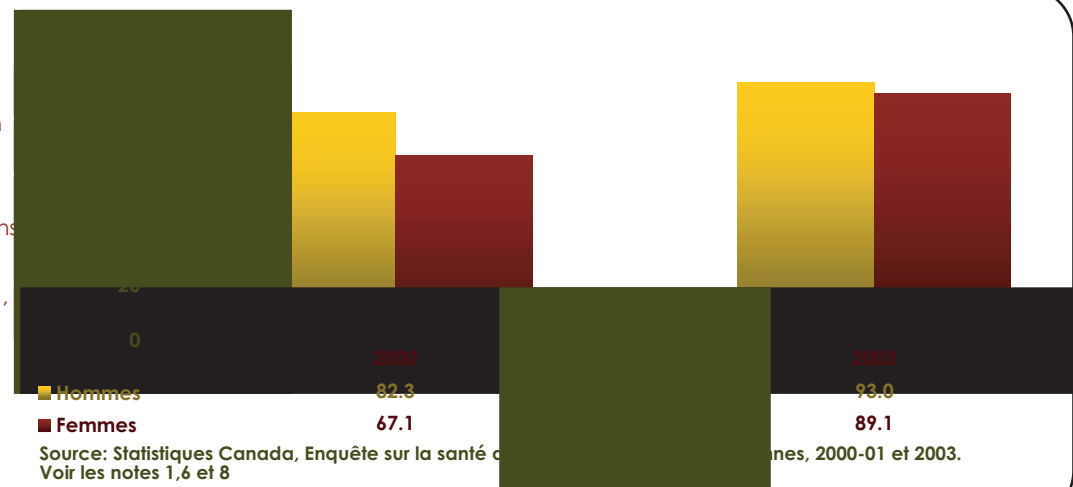


Figure 7-PC-2

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins de santé communautaires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2000 et 2003



Les soins primaires au Nunavut sont principalement offerts par des infirmiers et infirmières en santé communautaire dans des centres de santé communautaire. Environ 82 %¹ des Nunavummiut rencontrent un infirmier ou une infirmière de santé communautaire pour le premier diagnostic et en 2003, plus de 90 % des Nunavummiut indiquaient être satisfaits des soins de santé communautaires. Des médecins visitent régulièrement les collectivités afin de rencontrer les patients.

¹Santé et Services sociaux du Nunavut, Rapport sur le système de santé communautaire, exercice financier 2002-2003, en cours de publication

Indicateur 12 : Taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires

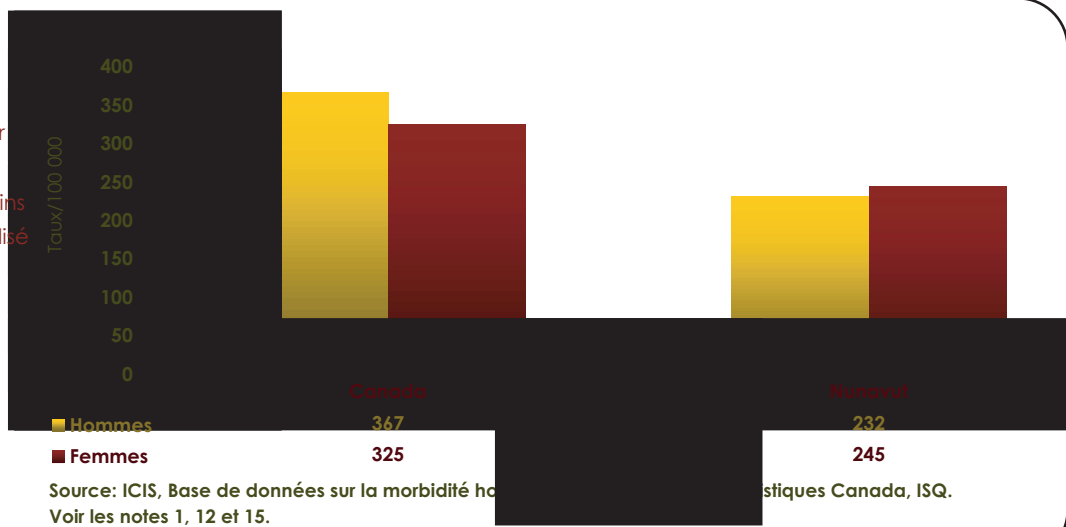
Figure 12-PC-1

Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants pour les affections sensibles aux soins ambulatoires (taux normalisé selon l'âge), Nunavut, 1999-2000 à 2001-2002



Figure 12-PC-2

Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants pour les affections sensibles aux soins ambulatoires (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001-2002



Les taux d'hospitalisation pour des conditions qui pourraient être souvent traitées dans la collectivité constituent un indicateur de l'accès approprié aux soins communautaires. Il s'agit souvent de conditions de santé de longue durée qui pourraient être mieux gérées en offrant des traitements plus efficaces et plus rapides dans la communauté sans requérir d'hospitalisation. Ces conditions comprennent notamment le diabète, l'asthme, les abus et la dépendance à l'alcool ou aux drogues, la névrose, la dépression et la maladie hypertensive. Même si les soins préventifs, les soins primaires et la gestion communautaire de ces conditions n'élimineront pas toutes les hospitalisations, cela pourrait toutefois prévenir plusieurs d'entre elles.^{2,3}

²Anderson, G.M. (1996). Common conditions considered sensitive to ambulatory care. In V. Goel, J.I. Williams, G.M. Anderson, P. Blackstien-Hirsch, C. Fooks & C.D. Naylor (eds.), *Patterns of Health Care in Ontario. The ICES practice atlas (2e édition)*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne. P. 104-110.

³Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation (MCHPE). Ambulatory Care Sensitive (ACS) Conditions. http://www.umaniitoba.ca/centres/mchpe/concept/dict/ACS_conditions.htm.

Les professionnels de la santé croient généralement que la gestion de ces conditions avant qu'une hospitalisation soit requise améliore la santé du patient, contribue à un meilleur état de santé de la population dans son ensemble tout en épargnant de l'argent, car les soins de santé communautaires coûtent habituellement moins chers que les hospitalisations.^{2,4}

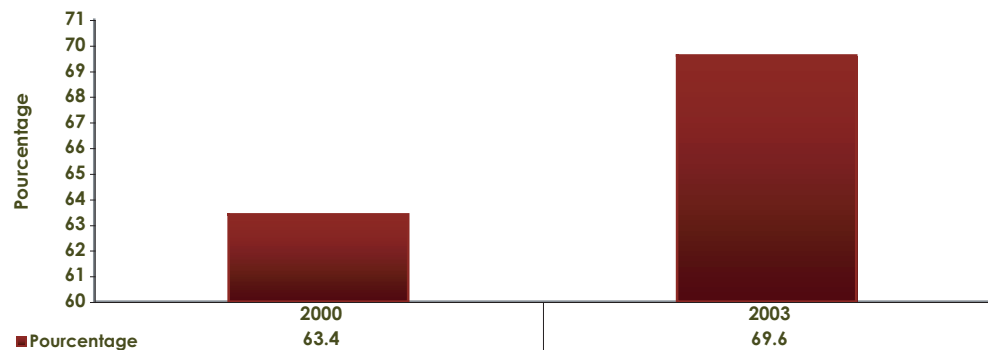
Le taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires est beaucoup moins élevé au Nunavut que dans le reste du Canada. Visiblement, cela indique que des soins préventifs adéquats sont offerts et accessibles dans les collectivités. Les pratiques courantes dans les centres de santé communautaire comprennent des cliniques pour les maladies chroniques. Ces cliniques prévoient de la surveillance régulière, des consultations, du soutien pour les patients et leurs familles, des traitements et des interventions. Tout cela contribue à réduire le nombre d'hospitalisations pour des affections sensibles aux soins ambulatoires.

Les bas taux peuvent également indiquer une prévalence moins élevée d'affections sensibles aux soins ambulatoires parmi les Nunavummiut. Selon une étude récente, les taux autodéclarés d'asthme, d'hypertension et de diabète sont moins élevés au Nunavut que dans le reste du Canada.^{5,6,7}

Indicateur 13 : Proportion des femmes de 18 à 69 ans qui ont passé au moins un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années

Figure 13-PC-1

Proportion de femmes âgées entre 18 et 69 ans ayant passé au moins un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années (taux normalisé selon l'âge), Nunavut, 2000 et 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-01 et 2003. Voir les notes 1, 6 et 18.

Les tests de Papanicolaou détectent les lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus. Cela accorde du temps d'intervention pour éviter des maladies évolutives mortelles.

Au Nunavut, le nombre de femmes ayant déclaré avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années a augmenté de 6 % entre 2001 et 2003. La plupart des centres de santé communautaire fixent des rendez-vous dans le cadre de la clinique « santé des femmes » pour chacune des femmes de la collectivité lorsqu'elle doit passer son test de Papanicolaou. Des cartes de rendez-vous sont remises aux femmes. En fixant ainsi des rendez-vous à l'avance, les femmes ont moins tendance à oublier et cela augmente le nombre de femmes qui passent le test. De plus, le Nunavut a instauré un test de Papanicolaou normalisé utilisant la technique de cytologie en phase liquide qui donne des résultats plus précis que les méthodes précédentes.⁸

⁴Billings, J. Anderson, G.M. & Newman, L.S. (automne 1996) Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs*, 15(3), p. 239-249.

⁵Statistiques Canada, CANSIM, tableau 105-0201. Asthme, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

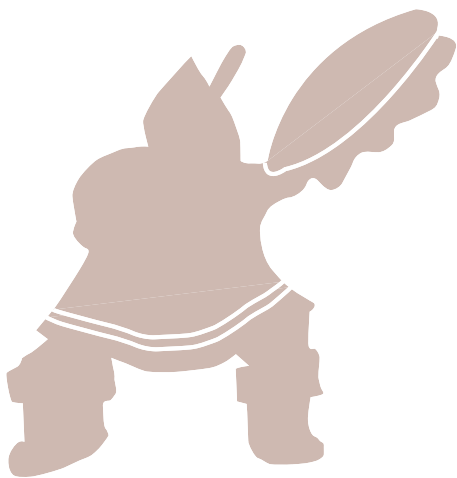
⁶Statistiques Canada, CANSIM, tableau 105-0210. Hypertension artérielle, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

⁷Statistiques Canada, CANSIM, tableau 105-0211. Diabète, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

⁸McCroy DC, Matchar DB, Bastian L. et al. Evaluation of Cervical Cytology. Evidence Report/Technology Assessment No. 5. AHCPR Publication N° 99-E010. Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, février 1999.

La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada recommande que toutes les femmes de 18 ans et plus sexuellement actives passent un test de Papanicolaou. Au début la femme devrait passer deux tests à une année d'intervalle et si ces tests sont satisfaisants la femme devrait alors passer un test tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans.⁹

Le ministère reconnaît l'importance de la prévention primaire. Les activités de santé publique ciblent la prévention en émettant des avis au sujet des comportements à risques élevés en faisant la promotion de pratiques sexuelles sans risques. Le ministère prévoit mener davantage de campagnes de sensibilisation afin d'informer les gens au sujet de l'importance de passer un test annuel de Papanicolaou dans le cadre d'une stratégie de prévention secondaire afin de détecter d'éventuelles lésions précancéreuses afin l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.



⁹Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Lignes directrices pour les programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*. 1998.

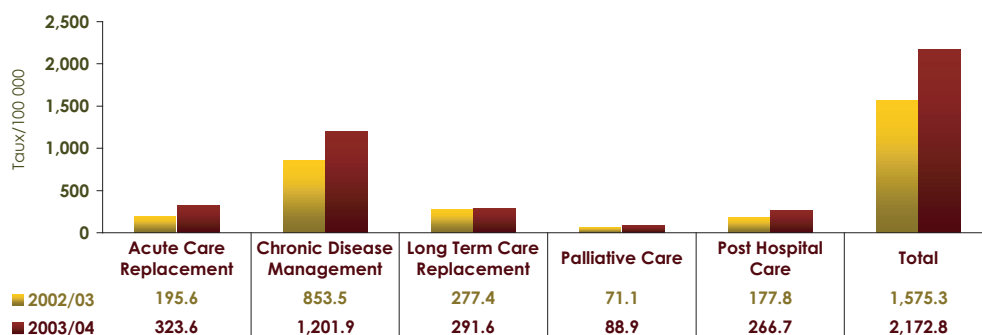
Soins à domiciles (SD)

Indicateur 15 : Clientèles de soins à domicile pour 100 000 de population, tous âges confondus

Le Nunavut reçoit du financement pour son programme de soins à domicile de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Le but du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits est d'offrir des services de base en milieu communautaire qui sont complets, adaptés à la culture, efficaces et semblables à ceux des autres Canadiens en plus de répondre aux besoins particuliers de santé et de services sociaux des Premières nations et des Inuits. Le programme de soins à domicile permet aux personnes ayant des handicaps ou des maladies chroniques ou aiguës ainsi qu'aux personnes âgées de recevoir les soins requis afin qu'elles puissent demeurer dans leur collectivité de résidence.

Figure 15-HC-1

Clientèles de soins à domicile par catégorie de clients, pour 100 000, Nunavut 2002-2003 et 2003-2004, tous âges confondus

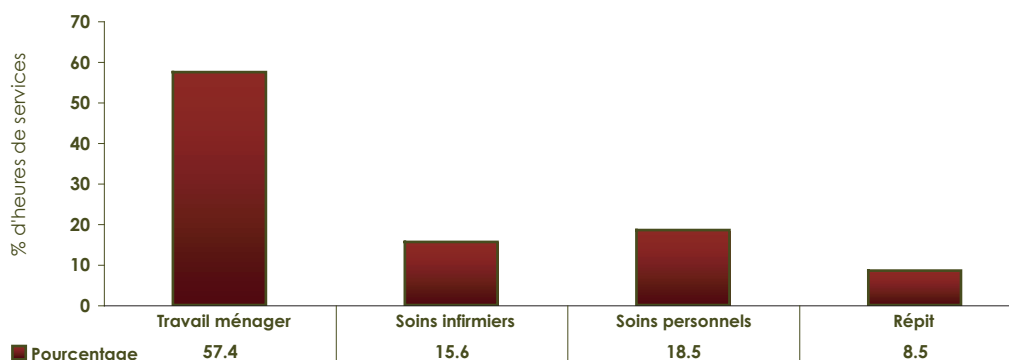


Source: Données du gouvernement du Nunavut sur les soins communautaires et à domicile et Statistiques Canada, prévisions démographiques 2001. Tableau CANSIM 051-0001. Voir la note 13.

Les patients sont évalués et répartis dans l'une des cinq catégories de clientèle : substitution aux soins de courte durée, gestion des maladies chroniques, substitution aux soins de longue durée, soins palliatifs et soins posthospitaliers. Au cours de l'exercice 2003-2004, la majorité, soit 55 % des clients des soins à domicile au Nunavut étaient référés dans la catégorie de gestion des maladies chroniques. De l'exercice financier 2002-2003 à l'exercice 2003-2004, le nombre de clients a augmenté dans l'ensemble des catégories de clientèle.

Figure 15-HC-2

Soins à domicile, proportion du nombre total d'heures de services, Nunavut, 2003-2004, clients de 60 ans et plus

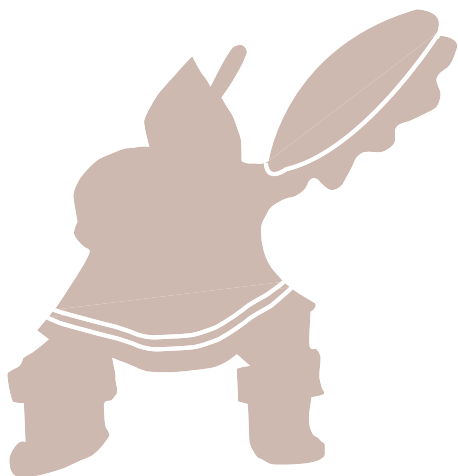


Source: Données du gouvernement du Nunavut sur les soins communautaires et à domicile et Statistiques Canada, prévisions démographiques 2001. Tableau CANSIM 051-0001. Voir la note 13.

Les services de travail ménager représentent 57 % des services offerts aux patients de plus de 60 ans. Le travail ménager comprend des tâches comme laver la vaisselle, faire l'épicerie et faire les lits. Les établissements pour les aînés sont peu nombreux au Nunavut et les services de travail ménager permettent aux personnes âgées de demeurer dans leur résidence à proximité de leur famille.

Indicateur 16 : Clientèles de soins à domicile pour 100 000 de population, 75 ans et plus

Au cours de l'exercice 2002-2003, 106 clients âgés de 75 ans et plus ont reçu des services de soins à domicile, ce qui représente 63,855 clients pour 100 000 habitants.

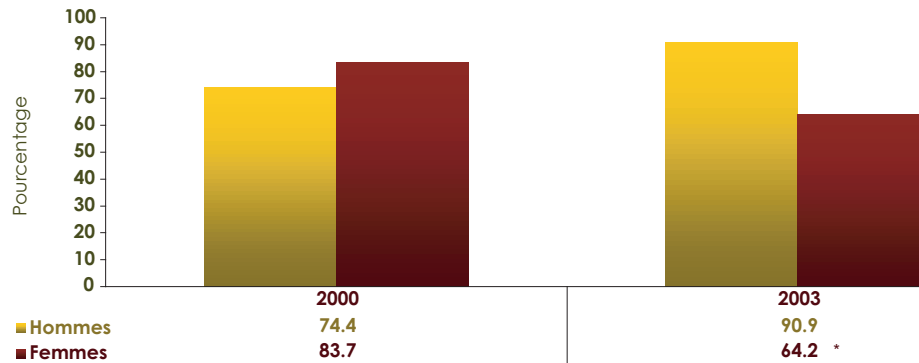


Autres programmes et services (OI)

Indicateur 28 : Satisfaction des patients pour les services reçus à l'hôpital

Figure 28-OI-1

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la manière d'offrir les soins hospitaliers (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Nunavut, 2000 et 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-01 et 2003. Voir les notes 1, 6, 8 et 18. * C.V. se situe entre 16,6% et 33,3% -- à utiliser avec précaution.

La satisfaction des patients concernant la manière d'offrir l'ensemble des services de santé permet de mesurer les méthodes utilisées afin d'offrir les services (par ex. : les services dans la langue du patient, la qualité de la nourriture, etc.) plutôt que la satisfaction au sujet de la qualité de l'ensemble des services de santé. On posait aux personnes interrogées des questions au sujet de leur plus récente visite à l'hôpital au cours de la dernière année.

Il y a un seul hôpital dans le territoire et les résidents des 24 autres collectivités doivent quitter leur famille et leur collectivité pour recevoir des soins hospitaliers. Très souvent, ces personnes doivent même quitter le territoire pour être hospitalisées.

Des plans sont en cours de préparation pour deux autres hôpitaux à Rankin Inlet et Cambridge Bay, ce qui réduirait le nombre de patients ayant à se déplacer à l'extérieur du territoire pour des hospitalisations.

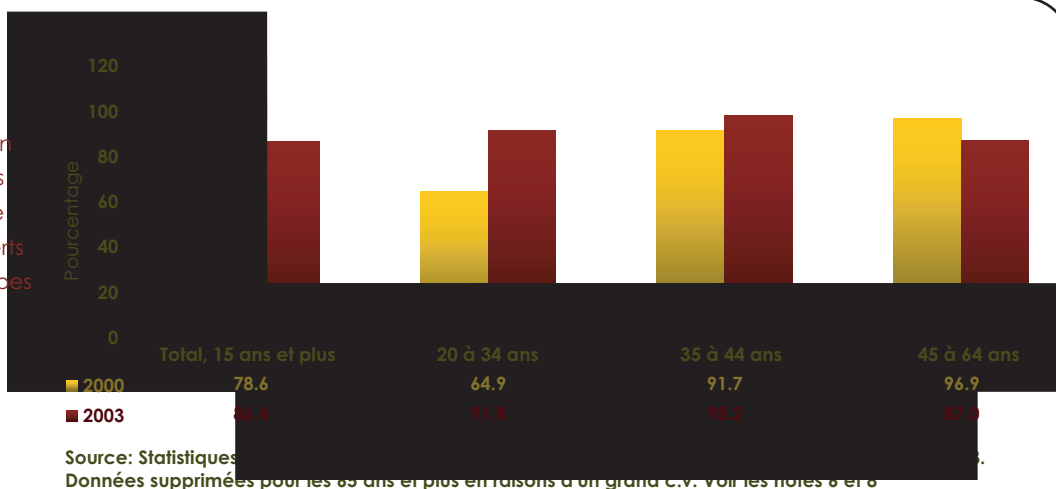


Ressources humaines

Indicateur 34 : Satisfaction des patients pour des services reçus auprès d'un médecin

Figure 34-HR-1

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus très satisfaite ou assez satisfaite de la qualité des soins offerts par un médecin, par groupes d'âges, Nunavut, 2000 et 2003



Les indicateurs de satisfaction des patients s'appuient sur les plus récentes visites à un médecin.

En moyenne en 2002 et 2003, 83 % Nunavummiut ont déclaré être satisfaits des services reçus auprès d'un médecin. Ce taux de satisfaction s'applique de manière à peu près égale pour tous les groupes d'âge.

Au Nunavut, les patients peuvent rencontrer un médecin pour des soins primaires uniquement dans deux collectivités, Iqaluit et Pond Inlet. Dans les autres collectivités, les patients rencontrent un médecin pour un suivi médical après avoir été référés par un infirmier ou une infirmière. De nouvelles initiatives sont mises en place afin de mettre un patient en communication avec un médecin au moyen de la télésanté, mais ce service n'est pas encore utilisé pour des soins primaires.

En 2000, il y avait 22 médecins par 100 000 habitants au Nunavut comparativement à 95 par 100 000 habitants dans le reste du Canada.¹⁰ Le Nunavut, comme le Canada dans son ensemble, fait face à de grands défis afin de recruter et de maintenir en poste des médecins.

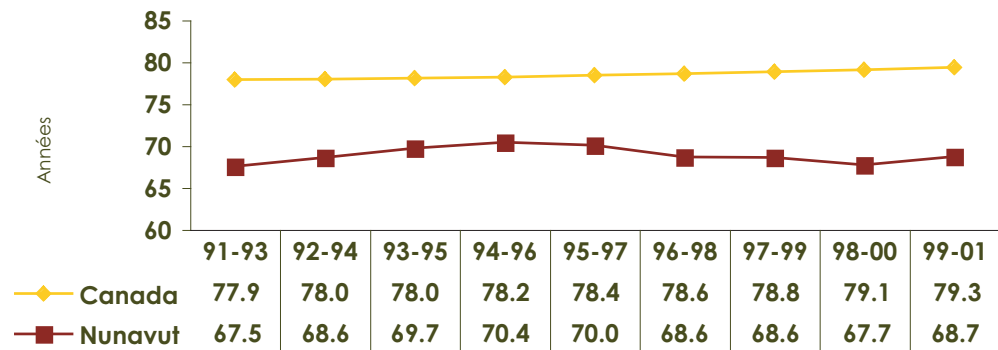
¹⁰Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, 2003.

Les Canadiens en santé

Indicateur 36a : Espérance de vie de l'ensemble de la population

Figure 36a-HLT-1

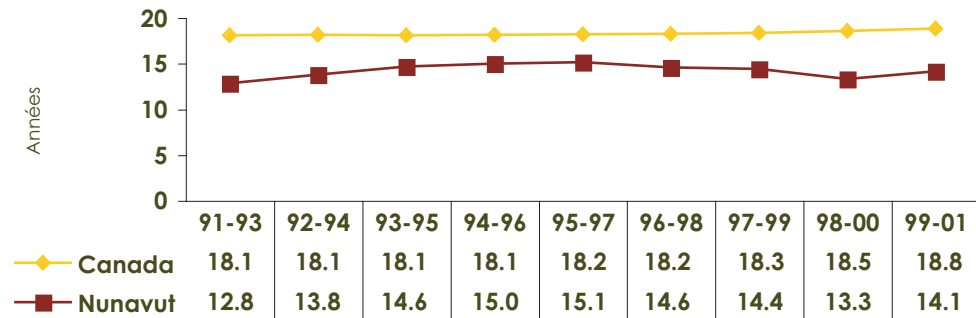
Espérance de vie à la naissance, Canada et Nunavut, 1991-2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès et division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ
Moyennes mobiles sur trois ans. Voir les notes 2 et 10.

Figure 36a-HLT-2

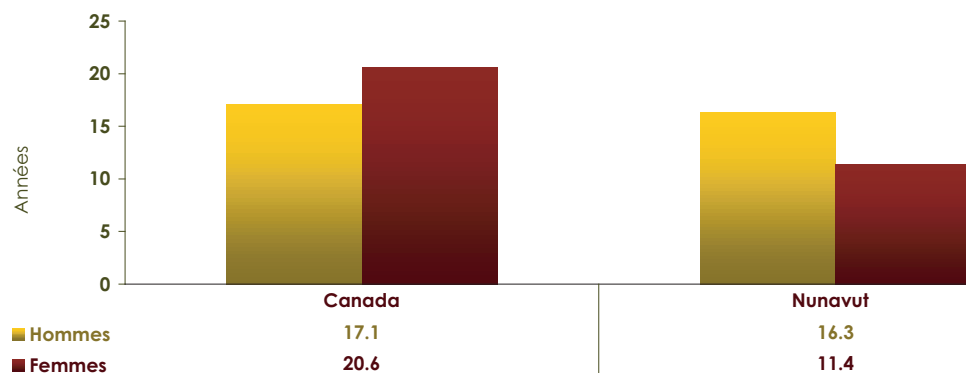
Espérance de vie à l'âge de 65 ans, Canada et Nunavut, 1991-2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès et division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ
Moyennes mobiles sur trois ans. Voir les notes 2 et 10.

Figure 36a-HLT-3

Espérance de vie à l'âge de 65 ans, hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès et division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ. Voir la note 10.

L'espérance de vie à la naissance pour les Nunavummiut est de dix ans moins élevée que pour les autres Canadiens.

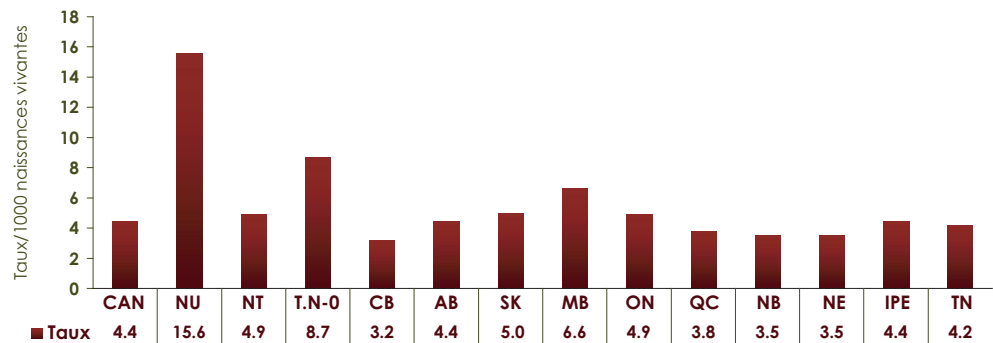
L'espérance de vie donne un aperçu de l'état de santé de la population dans son ensemble ainsi que de la qualité des soins de santé reçus par les personnes lorsqu'elles sont malades : une population en santé qui a accès à des services de santé de qualité devrait avoir une espérance de vie plus longue. L'augmentation de l'espérance de vie, accompagnée d'une augmentation de la prévalence de maladies présentant des symptômes débilitants ne sera pas considérée de la même façon que l'augmentation de l'espérance de vie où les années ajoutées sont vécues en bonne santé.

La prévention de la maladie est une composante fondamentale de l'espérance de vie. Le Nunavut a mis en place plusieurs programmes afin de prévenir la maladie, notamment la Stratégie de réduction du tabagisme, et le Plan de vie saine. Des cliniques de santé publique sont également offertes dans chaque collectivité, notamment les cliniques « Femmes en santé », « Hommes en santé », « Enfants en santé » et « Maladies chroniques. » Des mesures de prévention de la maladie comme l'immunisation sont appliquées en plus d'assurer des suivis et de prodiguer des conseils au sujet des maladies infectieuses et chroniques ainsi que des soins prénataux et des soins aux nourrissons.

Indicateur 38 : Mortalité infantile

Figure 38-HLT-1

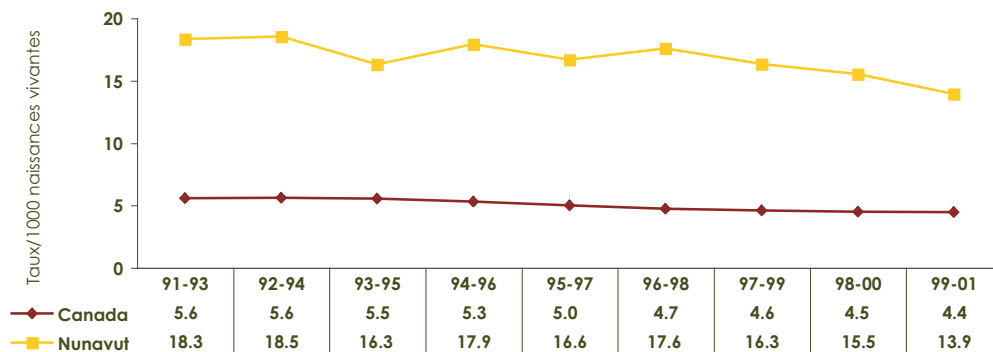
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances (poids à la naissance de 500 grammes ou plus), Canada, 2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès, ISQ. Voir la note 3 et 16.

Figure 38-HLT-2

Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances (poids à la naissance de 500 grammes ou plus), Canada et Nunavut, 1991-2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès; ISQ Moyennes mobiles sur trois ans. Voir les notes 2,3 et 16

Cet indicateur présente le nombre d'enfants décédés au cours de leur première année de vie, établi selon un taux par 1000 naissances vivantes pour chaque année.

La mortalité infantile est une mesure établie depuis longtemps afin de mesurer l'état de santé des enfants. Cet indicateur reflète l'état de santé et de prestation des soins de santé, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée aux soins maternels et à la santé des enfants. Un des principaux éléments du risque lié à la mortalité infantile au Canada est le faible poids à la naissance. Les naissances avant terme constituent approximativement 75 à 85 % de toutes les morts périnatales au Canada.¹¹ Un faible statut socio-économique est également un facteur associé à un taux élevé de mortalité infantile.

En 2001, le taux de mortalité infantile du Nunavut était de 15,6 par 1000 naissances vivantes, soit approximativement trois fois plus élevé que pour l'ensemble du Canada. Le taux de décès des enfants au Nunavut est en baisse constante depuis qu'il est enregistré en 1991. On croit que cette baisse est due à l'augmentation de soins prénatals réguliers et dès le début de la grossesse, de soins obstétriques pendant le travail et l'accouchement, de soins post-partum ainsi que l'augmentation du niveau de scolarité des mères.

Indicateur 39 : Faible poids à la naissance

Figure 39-HLT-1

Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2500g) garçons vs filles, Canada et Nunavut, 2001

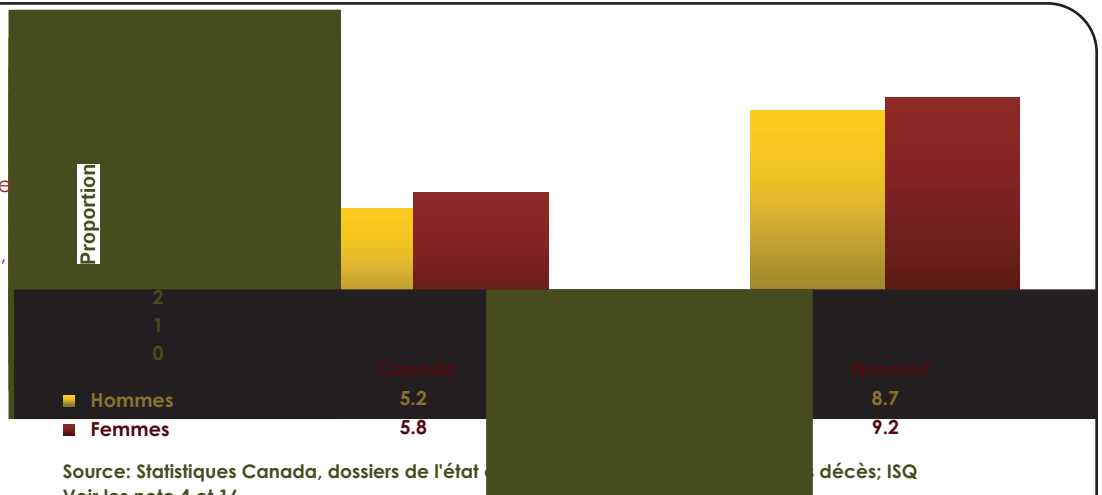
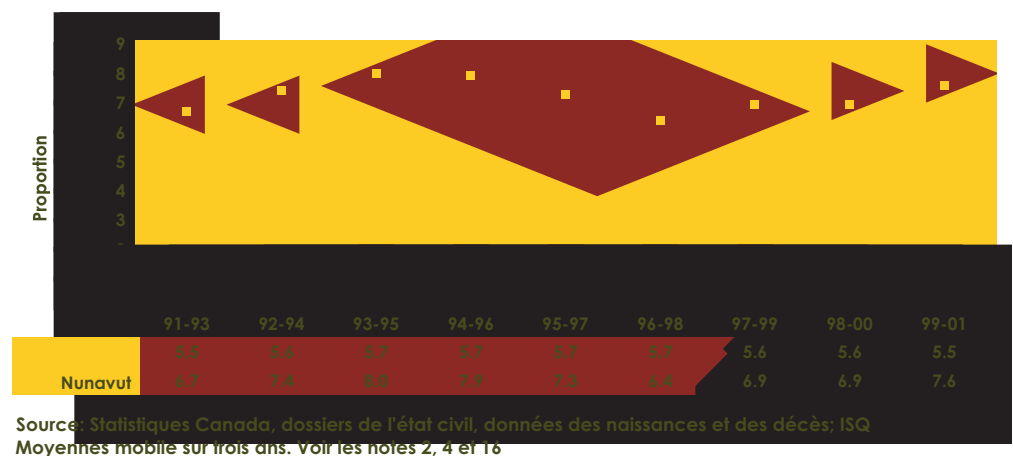


Figure 39-HLT-2

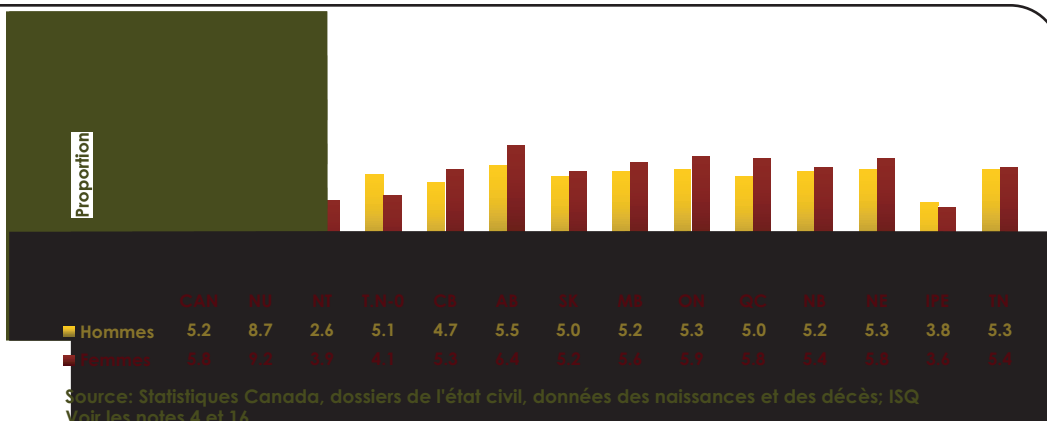
Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2 500g) Canada et Nunavut 1991-2001



¹¹Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000, p. 53.

Figure 39-HLT-3

Proportion d'enfants de faible poids à la naissance (500 à 2 500g) garçons vs filles, Canada, 2001



Le faible poids est présenté proportionnellement aux naissances vivantes (pour lesquelles le poids est connu) pour les bébés dont le poids à la naissance se situe entre 2500 grammes et 500 grammes.

Le faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes et au moins 500 grammes) est un indicateur de l'état de santé général des nouveaux nés et un facteur déterminant de mortalité et de morbidité infantile. Les bébés de faible poids courent un plus grand risque de mourir au cours de leur première année de vie. Ils sont également plus susceptibles de souffrir de certains handicaps comme la déficience mentale, des problèmes visuels ou respiratoires ou des troubles d'apprentissage.¹²

Habituellement, les femmes en santé sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés ayant un poids santé. Les femmes qui fument pendant la grossesse ou qui ont une mauvaise santé nutritionnelle ou encore celles qui enregistrent un faible gain pondéral pendant la période de gestation ou qui affichent un indice de masse corporelle insuffisant avant la grossesse sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés de faible poids. Le faible poids à la naissance est également associé à des facteurs sociaux comme l'exposition à la fumée de tabac ambiante et les circonstances économiques.

En 2001, le Nunavut rapportait environ 9 % de faible poids à la naissance, environ 4 % de plus que la moyenne nationale.

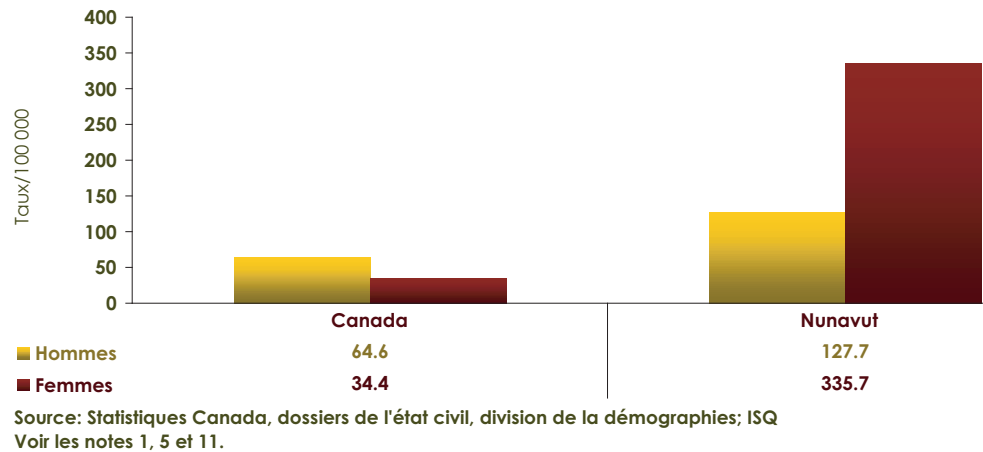
Le ministère offre des services de soins prénatals réguliers et dès le début de la grossesse et un niveau approprié de soins obstétricaux pendant le travail, l'accouchement et au début de la période post-partum afin de s'assurer de meilleurs résultats sur le plan du poids de naissance. Le ministère est également impliqué dans des activités de contrôle du tabagisme destinées aux femmes enceintes.

¹²Newburn-Cook, C.V. White, D. Svenson, Lawrence, Demianczuk, N. N. Bott, N. et Edwards, J. Where and to what extent is prevention of low birth weight possible? *Western Journal of Nursing Research*, 2002, 24 (8), 887-904.

Indicateur 40 : Taux de mortalité suivant un cancer du poumon

Figure 40-HLT-1

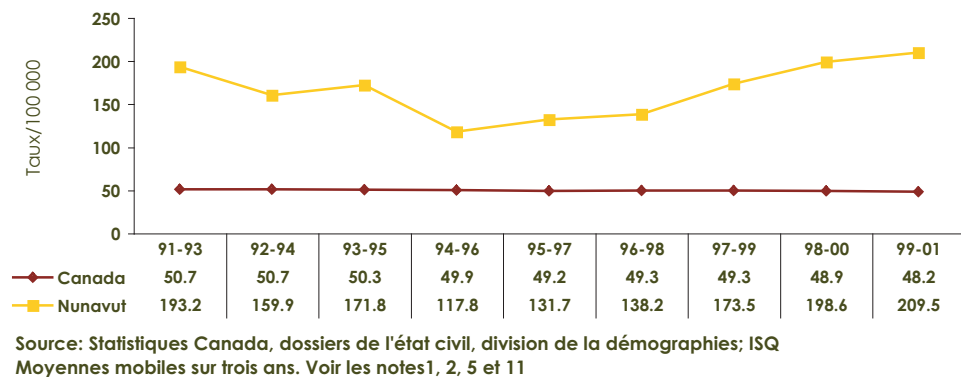
Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, pour 100 000 habitants, (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001



Au Nunavut, le taux de mortalité suivant un cancer du poumon chez les femmes est beaucoup plus élevé que chez les hommes et près de dix fois supérieur que chez l'ensemble des femmes canadiennes. La tendance indique clairement que les femmes du Nunavut ont un taux plus élevé de mortalité suivant un cancer du poumon. Toutefois, on a noté en 2001 un taux exceptionnellement élevé de mortalité chez les femmes du Nunavut.

Figure 40-HLT-2

Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, pour 100 000 habitants, (taux normalisé selon l'âge), Canada et Nunavut, 1991-2001



Le taux de mortalité suivant un cancer du poumon est beaucoup plus élevé au Nunavut que dans le reste du Canada. Le taux de mortalité suivant un cancer du poumon augmente depuis 1996 et la tendance à la hausse semble se poursuivre au Nunavut.

Le principal facteur de risque du cancer du poumon est le tabagisme. On estime que 65 % des Nunavummiut fument, un taux plus élevé que partout ailleurs au Canada.¹³ De nombreuses initiatives de contrôle du tabagisme sont présentement en cours au Nunavut. Elles ciblent la prévention, la réduction des préjudices, le renoncement au tabagisme et la protection. Ces initiatives visent tout particulièrement les jeunes et les femmes enceintes.

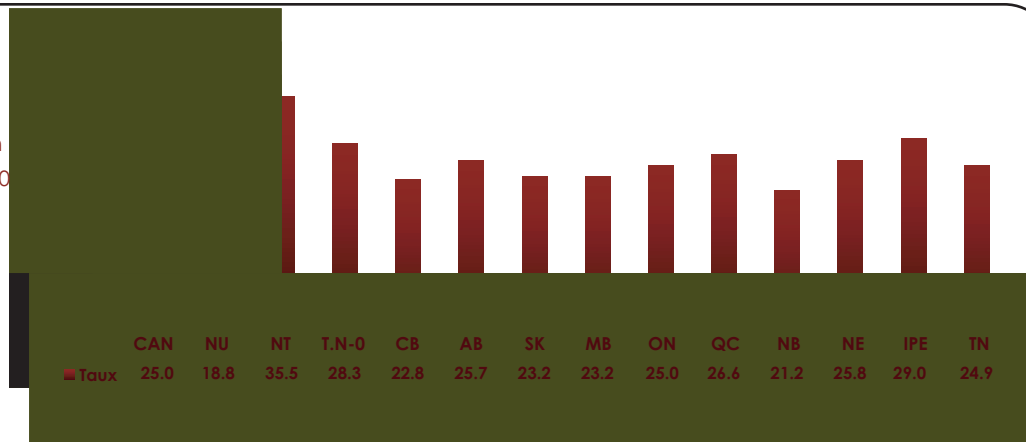
La plus grande réussite du ministère à ce jour est l'adoption du projet de loi 33, la Loi sur le contrôle de l'usage du tabac. Cette loi a pour but de réduire la quantité de fumée de tabac ambiante à laquelle les Nunavummiut sont exposés en plus d'interdire la vente de tabac aux mineurs. Cette loi a été saluée à l'échelle nationale comme étant la plus progressiste au Canada.

¹³Statistique Canada, CANSIM tableau 105-0227. Usage du tabac, par groupe d'âge et par sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

Indicateur 42 : Taux de mortalité suivant un cancer du sein

Figure 42-HLT-1

Taux de mortalité suivant un cancer du sein, pour 100 000 habitants, (taux normalisé selon l'âge), femmes, Canada, 2001



Le taux de mortalité suivant un cancer du sein semble moins élevé au Nunavut que dans toutes les provinces du Canada, toutefois cette différence n'est pas significative du point de vue des statistiques. Cela démontre que l'allaitement maternel peut avoir un effet protecteur contre le cancer du sein.¹⁴ Le ministère encourage fortement les femmes à nourrir leur enfant au sein.

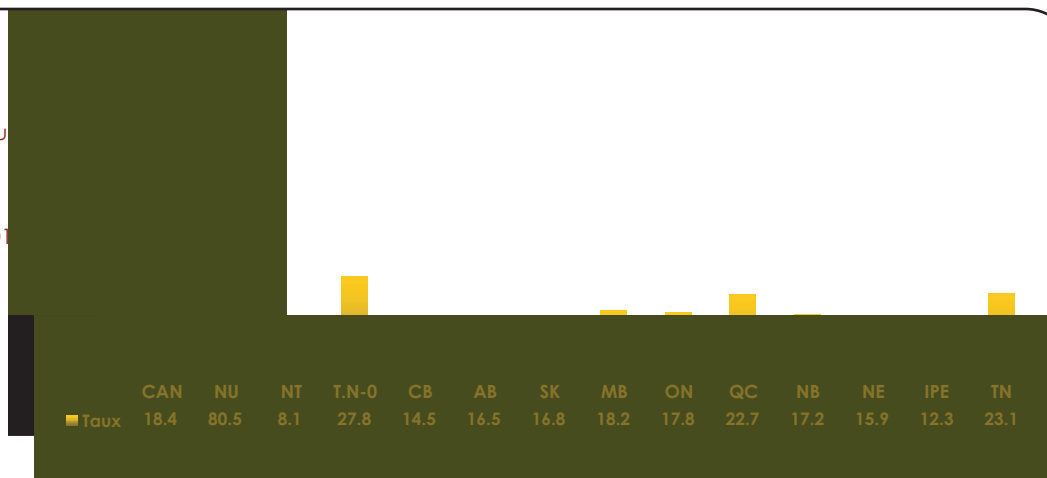
Aucun programme de dépistage au moyen de mammographies n'est actuellement disponible pour les femmes du Nunavut. Les femmes qui souhaitent passer un examen mammographique de dépistage reçoivent de l'aide afin de prendre un rendez-vous pour un tel examen lorsqu'elles voyagent au Sud pour des motifs personnels ou à l'occasion d'un voyage d'affaires. Le ministère ne paie pas pour un tel déplacement. Toutefois, le coût de l'examen mammographique est couvert. Le coût des mammographies diagnostiques et les frais de déplacement qui se rattachent à un tel examen sont entièrement couverts. Si un médecin, une infirmière ou la femme elle-même découvre une masse palpable au sein ou s'il y a un écoulement du mamelon, une douleur, etc., un examen mammographique peut alors être ordonné dans le cadre de l'investigation afin de déterminer la nature de la masse. Les médecins et les infirmières enseignent également aux femmes comment procéder à l'auto examen des seins.

Le cancer est traité à l'extérieur du Nunavut. Il peut être bien stressant pour un patient de séjourner loin de sa famille dans une ville inconnue, dans un environnement où la langue et la culture sont étrangères. La région de Kivalliq a pu offrir avec succès des traitements de chimiothérapie à Rankin Inlet pour un résident de cette région.

Indicateur 43 : Taux de mortalité suivant un cancer colorectal

Figure 43-HLT-1

Taux de mortalité suivant un cancer colorectal, pour 100 000 habitants, (taux normalisé selon l'âge), Canada, 2001



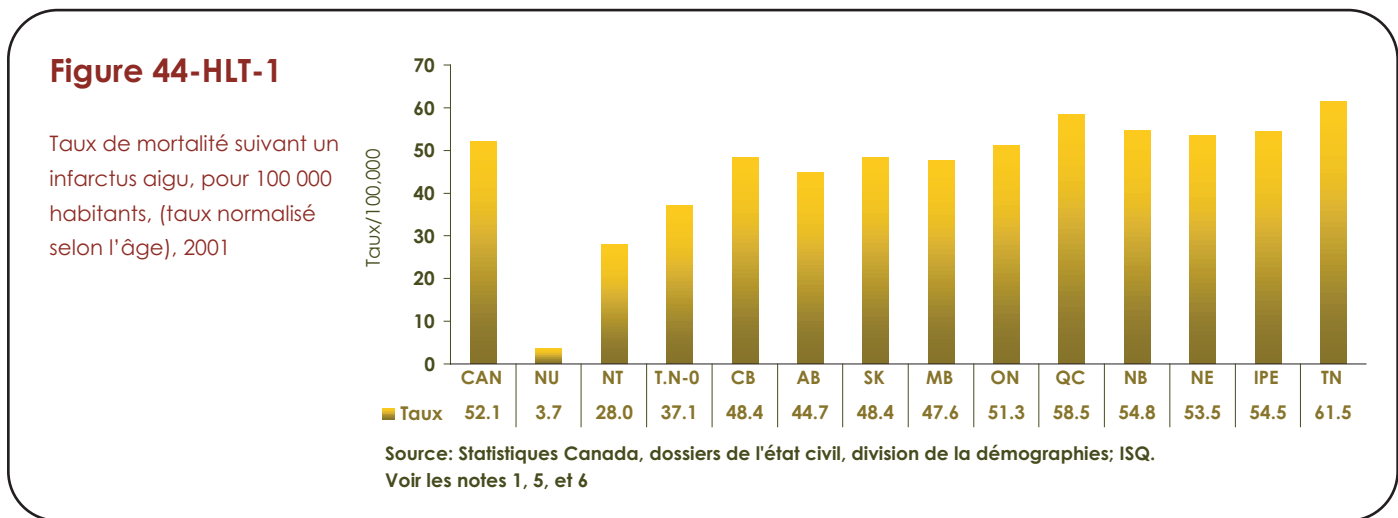
¹⁴Lipworth, Loren, Bailey L. Renee, et Dimitrios Trichopoulos. *History of Breast-Feeding in Relation to Breast Cancer Risk : a Review of the Epidemiologic Literature.* JNCI 4 : 92. 302-312. Février 2000.

Le taux de mortalité suivant un cancer colorectal est beaucoup plus élevé au Nunavut que dans le reste du Canada. Toutefois, il faut signaler que le taux de cancer colorectal pour l'année 2001 était particulièrement élevé.

Le ministère concentre ses efforts sur une stratégie de prévention primaire, par exemple en essayant de prévenir le cancer au moyen de campagnes de sensibilisation auprès des Nunavummiut au sujet de la saine nutrition, de la vie active et des dangers du tabagisme. Même s'il n'existe pas de programme de dépistage du cancer colorectal, il est possible de passer des examens dans les collectivités afin de détecter des hémorragies masquées.

Il semble qu'une bonne nutrition et une bonne diète ont un effet protecteur à l'encontre du cancer colorectal. Un programme est en cours de développement afin de promouvoir un juste équilibre des diètes traditionnelles et modernes. La présence de nutritionnistes au sein du ministère et le financement fédéral pour des projets offerts dans les collectivités permettront d'accroître la sensibilisation, tout particulièrement auprès de la population plus jeune.

Indicateur 44 : Taux de mortalité suivant un infarctus aigu



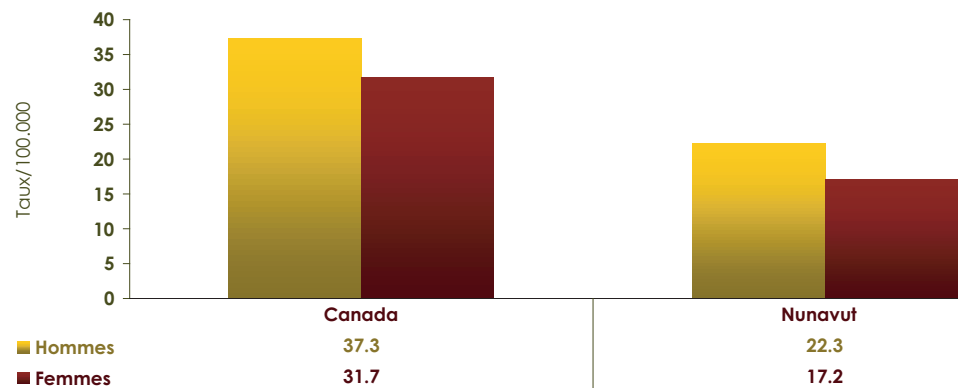
Au Nunavut, le taux de mortalité pour des infarctus aigus du myocarde (IAM) était peu élevé en 2001. Cette année-là, le taux canadien était 14 fois plus élevé que celui du Nunavut. Au cours des 10 dernières années, le Nunavut a eu un taux de mortalité pour des infarctus aigus du myocarde moins élevé que la moyenne à l'échelle du Canada (voir la note 11). Toutefois, cela pourrait changer alors que les Nunavummiut adoptent un style de vie plus occidentalisé. Il est donc important de mettre en place des mesures de prévention.

Les efforts de prévention primaire concernant les infarctus aigus du myocarde ciblent la promotion d'un mode de vie sain – diète, exercice et absence de consommation du tabac. De plus, la pression artérielle est régulièrement prise lors des cliniques de santé pour les hommes et pour les femmes tenues à l'échelle du territoire. Puisque l'histoire médicale familiale est un facteur qui ne peut être modifié en ce qui a trait aux maladies cardiaques, la promotion d'un mode de vie sain demeure l'élément principal des campagnes de sensibilisation en matière de prévention des infarctus aigus du myocarde.

Indicateur 45: Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral

Figure 45-HLT-1

Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral, pour 100 000 (taux normalisé selon l'âge), hommes vs femmes, Canada et Nunavut, 2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, division de la démographie; ISQ. Voir les notes 1, 5 et 11.

Le taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral semble moins élevé au Nunavut que dans le reste du Canada, toutefois cette différence n'est pas significative du point de vue des statistiques. En 2001, le taux était de 22,3 chez les hommes et de 17,2 chez les femmes comparativement à des taux de 37,3 chez les hommes et de 31,7 chez les femmes dans le reste du Canada.

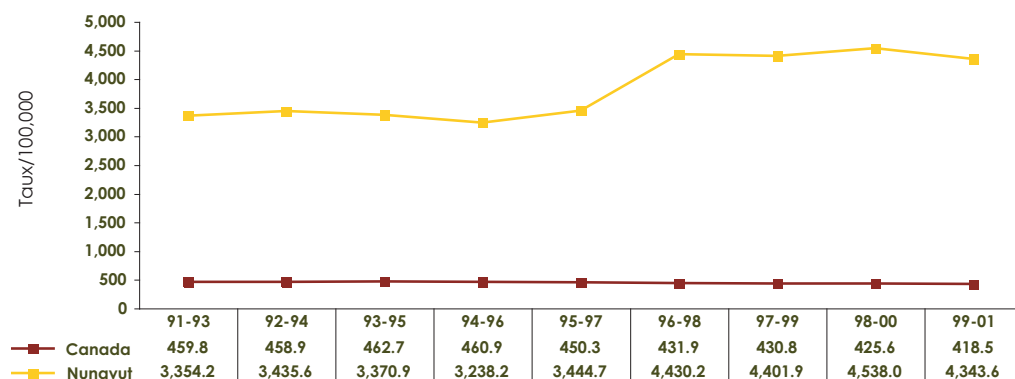
Comme dans le cas des maladies cardiovasculaires, le tabagisme, la haute pression artérielle, l'obésité et le faible niveau d'activité physique augmentent les risques d'accident vasculaire cérébral.

Les efforts de prévention primaire dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux visent avant tout la promotion d'un mode de vie sain.

Indicateur 54 : Années potentielles de vie perdues par suite d'un suicide

Figure 54-HLT-1

APVP par suite d'un suicide, pour 100 000, Nunavut et Canada, 1991-2001



Source: Statistiques Canada, dossiers de l'état civil, données des naissances et des décès et division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ. Moyennes mobiles sur trois ans. Voir les notes 2, 5, 10 et 11.

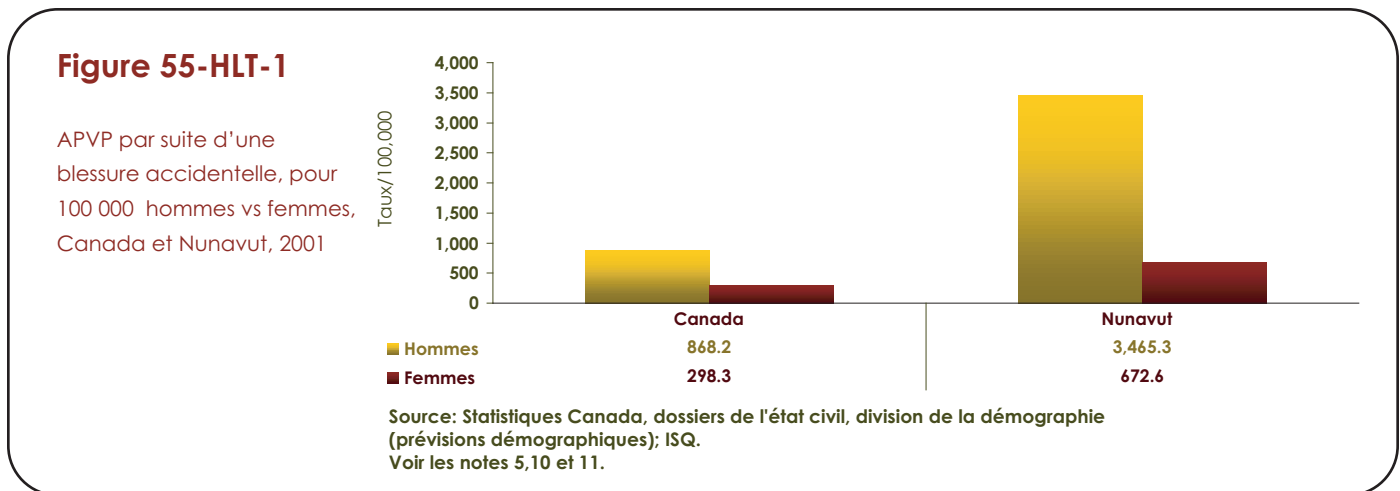
Les années potentielles de vie perdues (APVP) par suite d'un suicide sont le nombre d'années de vie « perdues » en raison d'un décès par suicide, lorsqu'une personne décède « prématurément » - ce qui par définition signifie un décès survenant avant l'âge de 75 ans. Contrairement à l'espérance de vie, les APVP ciblent la mortalité parmi les personnes non âgées. Cela reflète le niveau de succès afin de prévenir les pertes de vie prématurées.

Le taux de suicide au Nunavut est beaucoup plus élevé que dans le reste du Canada, et ces taux semblent s'accroître.

Afin de faire face au problème du suicide le Nunavut a mis de l'avant diverses initiatives, incluant notamment :

- La création du conseil sur la prévention du suicide « Embrace Life. »
- La création d'un comité pangouvernemental qui a pour mandat de coordonner les activités interministérielles qui visent à stimuler l'estime de soi et la fierté.
- Finalement, le ministère a offert des programmes de formation afin d'enseigner comment faire face au suicide chez les jeunes.

Indicateur 55 : Années potentielles de vie perdues par suite d'une blessure accidentelle



Les années potentielles de vie perdues (APVP) par suite d'une blessure accidentelle sont le nombre d'années de vie « perdues » en raison d'une blessure accidentelle, lorsqu'une personne décède « prématurément » - ce qui par définition signifie un décès survenant avant l'âge de 75 ans.

Le Nunavut possède un taux plus élevé d'APVP par suite d'une blessure accidentelle que le reste du Canada. De plus, les hommes du Nunavut ont un taux 5 fois plus élevé d'APVP par suite de blessures accidentelles que les femmes, ce qui constitue un écart important.

Indicateur 56 : Taux d'incidence de méningococcie invasive

Un nouveau cas de méningococcie invasive a été rapporté en 2002, ce qui représente un taux de 7,6 pour 100 000 habitants.^{15,16}

La méningococcie invasive peut entraîner une maladie fatale aiguë et certaines souches ont causé des poussées infectieuses ou des épidémies. Même s'il existe de bonnes mesures pour le traitement de la maladie ainsi que pour limiter sa propagation, plusieurs provinces et territoires au Canada ont opté pour la vaccination à titre de mesure de prévention. Le Nunavut est en train de mettre en place un tel programme, car même si l'incidence de la maladie est peu élevée, le surpeuplement des logements et les délais possibles afin d'obtenir un traitement pourraient entraîner un taux élevé de morbidité et de mortalité au sein d'une population non vaccinée.

Indicateur 57 : Taux d'incidence de la rougeole

Aucun nouveau cas de rougeole n'a été rapporté au Nunavut en 2002.¹⁷ Le succès de la campagne de vaccination signifie que le Nunavut joue bien son rôle dans la stratégie globale en vue d'éliminer la rougeole comme cela a été le cas précédemment avec la variole et la polio.

L'Organisation panaméricaine de la santé avait pour objectif d'éliminer la rougeole pour l'an 2000. Il s'agit du seul objectif de santé publique qui a été adopté par l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. Deux doses du vaccin contre la rougeole sont nécessaires afin d'offrir une protection complète. La première dose est donnée à l'âge de 12 mois et la deuxième dose avant l'entrée à l'école, à 18 mois ou entre l'âge de 4 à 6 ans. En l'absence d'une éradication globale, l'élimination de la rougeole requiert un suivi amélioré et constant et la poursuite d'un taux élevé de protection vaccinale.

Indicateur 58 : Taux d'incidence de maladie invasive à Haemophilus influenza de type b

Deux cas de maladie invasive à Haemophilus influenza de type b ont été diagnostiqués au Nunavut en 2002, ce qui représente un taux de 57,8 pour 100 000 habitants.^{17,18} La vaccination contre cette maladie a commencé en 1988 au Nunavut.

Le micro-organisme Hib était la cause la plus fréquente de méningite bactérienne et une des causes principales d'autres sérieuses maladies invasives chez les enfants avant l'introduction des vaccins contre Hib. Les maladies évitables par la vaccination sont maintenant rares. Quatre doses du vaccin sont données avant l'âge de 2 ans en combinaison avec ceux de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos et de la polio.

Indicateur 59 : Taux d'incidence de la tuberculose

La tuberculose est un important problème de santé publique qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années. L'incidence est liée à des groupes à risque élevé comme les immigrants, les communautés autochtones et les personnes co-infectées au virus du VIH. La multirésistance aux médicaments commence également à apparaître au Canada.

¹⁵Santé Canada. Système de déclaration et d'information sur les maladies à déclaration obligatoire, 2002.

¹⁶Statistiques Canada. CANSIM tableau 051-0001. Estimations de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 2002.

¹⁷Santé Canada. Système de déclaration et d'information sur les maladies à déclaration obligatoire, 2002.

¹⁸Statistiques Canada. CANSIM tableau 051-0001. Estimations de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 2002.

Figure 59-HLT-1

Taux d'incidence de la tuberculose, pour 100 000, Nunavut, 1999 à 2002 *



Source: Santé Canada, Système canadien de déclaration des cas de tuberculose
* Nouveaux cas et cas de rechute

Bien que le taux de tuberculose demeure plus élevé que la moyenne canadienne (5,2)¹⁹, il a diminué constamment au cours des trois dernières années.

Les initiatives afin d'éliminer et de contrôler la tuberculose comprennent un programme scolaire de dépistage à la maternelle, en 6^e et en 9^e années. De plus, des coordonnateurs régionaux ont été assignés pour chacune des trois régions du Nunavut. Le Nunavut utilise la pratique du traitement directement observé (DOT) non seulement dans les cas actifs, mais également dans le traitement des cas d'infection latente.

Indicateur 60 : Taux d'incidence d'infection *E.coli* vérotoxigène

Un seul cas d'infection *E.coli* vérotoxigène a été rapporté au Nunavut en 2002, ce qui représente un taux de 3,5 pour 100 000 habitants.^{20,21}

L'incidence de *E.coli* vérotoxigène peut être considérée comme un bon indicateur des maladies d'origine alimentaire ainsi que des maladies d'origine hydrique. La bactérie *E.coli* 0157 est partie intégrante de la catégorie *E.coli* vérotoxigène (VTEC), qui représente plus de 90 % des cas. *E.coli* vérotoxigène peut causer des diarrhées sanguinolentes graves, de l'anémie hémolytique, de l'insuffisance rénale et la mort.

Les Nunavummiut sont particulièrement vulnérables à cette maladie, car beaucoup de nourriture est consommée crue. De plus, les longues périodes de transport ou la conservation inadéquate pendant le transport peuvent entraîner la croissance de la bactérie.

Indicateur 61 : Taux d'incidence de la chlamydie

Il s'agit d'une infection transmise sexuellement (ITS) qui est très courante et qui peut entraîner des atteintes inflammatoires pelviennes, l'infertilité féminine et des grossesses ectopiques. Le taux élevé d'incidence comparativement aux autres ITS signifie que le taux d'incidence de la chlamydie est un indicateur plus précis des changements dans les comportements à risques et qu'il peut ainsi mieux refléter l'efficacité des la prévention primaire et secondaire. Les comportements à risques élevés, c'est-à-dire les relations sexuelles non protégées, peuvent avoir pour résultat d'autres ITS comme la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B et les grossesses non désirées.

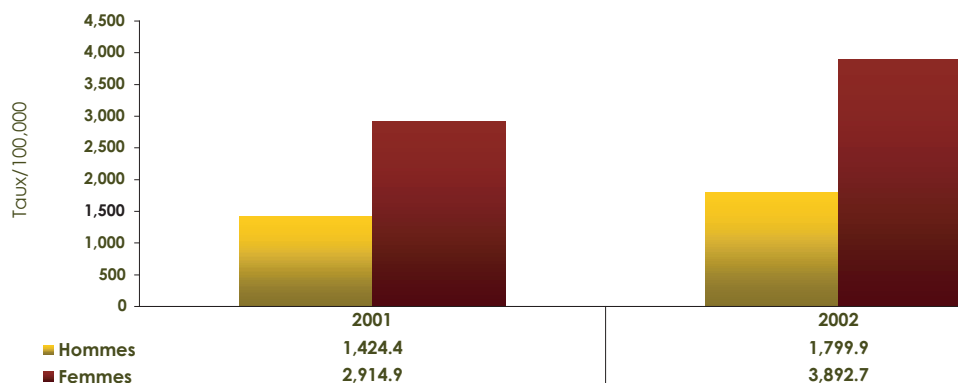
¹⁹Santé Canada, Système canadien de déclaration des cas de tuberculoses

²⁰Santé Canada, Système de déclaration et d'information sur les maladies à déclaration obligatoire, 2002.

²¹Statistiques Canada, CANSIM tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 2002.

Figure 61-HLT-1

Fréquence brute de chlamédis par sexe, Nunavut, 2001 et 2002

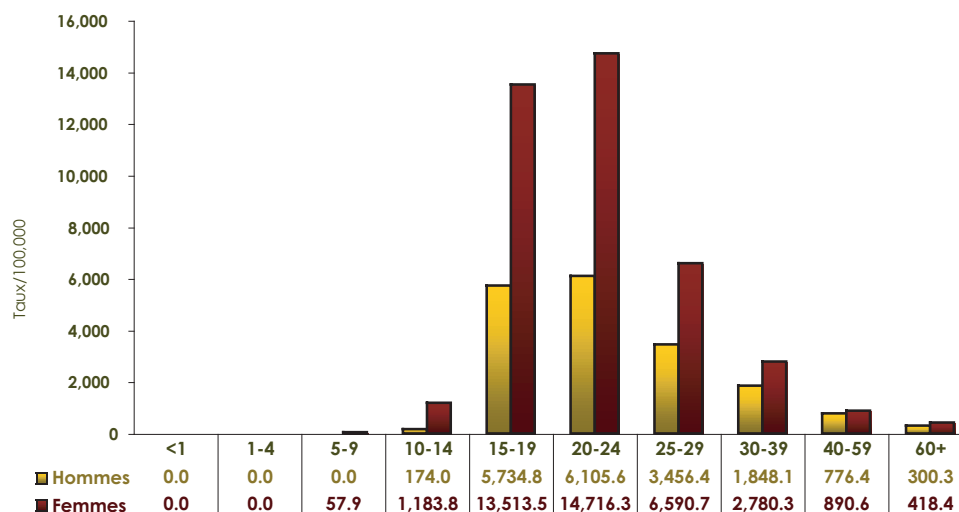


Source: Registre des maladies transmissibles du Nunavut. Population / dénominateur: Statistique Canada, CANSIM tableau 051-001

La chlamydie est la maladie infectieuse la plus courante au Nunavut. Les taux élevés rapportés en 2002 mettent en évidence l'importance et le besoin d'améliorer les activités de promotion de la santé (promotion de l'abstinence, de la monogamie et des barrières de protection) et de protection de la santé (traitement et recherche des contacts).

Figure 61-HLT-2

Taux d'incidence de la chlamydie par groupes d'âges, hommes vs femmes, Nunavut, 2002



Source: Registre des maladies infectieuses du Nunavut, Population/dénominateur: Statistiques Canada, CANSIM tableau 051-001

Le groupe d'âge des 15 à 24 ans est le plus à risque pour les infections à la chlamydia. Les taux chez les hommes et les femmes devraient être à peu près identiques, mais il semble que les femmes sont plus souvent diagnostiquées, car elles requièrent plus souvent des rendez-vous médicaux que les hommes. De plus, les taux sont vraisemblablement bien en deçà des taux réels tant chez les hommes que chez les femmes, car très souvent l'infection est asymptomatique. Malgré tout, les chiffres indiquent qu'environ 1 personne sur 10 est infectée tous les ans parmi ce groupe d'âge.

Le dépistage de la chlamydie se fait de manière routinière lors des cliniques « Femmes en santé », « Hommes en santé » et lors des cliniques prénatales.

Indicateur 62 : Taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués

Le Nunavut n'a eu aucun cas déclaré d'infection au VIH entre 1995 et 2001.²² Cela a changé. La plupart des infections sont transmises sexuellement. Cela peut être considéré comme un indicateur de comportements sexuels à risques élevés. Le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués résulte à la fois de l'incidence du VIH et des habitudes de dépistage du VIH.

²²Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, Rapport sur les indicateurs comparables de la santé pour le Nunavut et le Canada, septembre 2002.

Moins de 5 nouveaux cas de VIH ont été rapportés en 2002 et en 2003.²³ Ces déclarations représentent uniquement les cas diagnostiqués au Nunavut et rapportés au ministère de la Santé et des Services sociaux. Les tests anonymes ne sont pas inclus.

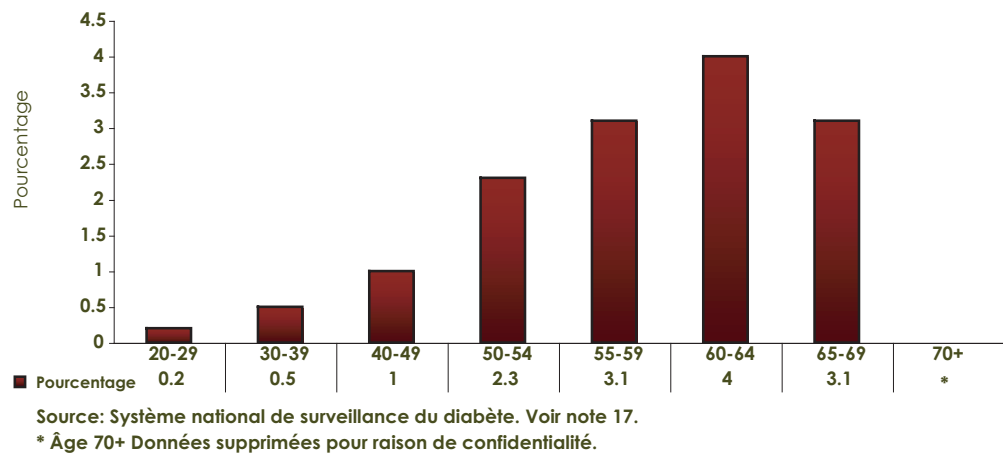
Indicateur 63 : Prévalence du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui empêche le corps de régulariser le taux de glucose sanguin. Il entraîne souvent des complications à long terme notamment la cardiopathie, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, l'amputation d'un membre et la cécité et il peut contribuer à des décès prématurés.

La prévalence du diabète représente le nombre d'individus dans la population souffrant de la maladie à un moment précis dans le temps. Cela donne un aperçu de l'importance de cette maladie à un moment précis. Cette mesure est abondamment utilisée pour la surveillance et la planification de la santé publique. Les données au sujet de la prévalence ne doivent toutefois pas être utilisées afin d'analyser les tendances. On estime qu'environ 5 % de tous les Canadiens souffraient du diabète en 1998-99, ce qui entraîne des coûts directs pour les médecins et les soins hospitaliers, les médicaments d'ordonnance et d'autres coûts encourus par les individus, ainsi que des coûts indirects incluant les décès prématurés ou les handicaps.²⁴

Figure 63-HLT-1

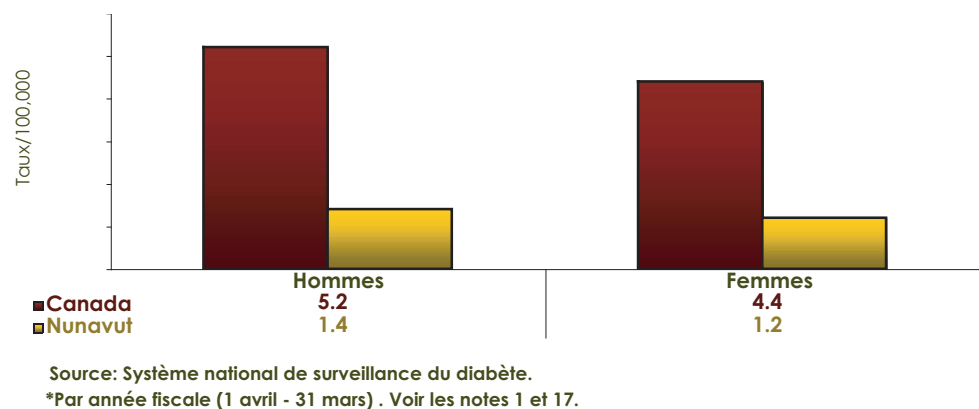
Fréquence brute (pourcentage) de diabète par groupes d'âge, Nunavut, 1999-2000



La majorité des cas de diabète au Nunavut surviennent chez les personnes âgées de 40 à 69 ans. Le diabète est une maladie chronique et s'il y a hausse du nombre de cas parmi la population plus jeune, le fardeau sur le système de santé est plus lourd, car ces cas doivent être suivis sur une plus longue période de temps.

Figure 63-HLT-2

Fréquence standardisée de diabète par sexe et par personnes âgées de 20 ans et plus, Nunavut, 1999-2000*



²³Santé Canada, le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003, division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2003.

²⁴Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Le diabète au Canada. Deuxième édition. 2002.

En 1999-2000, 1,3 % des Nunavummiut souffraient du diabète comparativement à 4,8 % à l'échelle nationale (Cet information devrait être interprété avec prudence, voir note 17). Veuillez noter que la prévalence indique le nombre de cas cumulatifs à un moment précis dans le temps.

Les personnes ayant un excès de poids, obèses ou physiquement inactives ont plus de risques de développer le diabète. En 2003, plus de 28 % (taux brut) des Nunavummiut avaient un excès de poids et 20 % (taux brut) étaient obèses.²⁵ Environ 60 % (taux brut) des résidents du Nunavut étaient physiquement inactifs.²⁶ Le tabagisme est considéré un facteur de risque pour les complications liées au diabète. En 2003, près de 65 % des Nunavummiut (de 12 ans et plus) étaient des fumeurs comparativement à 23 % (taux brut) des Canadiens.²⁷

En 2003-2004, plus de 6 300¹⁸ personnes ont été rencontrées dans le cadre des programmes communautaires de prévention du diabète de l'IDA.

Les services de nutrition et de soins dentaires ont mené une campagne intitulée « Drop the Pop » visant à réduire la consommation de boissons gazeuses au cours des mois de la nutrition et de la santé dentaire (mars et avril 2004) afin d'inciter les enfants à consommer de l'eau, du lait ou des jus à 100 % de fruit sans sucre. Plus de 2000 enfants ont participé aux activités de cette campagne de sensibilisation.²⁹

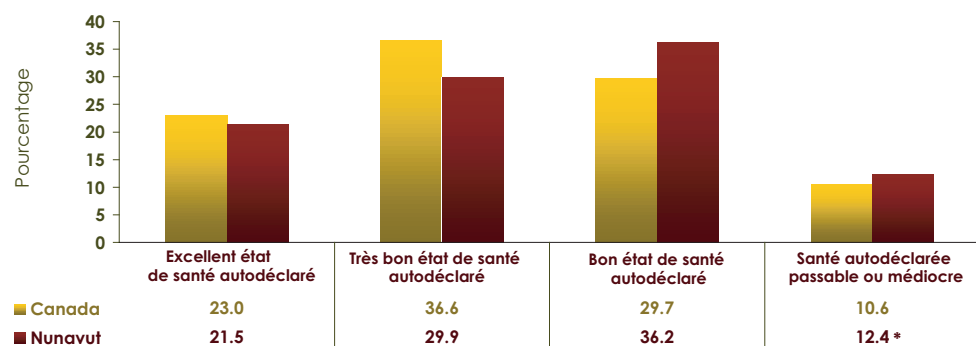
Dix professionnels de la santé du Nunavut ont participé à un cours portant sur l'éducation sur le diabète et sont retournés dans leurs collectivités afin de partager leurs connaissances avec leurs collègues.

En 2003-04, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) a financé une analyse du contexte des services et des ressources actuelles sur le diabète au Nunavut, comparant la situation du Nunavut avec les normes nationales concernant la formation et l'éducation au sujet du diabète. En 2004-05 le travail d'analyse se poursuivra en vue de développer une stratégie de gestion et de prévention du diabète afin de répondre aux besoins spécifiques du Nunavut.

Indicateur 65 : État de santé autodéclaré

Figure 65-HLT-1

Proportion de la population de 12 ans et plus, variables d'état de santé autodéclaré (taux normalisé selon l'âge), Canada vs Nunavut, 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Voir les notes 1 et 6.

* C.V. se situe entre 16,6% et 33,3% -- à utiliser avec précaution.

L'état de santé autodéclaré est un indicateur général de l'état de santé global des individus de 12 ans et plus et il s'agit d'une mesure plus subjective par laquelle les individus donnent leur opinion au sujet de leur santé personnelle. L'auto-évaluation de la santé est un indicateur général de l'état de santé global des personnes. Il peut comprendre ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, notamment l'apparition et la gravité de la maladie, certains aspects d'un état de santé positif, des composantes physiologiques/psychologiques, ainsi que la fonction sociale et mentale.³⁰

²⁵Statistiques Canada, CANSIM tableau 105-0209. L'indice de masse corporelle, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

²⁶Statistiques Canada, CANSIM table 105-0233. Activité physique dans les temps de loisir, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires (frontières de juin 2003) et groupes affinitaires, données aux 2 ans. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003.

²⁷Statistiques Canada, CANSIM tableau 105-0227. Usage du tabac, par groupe d'âge et par sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires

²⁸Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003-04, Rapport annuel sur le bien-être communautaire.

²⁹Centre d'amitié Pulaarvik Kablu. Drop the Pop, mois de la nutrition et de la santé dentaire, rapport final.

³⁰Statistiques Canada. Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils en santé ? Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, CCSP, 1999, Rapports sur la santé, Vol. 11, N° 3

L'âge, la scolarité et le revenu sont habituellement des facteurs qui ont une influence sur l'état de santé d'un individu.³¹ La santé se détériore habituellement avec l'âge et les personnes plus âgées peuvent percevoir leur état de santé comme étant moins bon. Les personnes qui appartiennent à des groupes à revenu plus élevé indiquent habituellement que leur santé est excellente ou très bonne, car leur revenu plus élevé leur permet d'investir davantage dans leur santé. De manière similaire, la scolarité influence le revenu, ce qui est étroitement corrélé à l'état de santé autodéclaré.

Indicateur 66 : Taux de tabagisme chez les adolescents : proportion d'adolescents fumeurs

Le tabagisme est un facteur de risque connu de plusieurs formes de cancer, de cardiopathie, de maladies respiratoires et d'infections et de nombreux autres troubles médicaux. Santé Canada estime que 45 000 décès par année sont liés au tabagisme. En raison de la dépendance créée par la nicotine, le tabagisme chez les jeunes est particulièrement préoccupant. On estime qu'environ huit personnes sur dix qui goûtent au tabac deviennent des fumeurs réguliers.³²

Figure 66a-HLT-1

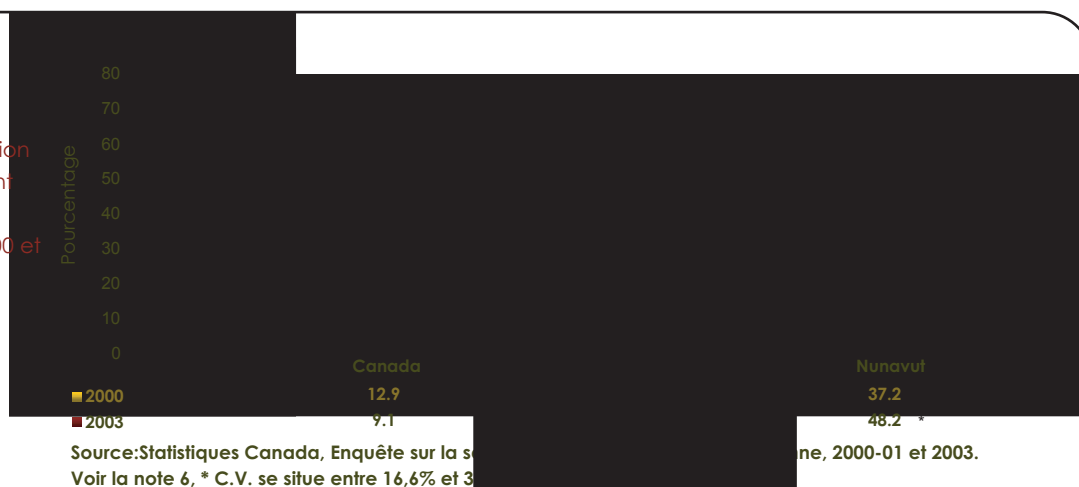
Proportion de la population entre 12 et 19 ans qui sont des fumeurs quotidiens ou occasionnels, Canada et Nunavut, 2000 et 2003



Cet indicateur illustre la proportion de personnes âgées de 12 à 19 ans qui déclarent être des fumeurs (cela comprend les fumeurs quotidiens et occasionnels). Cela comprend les membres de la population âgés de 12 à 19 ans (inclusivement) qui sont des fumeurs quotidiens.

Figure 66b-HLT-2

Proportion de la population entre 12 et 19 ans qui sont des fumeurs quotidiens, Canada et Nunavut, 2000 et 2003



³¹Chevalier, S., Choinière, R., Ferland, M. Et. Al. Indicateurs socio sanitaires : Définitions et interprétations. 1995 : Institut canadien d'information sur la santé.

³²Santé Canada. En primeur- vivons sans fumée – Santé Canada jeunesse. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/jeunesse/shs.html>.

Près de trois fois plus d'adolescents du Nunavut sont des fumeurs comparativement au reste du Canada. Cette comparaison est significative du point de vue des statistiques.

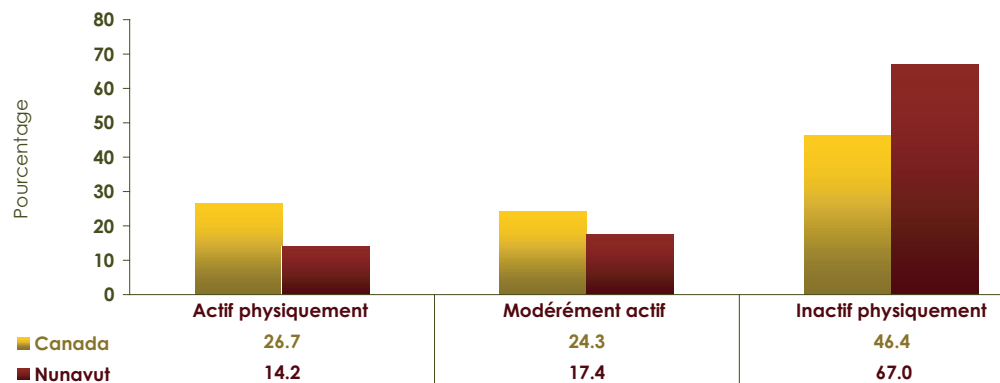
Le projet de loi 33, reconnu comme étant la loi la plus progressiste au Canada afin de contrer le tabagisme, a pour objectif de mettre en place des mesures afin d'interdire la vente de tabac aux mineurs.

Une des initiatives du ministère afin de réduire le tabagisme chez les jeunes est la création d'un groupe ministériel d'action jeunesse contre le tabagisme connu sous le nom de MYATT. MYATT est composé de 19 jeunes Inuit âgées de 14 à 19 ans de partout au Nunavut. Ils se rencontrent régulièrement afin de conseiller le ministre et le ministère sur les mesures destinées aux jeunes à risque. Le groupe aide également au développement de nouvelles initiatives de renoncement au tabagisme, de prévention et d'éducation en plus d'aider à la mise en œuvre des programmes dans les collectivités.

Indicateur 67 : Activité physique

Figure 67-HLT-1

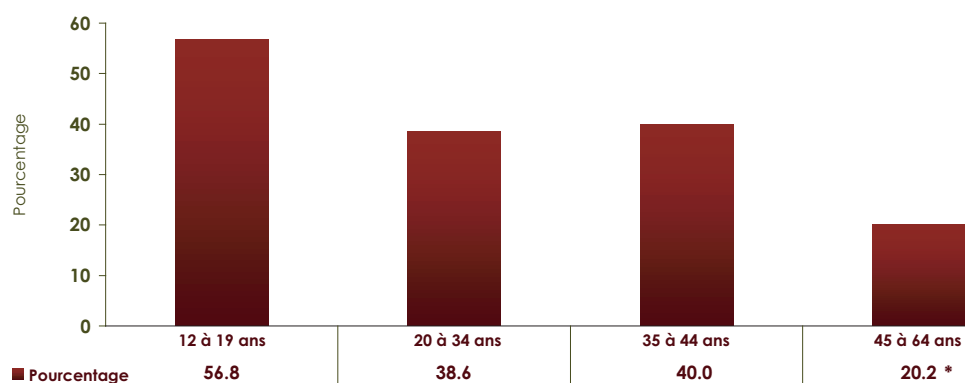
Proportion de la population de 12 ans et plus, variables d'activité physique (taux normalisé selon l'âge), Canada vs Nunavut, 2003



Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2003. Voir les notes 1, 6 et 18.

Figure 67-HLT-2

Proportion de la population de 12 ans et plus déclarant être très actif ou modérément actif, par groupes d'âges, Nunavut, 2003

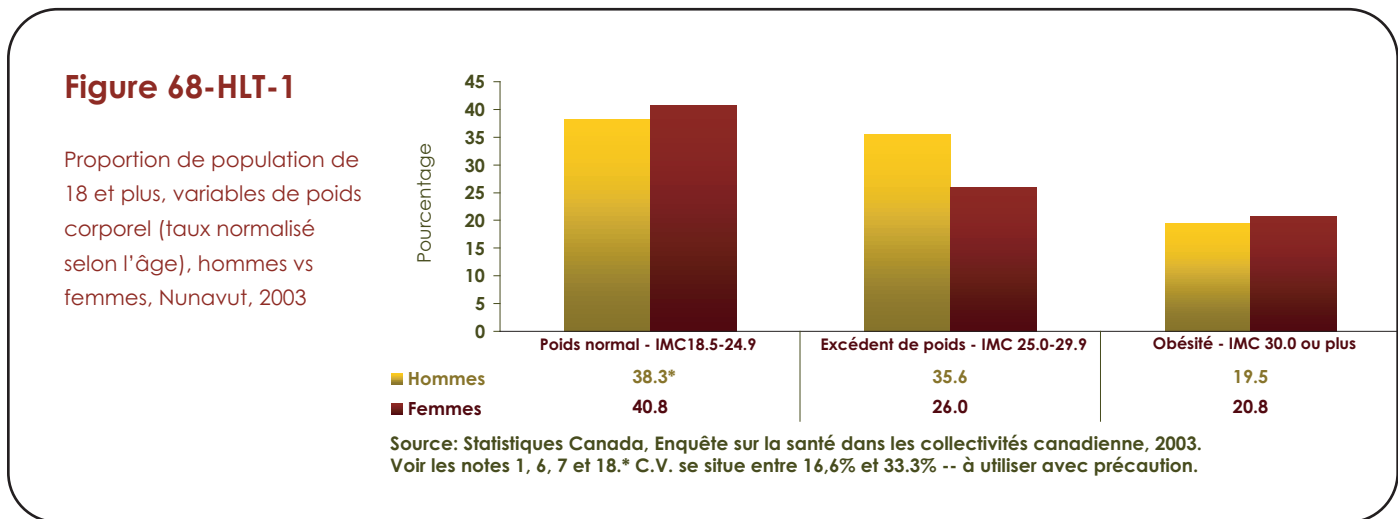


Source: Statistiques Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2003. Voir les notes 6 et 18.* C.V. se situe entre 16,6% et 33,3% -- à utiliser avec précaution. Pour les 65 ans et plus données supprimées.

Globalement 67 % des Nunavummiut déclarent être physiquement inactifs. Les plus bas taux d'activité sont notés chez les personnes de 45 ans et plus.

Le ministère est à mettre au point une « Stratégie de vie saine » en collaboration avec le ministère de la Santé, de l'Éducation et la division des loisirs afin d'accroître la sensibilisation et les possibilités de choix de vie saine.

Indicateur 68 : Poids corporel



L'IMC s'appuie sur la taille et le poids autodéclaré. Il est calculé pour les personnes de 18 ans et plus, excluant les femmes enceintes. Les déclarations des individus ne sont pas toujours fiables. En raison des différents taux de croissance pour les personnes de moins de 18 ans, la norme d'IMC ne constitue pas un indicateur fiable pour ce groupe. L'IMC est calculé en prenant le poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en centimètres). L'IMC est présenté comme le pourcentage des adultes qui déclarent un indice de masse corporelle dans des catégories prédéterminées, allant de l'insuffisance pondérale à l'obésité.

Les lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes présentent un système de classification du poids qui peut être utilisé afin d'identifier les risques pour la santé reliés au poids aussi bien à l'échelle de la population qu'à l'échelle individuelle chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus.³³ Certains faits suggèrent que l'obésité est courante chez les Inuit du Canada, mais le lien entre les risques pour la santé et l'obésité chez les Inuit n'est pas bien défini.³³ Néanmoins, ces lignes directrices sont, de façon générale, pertinentes pour tous les groupes ethniques du Canada et constituent pour le moment la mesure la plus efficace concernant les risques pouvant être utilisée dans le cadre d'une étude globale sur la santé.³³

Une grande proportion de Canadiens ont accumulé un excédent de poids ou sont devenus obèses au cours des deux dernières décennies, ce qui entraîne de coûts physiques et économiques considérables. Les risques pour de nombreuses maladies augmentent au-delà d'un IMC dépassant le seuil de 25. L'obésité constitue un facteur de risque important contribuant à de nombreuses maladies chroniques comme le diabète et la cardiopathie.³⁴

Les initiatives de promotion de la santé qui portent sur la saine nutrition, les modes de vie physiquement actifs et les environnements sains constituent des éléments clés en vue d'atteindre le poids santé.

Au Nunavut, seulement 40 % de la population déclare avoir un poids IMC normal (18,5 à 24,9).

³³Santé Canada, Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes, 2002

³⁴Raine, Kim D. Overweight and Obesity in Canada: A Population Health Perspective. août 2004.

Notes :

1. Les taux ont été normalisés en se basant sur la population canadienne de 1991. La normalisation des taux élimine l'impact de la répartition différente de l'âge, que ce soit dans le temps ou entre des régions. Cela permet de faire des comparaisons, peu importe les différences spatiales ou temporelles de la répartition par âges.
2. Une moyenne mobile combine des données d'observation s'échelonnant sur plusieurs années (dans le cas présent trois ans) afin de limiter les grandes fluctuations des données qui se produisent souvent dans les petites populations.
3. Les mères qui ne sont pas résidentes canadiennes ayant donné naissance à un enfant ainsi que les cas de mortalité infantile survenant chez des non résidents canadiens sont exclus. Les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère ou les enfants qui meurent à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence leur mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère.
4. Les taux excluent les naissances pour lesquelles le poids est inconnu et les naissances par des mères qui ne sont pas des résidentes canadiennes. Les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère.
5. Les taux excluent les décès des personnes qui ne sont pas des résidents canadiennes.
6. Les personnes qui vivent dans des réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les résidents des établissements, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus des échantillonnages.
7. Le taux exclut toutes les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les personnes d'une taille moindre que 914 cm ou plus grande que 210,8 cm.
8. Les personnes de moins de 15 ans sont exclues.
9. Patients qui ne sont pas traités dans un hôpital de soins de courte durée (c'est-à-dire les personnes qui sont vues uniquement dans un service d'urgences ou qui résident dans un établissement de traitement des maladies chroniques).
10. Les non résidents canadiens sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisées dans les tableaux d'espérance de vie.
11. De 1979 à 1999 la cause antécédente de décès portait le code ICD-9. Depuis 2000, la cause antécédente de décès est inscrite sous le code ICD-10 ce qui a eu pour effet de créer de la discontinuité au sujet des tendances des données pour les éléments suivants : cancer du poumon (diminution de 2 %), blessures accidentelles, suicide, IAM (diminution de 2,7 %), maladies cérébrovasculaires (augmentation de 6,9 %).
12. Une nouvelle étude de saisie de données ayant pour but d'examiner la constance de l'utilisation des codes pour cet indicateur a fait ressortir un taux de divergence de 10,8 %. Une deuxième étude conçue pour examiner la justesse de l'entrer des codes pour cet indicateur a révélée un taux d'erreurs mesurant 10,8%. Ce taux d'erreur est général et ne peut pas être attribuer à un site en particulier. Donc le taux d'erreur d'un site en particulier pourrait être substantiellement différent du taux général.
13. Les clients qui ont été évalués sans recevoir de services additionnels ont été exclus.
14. Certaines données qui ont été produites pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé de septembre 2002 peuvent avoir changé en raison de la mise à jour de données provinciales ou territoriales et par conséquent les données fournies pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé de novembre 2004 remplacent toutes les données antérieures.
15. On utilise les prévisions démographiques au lieu du nombre total lorsque les admissions servent de dénominateur.

Suite des Notes...

16. Il existe des préoccupations au sujet de la comparabilité de cet indicateur dans certaines provinces ou territoires en raison de l'absence de certains enregistrements de naissances ou de problèmes liés à la qualité des données.

17. Une note de prudence au lecteur dans l'interprétation de ces données:

- trois types de diabète sont inclus dans la base de données : Type 1, Type 2 et le diabète gestationnel
- Un taux d'erreur de 20 à 25% existe à la base de toutes les données pour les années 1999 et 2000.
- Ce taux est accepté par Santé Canada et ses experts
- Depuis 1997-98 il y a eu une accumulation de faux cas reportés, ceux-ci n'ont peut-être pas eu d'impact important dans cette étude. Santé Canada planifie réduire ces erreurs et elles seront de moindre importance dans le rapport de 2001-2002.
- Ce taux d'erreur varie probablement avec l'âge et le sexe

18. Il faut prendre note du changement du mode de collection de ces données car celui-ci peut être la source même du changement.

