



Les Canadiens et les Canadiennes en santé

Rapport fédéral sur
les indicateurs comparables de la santé 2004

Canada 



Les Canadiens et les Canadiennes en santé

Rapport fédéral sur
les indicateurs comparables de la santé 2004

Canada

La présente publication est également offerte sur demande en gros caractères, sur disquette, sur audiocassette et en braille.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2004
N° de cat. H21-206/2004
ISBN 0-662-68495-8

On peut consulter la version électronique du présent rapport à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dedd/health_indicators_f.html>.

Novembre 2004

Message du ministre de la Santé



Les Canadiens et les Canadiennes chérissent leur régime de soins de santé public, le considèrent comme un élément intégral de l'identité nationale et s'intéressent grandement à son rendement. Par conséquent, ils ont droit à des renseignements plus pertinents et comparables sur la ponctualité et la qualité des services de soins de santé et sur leur état de santé.

Beaucoup de travail a été abattu depuis la publication de la première série de rapports sur les indicateurs comparables de la santé en 2002. Je suis heureux de vous présenter *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*. Ce rapport reflète la réponse du gouvernement canadien à l'engagement pris par les premiers ministres en février 2003 à améliorer la transparence et l'imputabilité à l'échelle du régime de soins de santé.

Misant sur l'esprit de collaboration qui a inspiré le processus de production des rapports de 2002, les ministères de la Santé des 14 administrations, y compris le gouvernement fédéral, ont choisi de produire des rapports sur un ensemble convenu d'indicateurs axés sur l'accès au moment opportun, la qualité, ainsi que la santé et le mieux-être.

Les comparaisons entre diverses administrations permettent aux Canadiens et aux Canadiennes de mieux apprécier le progrès accompli par le gouvernement en vue de renouveler et de consolider le régime de soins de santé. Ces rapports constituent un solide fondement servant à mieux définir les éléments à améliorer et à prendre des décisions éclairées.

Nous avons réussi à identifier et à élaborer des indicateurs qui répondent aux besoins et intérêts particuliers des Canadiens et des Canadiennes. Je tiens à remercier les citoyens qui ont participé aux consultations publiques sur les indicateurs de santé, ainsi que les intervenants, les ministères de la Santé, les comités consultatifs, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut de la statistique du Québec pour leur précieuse contribution à la création du présent rapport.

À leur réunion de septembre 2004, les premiers ministres ont souligné le progrès accompli depuis la signature de l'Accord sur la santé de 2003 et approuvé de nouveaux projets dans le sillon de ces progrès, comme la réduction des temps d'attente. De nombreuses mesures ont été engagées, à l'échelle du pays et dans chaque administration, pour rendre les soins de santé plus viables et sensibles aux besoins. Il reste néanmoins beaucoup de travail à abattre. À titre d'exemple, on s'affaire à élaborer des indicateurs sous le thème de la Viabilité et le secteur prioritaire des Soins à domicile. J'ose croire que d'autres indicateurs se grefferont au fil du temps, ce qui nous permettra de produire des rapports de plus en plus pertinents.

J'ai bon espoir que ces rapports favoriseront la discussion sur le renouvellement du régime de santé et donneront lieu à un régime de soins de santé qui saura s'adapter efficacement aux besoins changeants de la population canadienne.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

Sommaire	v
I Introduction	1
II Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé	7
III Mesurer le rendement	11
IV Information sur la santé — Défis et prochaines étapes.....	39
Énoncé de responsabilité	42
Rapport du vérificateur	43
Annexes	
Annexe 1 : Liste des 18 indicateurs sélectionnés.....	47
Annexe 2 : Tables de données applicables aux 18 indicateurs sélectionnés.....	49
Annexe 3 : Liste des 70 indicateurs	79
Annexe 4 : Exclusions et limites relatives aux sources de données	83



Sommaire

Le Communiqué des premiers ministres sur la santé de septembre 2000 engageait le ministre de la Santé fédéral, ainsi que les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, à collaborer en vue d'élaborer un cadre général applicable aux indicateurs de la santé. Les ministres convenaient de produire des rapports axés sur des indicateurs comparables communs servant à évaluer l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de santé. En septembre 2002, les 14 administrations, dont le gouvernement fédéral, publiaient leurs rapports, qui mettaient en lumière 67 indicateurs comparables.

L'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (l'Accord) enjoignait les ministres de la Santé à élaborer d'autres indicateurs, dans le sillon du travail amorcé sur les indicateurs comparables. Ces efforts aboutissaient à la production de la liste de 70 indicateurs (affichée aux sites <<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm>> et <<http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>>) qui examine un certain nombre de thèmes et de secteurs prioritaires cernés dans l'Accord. Intitulé *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*, le document actuel constitue le rapport du gouvernement fédéral sur 18 indicateurs de santé sélectionnés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour faire l'objet d'un rapport détaillé en 2004. La désignation de ces indicateurs se fonde sur les rétroactions détaillées d'une gamme d'intervenants et d'experts, de même que sur les résultats de divers sondages d'opinion publique.

Une grande partie des données décrites dans ce rapport proviennent des données nationales produites par Statistique Canada, par Santé Canada et par l'Institut canadien d'information sur la santé. En outre, le rapport présente un nombre

limité de données sur les peuples des Premières nations et sur les Inuits.

Les paragraphes qui suivent mettent en lumière quelques résultats clés examinés dans le cadre du présent rapport.

Accès au moment opportun ...

- ✦ Les Canadiens déclarent avoir de la difficulté à accéder aux services de soins de santé. Parmi les personnes ayant besoin de services, 16,4 % ont dit avoir de la difficulté à accéder aux services de santé de routine ou de suivi; 15,8 % ont déclaré avoir de la difficulté à accéder aux renseignements ou aux conseils en matière de santé; et 23,8 % ont indiqué avoir de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.
- ✦ En 2003, les Canadiens déclaraient un temps d'attente de trois semaines environ pour obtenir des tests de diagnostics — le même délai qu'en 2001.
- ✦ En 2002, la plupart des ménages canadiens (65,2 %) investissaient une portion de leur revenu net d'impôt, en dépenses directes, pour acheter des médicaments prescrits.

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Qualité ...

- ✿ Les taux d'hospitalisations pour des affections traitables en milieu communautaire ont diminué depuis quelques années, passant d'un taux de 503 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à un taux de 346 admissions pour 100 000 habitants en 2001–2002.
- ✿ La plupart des Canadiens (84,9 %) se sont dits satisfaits, en général, du mode de prestation des services de soins de santé qui leur ont été offerts au Canada en 2003.

État de santé et mieux-être ...

- ✿ En 1999–2000, 5,1 % des Canadiens de 20 ans et plus vivaient avec un diabète diagnostiqué.
- ✿ La proportion d'adolescents et d'adultes canadiens qualifiant leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » a diminué. En 2003, 59,6 % des Canadiens de 12 ans et plus qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon », comparativement à 63,3 % en 1994–1995.
- ✿ Le taux de tabagisme chez les adolescents est en déclin. En 1994–1995, 20,9 % des adolescents de 12 à 19 ans déclaraient être des fumeurs actuels, comparativement à 14,8 % en 2003. Après une brève hausse, la proportion des jeunes qui déclaraient fumer quotidiennement a aussi diminué, passant de 13,6 % en 1994–1995 à 9,1 % en 2003.
- ✿ On constate que les Canadiens sont de plus en plus actifs. De fait, on a observé une augmentation du taux d'activité qui est passé de 39,3 % en 1994–1995 à 51,0 % en 2003.
- ✿ Les données révèlent que près de la moitié (46,9 %) des Canadiens ont une surcharge pondérale ou sont obèses. Une proportion presque aussi élevée de Canadiens (47,8%) ont un poids acceptable, alors que 2,8 % affichent une insuffisance pondérale.
- ✿ Les aînés canadiens prennent des mesures pour combattre la grippe. En effet, la majorité (62,1 %) ont eu leur vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

L'élaboration à long terme d'indicateurs additionnels est prévue dans l'optique d'améliorer les rapports produits au cours des années à venir.



Introduction

Le présent rapport a pour but de sensibiliser la population canadienne à l'efficacité du régime de soins de santé canadien et d'aider les particuliers, les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé à faire des choix éclairés. La production d'un rapport public sur les indicateurs comparables constitue une composante clé des responsabilités du gouvernement canadien face à la population canadienne. En outre, ce projet confirme l'engagement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux à devenir plus redevables à la population, de même que les efforts investis pour mieux rendre compte de l'efficacité du régime de santé canadien.

Contexte

En 2000, le *Communiqué des premiers ministres sur la santé* enjoignait les ministres de la Santé de toutes les provinces et de tous les territoires, ainsi que le ministre de la Santé fédéral, à collaborer pour mettre au point un cadre général sur les indicateurs de santé. Ce cadre devait surtout servir à renseigner les Canadiens sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de soins de santé. Cet engagement donnait lieu à l'élaboration d'indicateurs permettant d'établir des comparaisons entre toutes les administrations fédérales, provinciales et territoriales canadiennes. Au mois de septembre 2002, les 14 administrations, dont le gouvernement fédéral, publiaient leurs rapports, qui portaient sur 67 indicateurs comparables. C'était la première fois que des ministres de la Santé de toutes les administrations rendaient compte, en même temps, à leurs commettants d'une série d'indicateurs mutuellement convenus axés sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services de santé. Les premiers ministres s'engageaient à produire un rapport public en ce sens aux deux ans.

L'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (l'Accord) incitait les ministres de la Santé à élaborer, avant le mois de septembre 2003, des indicateurs additionnels, en ayant soin de prévoir un « examen par les experts et intervenants pour garantir que ces nouveaux indicateurs mesurent les progrès accomplis dans la réalisation des réformes décrites » dans l'Accord. L'Accord mettait un accent particulier sur les grands thèmes suivants : Accès au moment opportun, Qualité, État de santé et mieux-être, Viabilité.

L'Accord confirme les engagements suivants pris par les premiers ministres :

- ✦ Chaque administration devra produire, sur une base régulière, un rapport public général sur les programmes et services de santé qu'elle dispense, ainsi que sur l'efficacité du régime de santé, les résultats en matière de santé et l'état de santé.
- ✦ Ces rapports présenteront les indicateurs définis dans le communiqué de septembre 2000, ainsi que les indicateurs comparables additionnels qui seront élaborés par les ministres de la Santé dans le cadre des grands thèmes susmentionnés.

- ✦ Les administrations mettront au point l'infrastructure de données et recueilleront les données nécessaires à la production de rapports de haute qualité.

L'Accord orientait l'élaboration des indicateurs et des activités de rapport vers plusieurs programmes et services propres au régime de santé comme les soins de santé primaires et les soins à domicile. Il désignait également le développement de tels services comme une stratégie clé visant à garantir le renouvellement et la viabilité du régime de santé.

Processus fédéral-provincial-territorial

La Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé confiait à son Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité (Comité consultatif) la tâche de produire un plan pour sous-tendre les rapports comparables, conformément aux modalités de l'Accord de 2003. Les orientations stratégiques de cette tâche étaient approuvées par les sous-ministres. Un groupe de travail était alors établi et on lui confiait le travail technique associé à cette initiative. Le groupe de travail réunissait des représentants de chaque administration fédérale, provinciale et territoriale, ainsi que des porte-parole de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

Choix des indicateurs

Les responsables faisaient appel à divers groupes et à une gamme de procédés et d'activités pour choisir les indicateurs. En juin 2003, des consultations avaient lieu avec des intervenants lors d'ateliers sur invitation engageant la participation de groupes d'intervenants nationaux. En outre, les parties intéressées avaient l'occasion de transmettre leurs commentaires par écrit ou par voie électronique par l'entremise du site Web. On sollicitait également l'opinion du public en organisant, en janvier 2004, plusieurs séances de consultation dans cinq grandes villes canadiennes. Ces rétroactions aidaient à définir les indicateurs ayant le plus d'importance et de valeur aux yeux de la population canadienne, et à recueillir de l'information sur les préférences du public quant au format et au mode de présentation des indicateurs de santé. Par ailleurs, on prenait en compte les résultats des consultations publiques relatives aux rapports sur les indicateurs comparables de la santé de 2002 menées par diverses provinces, dans le choix des indicateurs de 2004. L'examen et la rationalisation des indicateurs dans deux secteurs (fardeau de la maladie et temps d'attente) cités dans le *Communiqué sur la santé* de septembre 2002 avait lieu et on s'intéressait aux opinions exprimées par les membres d'autres comités consultatifs.

En bout de ligne, les membres du Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité proposaient aux sous-ministres une liste de 70 indicateurs pour faire l'objet de rapports publics en novembre 2004, y compris une série de 18 sous-indicateurs sur lesquels les administrations pourraient s'attarder davantage dans leurs rapports imprimés. Les données propres à chaque indicateur sont affichées à des sites Internet gérés par l'Institut canadien d'information sur la santé (<http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>) et par Statistique Canada (<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm>).

À longue échéance, des indicateurs additionnels seront élaborés dans l'optique d'améliorer la qualité des rapports au fil des ans.

Un mot sur le rapport Les Canadiens et les Canadiennes en santé 2004

Ce rapport diffère considérablement du rapport *Les Canadiens en santé* produit en 2002 :

✦ **Thèmes et secteurs prioritaires de l'Accord sur la santé de 2003** — Le rapport de 2004 reprend les thèmes et les priorités définis dans l'Accord sur la santé de 2003 (voir l'encadré à la page suivante).

✦ **Accent sur 18 indicateurs sélectionnés** — Ce rapport examine les 18 indicateurs sélectionnés qui présentent le plus d'intérêt et d'utilité aux yeux des Canadiens, selon les sondages d'opinion publique

effectués, et qui sont les plus susceptibles de faire l'objet de rapports de la part des administrations. La liste complète des 70 indicateurs est affichée aux sites Internet suivants auxquels peuvent accéder les chercheurs, les administrateurs et le public : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm> et <http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>.

✦ **Données sur d'autres responsabilités fédérales en matière de santé** —

- Il revient au gouvernement fédéral d'offrir des services de soins de santé à des groupes particuliers, comme les membres des Premières nations et les Inuits, les anciens combattants, le personnel militaire, les détenus des établissements pénitentiaires fédéraux et les membres de la Gendarmerie royale du Canada.
- Bon nombre des données actuelles sur ces populations ne sont pas conformes aux exigences de rapport sur les indicateurs comparables de la santé imposées en 2004.
 - Il n'existe pas de données sur la plupart des populations relevant du gouvernement fédéral;
 - Les données relatives aux peuples autochtones sont limitées. Les auteurs du rapport ont pris soin d'indiquer clairement ces limites dans le cas de chaque table et tableau du rapport.

- L'information régulièrement recueillie auprès de la population canadienne ne comprend pas nécessairement les données sur les populations autochtones. Les administrations ne sont pas toutes en mesure de recueillir, d'analyser et de publier ces données de la

même façon. Ainsi, l'aptitude à identifier clairement les clients des Premières nations et les clients Inuits dans les bases de données des hôpitaux, de même qu'à vérifier les taux d'utilisation et les résultats, varie selon les provinces et les régions.

Accord sur la santé de 2003 — Thèmes et secteurs prioritaires

L'Accord sur la santé de 2003 est un plan d'action axé sur le renouvellement du régime de soins de santé du Canada et reflète l'engagement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux à collaborer, de concert avec les fournisseurs de services de santé et avec la population canadienne, en vue d'orienter l'avenir du régime de soins de santé au Canada. L'Accord identifie quatre grands thèmes et six secteurs prioritaires devant faire l'objet de rapports aux Canadiens, tel que précisé ci-dessous. Ces derniers sont décrits à la section III.

Quatre thèmes ...

- Accès au moment opportun
- Qualité
- État de santé et mieux-être
- Viabilité*

Six secteurs prioritaires ...

- Soins de santé primaires
- Soins à domicile*
- Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques
- Matériel diagnostique et médical
- Ressources humaines en santé
- Canadiens en santé

Les membres du Comité consultatif ont ajouté un septième secteur prioritaire, Autres programmes et services, pour mieux prendre en compte le travail de suivi sur les indicateurs effectué dans le sillon du *Communiqué sur la santé de 2000*.

Certains secteurs prioritaires s'apparentent à plusieurs thèmes. C'est ainsi que Soins de santé primaires relève à la fois du thème Accès au moment opportun et du thème Qualité.

*Le thème Viabilité et le secteur prioritaire Soins à domicile sont en voie de développement. Par conséquent, ils ne figurent pas dans le présent rapport.

Mode d'organisation du présent rapport

Ce rapport s'amorce par un aperçu sommaire du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé (Section II, *Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé*).

La Section III, *Mesurer le rendement*, trace un tableau général des données nationales et met en lumière des données sur la prestation des soins de santé de compétence fédérale. Elle décrit brièvement chacun des 18 indicateurs sélectionnés, présente les données recueillies dans chaque cas (les résultats) et fournit une brève remarque sur les résultats. Des renseignements limités sur les populations autochtones sont également inclus. Aucune donnée n'existe sur les autres groupes dont les soins de santé relèvent des compétences fédérales.

La Section IV, *Information sur la santé — Défis et prochaines étapes*, décrit certains enjeux actuels liés à la cueillette et à la production de rapports informatifs sur la santé. Elle précise les orientations découlant de l'Accord sur la santé de 2003 qui doivent servir à améliorer la cueillette des données et le contenu des rapports sur les populations autochtones.

Le rapport s'enrichit de quatre annexes : l'Annexe 1 énumère les 18 indicateurs sélectionnés et décrit l'aptitude du gouvernement fédéral à produire des rapports sur ces indicateurs à l'échelle de la population nationale et des populations autochtones; l'Annexe 2 comprend des descriptions, des définitions et des tables et sources de données correspondantes applicables aux 18 indicateurs; l'Annexe 3 énumère les 70 indicateurs approuvés par les sous-ministres pour faire l'objet de rapports publics en 2004; et l'Annexe 4 fait état des exclusions et des limites relatives aux sources de données utilisées dans le présent rapport.

Nota :

- Sauf indication contraire, les données présentées dans ce rapport ont été vérifiées; toutes les données non vérifiées sont clairement identifiées à l'aide de la mention « données non vérifiées ».
- On a établi que toutes les différences mises en lumière dans ce rapport sont statistiquement significatives ($p < 0.05$).*

*La signification statistique repose sur l'hypothèse qu'une différence observée est probablement vraie et non le fruit du hasard. L'expression « $p < 0,05$ » indique que la probabilité qu'une différence observée tienne uniquement au hasard est inférieure à 5 %.

Pleins feux sur le rôle du gouvernement fédéral au plan de la santé

Le gouvernement fédéral joue un rôle clé dans la sauvegarde et le soutien de notre régime de soins de santé public. Il aide les provinces et les territoires à garantir l'accès des Canadiens à des soins médicaux selon leurs besoins, non leur aptitude à payer. Le financement fédéral repose sur cinq principes qui constituent la pierre angulaire de la Loi canadienne sur la santé : l'universalité; l'accessibilité; la transférabilité; l'intégralité et la gestion publique. En outre, le gouvernement fédéral assume la responsabilité des programmes et de la réglementation dans des domaines comme la protection et la promotion de la santé, la sécurité de la santé, la prévention des maladies et la recherche.

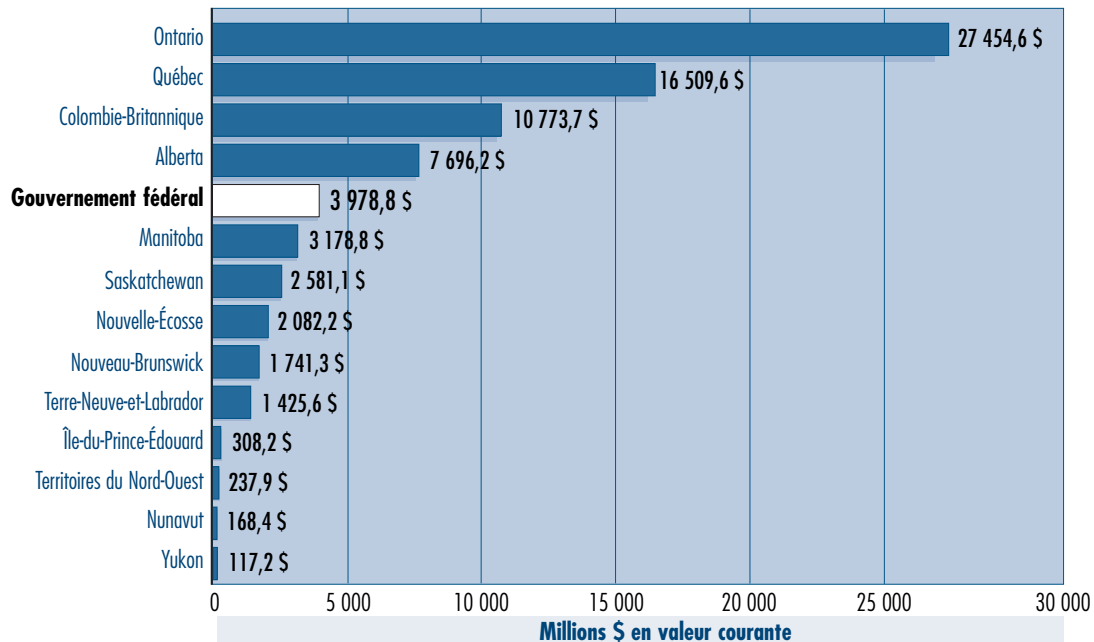
Le gouvernement du Canada est également le cinquième plus gros fournisseur de services de santé aux Canadiens, puisqu'il dessert quelque 990 000 clients à un coût de près de 4 milliards de dollars annuellement. En outre, il garantit l'accès des Premières nations et des Inuits, du personnel militaire et des anciens combattants, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des établissements pénitentiaires fédéraux aux services de santé.

Profil des services de santé fédéraux

Plusieurs ministères gouvernementaux fédéraux fournissent des services de santé directement ou s'assurent que des services de santé sont offerts à des groupes de population particuliers. Les paragraphes suivants résument les services offerts par les ministères fédéraux.

Dépenses totales du secteur public en santé

Selon l'administration, 2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–2003*.

Santé Canada — Les programmes axés sur les Premières nations et sur les Inuits constituent un investissement annuel de quelque 1,4 milliard de dollars et desservent quelque 695 983 clients membres des Premières nations et 39 360 clients Inuits. Le ministère offre :

- une gamme limitée de biens et de services relatifs à la santé médicalement nécessaires mais non couverts par les régimes de santé privés, provinciaux ou territoriaux, y compris les médicaments, le transport à des fins médicales, les soins dentaires, les produits et l'équipement médicaux, les services d'intervention et de consultation en cas de crise et les soins de la vue;
- les programmes de santé communautaires, y compris les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les réserves; les services de soins infirmiers communautaires; l'éducation à la santé; les programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; les programmes axés sur la santé mentale et le développement des enfants; les services de santé environnementale et un nombre restreint de services hospitaliers.

Anciens Combattants Canada — Fournit des soins de santé aux anciens combattants de la guerre et des Forces canadiennes qui répondent à diverses exigences relatives aux états de service et au revenu ou qui ont droit à des prestations

d'invalidité liées au service militaire. Le ministère fournit une gamme complète de services de santé non couverts à l'échelle provinciale, y compris les soins en établissement aux résidents admissibles dans des foyers communautaires. Au cours de l'exercice financier de 2002–2003, 133 400 résidents étaient admissibles à des prestations, d'où des dépenses de l'ordre de 636,6 millions de dollars en programmes de soins de santé.

Services correctionnels Canada — Offre aux détenus des services de soins de santé essentiels (physiques et dentaires), ainsi qu'un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels pouvant favoriser leur réadaptation et leur réinsertion au sein de la collectivité. Les services sont offerts par l'intermédiaire d'un réseau d'unités de santé dans tous les établissements pénitentiaires, y compris cinq hôpitaux régionaux et des centres de traitement désignés en santé mentale. On fait appel, au besoin, à des spécialistes et à des services diagnostiques et hospitaliers au niveau de la collectivité. Les dépenses opérationnelles pour la prestation de ces services à quelque 12 600 détenus pour l'exercice financier 2002–2003 s'élevaient à 118,4 millions de dollars. Ce chiffre intègre tous les frais médicaux, soit les salaires, les médicaments, les frais d'hospitalisation, les examens médicaux et les rendez-vous chez le médecin, le spécialiste et le dentiste.

Ministère de la Défense nationale — Répond aux besoins de santé des membres des Forces canadiennes au pays et à l'étranger. Les services de soins de santé sont offerts grâce à un réseau de cliniques de santé des Forces canadiennes ou en achetant des services auprès des provinces et des territoires. Une gamme complète de services de santé sont offerts aux 60 000 membres réguliers des Forces et aux 33 000 membres de la Réserve (lorsqu'ils sont en fonction). Au cours de l'exercice financier de 2002–2003, les dépenses engagées par les Forces canadiennes s'élevaient à 306,0 millions de dollars environ.

Gendarmerie royale du Canada (GRC) — Fournit des services de santé à tous les membres de la GRC qui portent l'uniforme. Les personnes admissibles ont droit à une gamme complète de services de santé médicaux et psychologiques visant à garantir qu'ils sont mesure d'accomplir

leurs tâches en toute sécurité. Les membres obtiennent leurs soins de santé personnalisés de la part des fournisseurs de leur choix, dans leur milieu immédiat, du moment que ces derniers répondent aux critères fixés par la GRC. Quelque 15 980 membres ont droit à des prestations de santé. Lors de l'exercice financier 2002–2003, les dépenses en santé s'élevaient à 38,0 millions de dollars environ.

La Loi canadienne de la santé exclut . . .

. . . de la définition de « personnes assurées » ayant droit à des services de santé en vertu des régimes de soins de santé provinciaux les détenus des établissements pénitentiaires fédéraux et les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada.

Définitions relatives aux populations autochtones

L'information sur la santé des Premières nations et des peuples autochtones présentée dans ce rapport est tirée de plusieurs sources et se rapporte à diverses populations, conformément aux définitions ci-dessous :

Autochtones : Ces personnes déclarent appartenir à au moins un groupe autochtone (Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit). Ce groupe comprend toute personne qui déclare être un Indien des traités ou un Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada, ainsi que tout membre d'une bande indienne ou d'une Première nation¹.

Peuples des Premières nations : On a commencé à utiliser cette expression dans les années 1970 pour remplacer le mot « Indien » que certaines personnes trouvaient offensant. Même si l'expression Première nation est largement utilisée, il n'en existe aucune définition légale. On emploie notamment l'expression « peuples des Premières nations » pour désigner les Indiens habitant au Canada, qu'ils possèdent ou non le statut d'Indien².

Indiens de l'Amérique du Nord : Ces personnes s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord. Elles peuvent avoir le statut d'Indien inscrit ou d'Indien non inscrit¹.

Inuits : Les Inuits sont un peuple autochtone du Nord du Canada. Les Inuits habitent surtout au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans les zones nordiques du Labrador et du Québec. Le mot « Inuit » signifie « peuple » en inuktitut, la langue parlée par les Inuits. C'est également le terme qu'utilisent les Inuits eux-mêmes pour se décrire².

Réserve : Ce terme désigne une bande de terre dont le titre juridique appartient à la Couronne et que le gouvernement fédéral réserve à l'usage et à la jouissance d'une bande indienne. Certaines bandes occupent plus d'une réserve².

Dans la réserve : Ce terme désigne les personnes, les services ou les biens qui font partie d'une réserve et qui ont des liens avec les Premières nations².

À l'extérieur de la réserve : Ce terme désigne les personnes, les services ou les biens qui ne font pas partie d'une réserve, mais qui ont des liens avec les Premières nations².

Hors réserve : Ce terme désigne les peuples et les populations autochtones qui n'ont aucun lien avec des réserves. À titre d'exemple, les peuples Inuits ne vivent pas dans des réserves¹.

¹Statistique Canada.

²Affaires indiennes et du Nord canadien



Mesurer le rendement

Cette section fournit des renseignements sur les 18 indicateurs sélectionnés aux fins de discussion. Tel que susmentionné, ces indicateurs s'accordent avec les grands thèmes et avec les secteurs prioritaires définis dans l'Accord sur la santé de 2003.

Un profil des faits saillants de chacun des 18 indicateurs suit la description générale des thèmes et secteurs prioritaires. En outre, cette section présente une série de tableaux qui permettent d'établir des comparaisons entre divers indicateurs de santé en usage à l'échelle des pays du G7. Ces tableaux aideront le lecteur à mieux comprendre les données canadiennes en les situant dans un contexte international. Des tables de données détaillées propres à chaque indicateur figurent à l'Annexe 2 du présent rapport.

Thèmes et secteurs prioritaires de l'Accord sur la santé de 2003

Thèmes ...

Les quatre thèmes abordés dans l'Accord sur la santé sont les suivants :

Accès au moment opportun — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer l'accès aux services essentiels et les temps d'attente en vue d'obtenir ces services.

Qualité — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer divers aspects de la qualité des services de soins de santé, y compris la sécurité des patients, la satisfaction des patients et les résultats en matière de santé.

Santé et mieux-être — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer la santé de l'ensemble de la population et sont tributaires de divers facteurs, y compris le niveau d'éducation, la situation socio-économique et les conditions de vie.

Viabilité — Les indicateurs regroupés sous ce thème servent à mesurer divers aspects des soins de santé, comme la situation des ressources

Les pays du G7 ...

... sont les sept premiers pays les plus industrialisés au monde, soit l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni.

humaines en santé, l'équipement, les réseaux d'information et la rentabilité du système.

Secteurs prioritaires ...

Chaque secteur prioritaire est décrit ci-dessous et est suivi d'un indicateur présenté à titre d'exemple.

Soins de santé primaires — Il s'agit du premier niveau de soins et du point de contact initial du patient avec le système de soins de santé. Lorsque les Canadiens ont besoin de soins non urgents, ils font le plus souvent appel aux services de soins de santé primaires. Il peut s'agir de visites au médecin de famille, aux infirmières, aux infirmières praticiennes et aux travailleurs en santé mentale; d'appels téléphoniques aux lignes d'info-santé; et des conseils de pharmaciens. *Exemple : Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis.*

Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques —

Même si le gouvernement fédéral et les provinces et territoires assurent une certaine couverture des médicaments à divers segments de la population, les dépenses en pourcentage du revenu sur les médicaments prescrits augmentent plus que toute autre catégorie de dépenses en matière de santé. Les Canadiens aux prises avec de graves problèmes de santé peuvent faire face à des difficultés indues liées au coût très élevé des médicaments prescrits.

Exemple : Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu.

Matériel diagnostique et médical — L'accès rapide à l'équipement diagnostique peut permettre la détection, le diagnostic et le traitement précoces, ce qui aura souvent des résultats favorables en matière de santé.

Le matériel diagnostique et médical comprend généralement des appareils de haute technologie comme les imageurs à résonance magnétique (IRM), la tomographie par ordinateur (TO), l'équipement de radiothérapie et les lithotriteurs. Il comprend également d'autres pièces de matériel diagnostique et médical comme les appareils à ultrasons et à radiographie, ainsi que le matériel diagnostique et médical qui sert à améliorer la qualité des soins aux patients ou les conditions de travail du personnel de la santé. *Exemple : Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques.*

Ressources humaines en santé — Le système de soins de santé compte sur les services de professionnels de la santé dûment formés comme les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens pour assurer les soins de santé. La meilleure façon de garantir que tous les Canadiens ont un bon accès aux fournisseurs de santé consiste à s'assurer que les ressources humaines en santé sont compétentes et à prévoir et garantir un nombre suffisant de professionnels de la santé. *Exemple : Satisfaction des patients à l'égard des soins octroyés d'un médecin.*

Canadiens en santé — Un système de santé efficace suppose un bon équilibre entre la responsabilisation personnelle face à la santé et la responsabilisation collective face au système de soins de santé. Il importe d'harmoniser les approches pour lutter contre le problème de l'obésité et pour promouvoir l'activité physique et l'amélioration de la santé publique et de la santé environnementale, ainsi que pour améliorer l'état de santé des Canadiens. Il est également essentiel de poursuivre les efforts visant à promouvoir de sains modes de vie, des projets d'immunisation et autres dans le but de réduire les écarts de santé. *Exemple : Prévalence du diabète.*

Autres programmes et services — Ce secteur prioritaire regroupe les indicateurs sur l'accès au moment opportun et la qualité pris en compte dans le cadre du premier processus des rapports comparés lié au *Communiqué sur la santé des premiers ministres de 2000*.

Il comprend des mesures sur l'opinion publique quant aux soins de santé et des indicateurs de qualité axés sur les résultats en matière de santé. *Exemple : Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers.*

Soins à domicile — Ce secteur prioritaire regroupe une gamme de services qui permettent aux personnes d'obtenir des soins et des traitements à domicile et de vivre de la façon autonome alors qu'elles pourraient autrement être hospitalisées. Ceci pourrait comprendre des soins infirmiers professionnels, des soins personnalisés et de l'aide à domicile, comme des services de nettoyage et de buanderie. Les soins à domicile permettent aussi de soutenir les personnes en offrant une aide à temps plein aux individus frappés d'incapacité. *Les indicateurs associés à cette priorité sont en voie d'élaboration.*

Rapport sur 18 indicateurs

Les faits saillants des 18 indicateurs sélectionnés comprennent une courte description de chaque indicateur (c.-à-d. ce qu'il mesure), les résultats de ces mesures (y compris une illustration graphique des résultats) et une brève remarque sur ces résultats. Le thème et le secteur prioritaire auxquels se rapporte l'indicateur sont aussi précisés. Plusieurs tableaux comparant les données canadiennes à celles des autres pays du G7 figurent également. Ces derniers ne contiennent pas nécessairement les mêmes données que celles associées aux 18 indicateurs décrits mais ont été inclus pour fournir au lecteur un contexte international. L'Annexe 2 du présent rapport présente des tables de données détaillées sur les 18 indicateurs sélectionnés.



1 Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis



2 Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé



3 Difficulté à obtenir des soins immédiats

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : Cette catégorie regroupe les indicateurs qui mesurent le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis, des renseignements ou des conseils en matière de santé, et qui ont dit avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur à tout moment de la journée au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Résultats : Parmi les Canadiens ayant eu besoin de services de santé choisis en 2003,

16,4 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, alors que 15,8 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé et que 23,8 % disaient avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Remarque : Les Canadiens disent avoir de la difficulté à accéder à des services de santé de routine ou de suivis, à des renseignements ou à des conseils en matière de santé et à des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Pourcentage de la population disant avoir de la difficulté à obtenir des services de santé, des renseignements ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats

Selon le type de service (standardisé selon l'âge), Canada, 2003*

Type de service	Pourcentage disant avoir de la difficulté à obtenir les services
Services de santé de routine ou de suivis	16,4
Renseignements ou conseils en matière de santé	15,8
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	23,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

Notes : Comprend les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Fondé sur les populations qui ont dû accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

4

Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de ménages canadiens qui dépensent plus qu'une certaine proportion (spécifiquement, 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 %) de leur revenu net après impôt en dépenses directes pour acheter des médicaments prescrits.

Résultats : La proportion de ménages canadiens qui dépensent plus que 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 % de leur revenu net après impôt en dépenses directes pour acheter des médicaments prescrits a augmenté, en général, au cours de la période de six ans de 1997 à 2002. En 1997 par exemple, 18,1 % des ménages canadiens dépensaient plus que 1 %. Rendu en 2002, 19,1 % dépensaient

plus de 1 %. Même si 2,7 % dépensaient plus de 5 % sur des médicaments prescrits en 1997, 3,0 % dépensaient de la sorte en 2002. En 2002, 65,2 % des ménages canadiens dépensaient une portion de leur revenu net après impôt (c'est-à-dire plus de 0 %) en dépenses directes sur des médicaments prescrits (voir la page 51 de l'Annexe 2).

Remarque : Le pourcentage des ménages canadiens qui dépensent au moins une portion de leur revenu net après impôt sur des médicaments prescrits est demeuré relativement stable au cours des dernières années.

Le revenu net après impôt ...

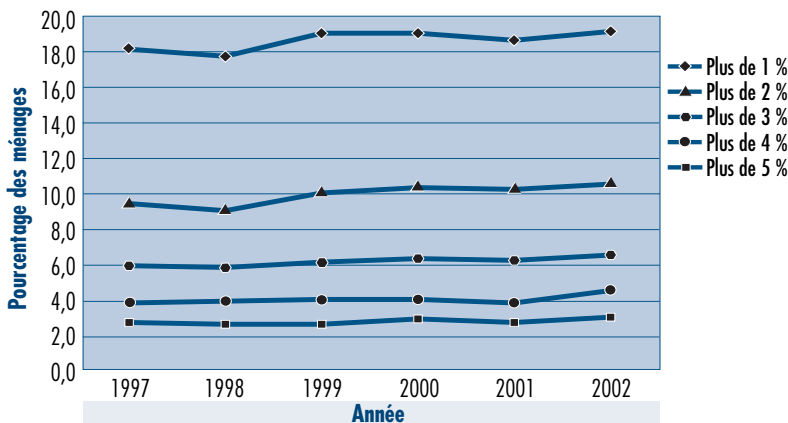
... est le revenu total moins l'impôt personnel.

Les dépenses directes ...

... sont des dépenses globales ou partielles non remboursables par une assurance-médicaments ou un régime d'assurance-santé quelconque.

Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Selon le pourcentage de revenu après impôt, Canada, 1997 à 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

Notes : Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits comprennent uniquement les médicaments prescrits achetés par les ménages.

Les médicaments en vente libre et les médicaments payés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance ne sont pas inclus.

Les primes des régimes de soins de santé ne sont pas incluses.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

5 Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Temps d'attente médian pour des tests de diagnostics
- Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostics

Thème : Accès au moment opportun

Secteur prioritaire : Matériel diagnostique et médical

Description : Cet indicateur mesure le temps d'attente médian déclaré par les personnes ayant besoin de tests de diagnostics, ainsi que la proportion de personnes qui déclarent avoir dû attendre pendant trois périodes de temps différentes avant d'obtenir les tests de diagnostics désirés (moins d'un mois, d'un à trois mois et plus de trois mois). Le temps d'attente fait référence à la quantité de temps écoulé, en semaines, entre le moment où le patient a été aiguillé vers un service et le moment où ce patient a bel et bien obtenu le service au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'avaient pas encore obtenu les tests (ou qui sont toujours en attente) ont été exclus de la définition de cet indicateur.

Résultats : Les temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics n'ont pas changé de 2001 à 2003 et s'établissent toujours à trois semaines (voir la page 52 de l'Annexe 2). Les résultats de 2003 révèlent que 57,5 % des Canadiens disent avoir attendu moins d'un mois pour obtenir des tests de diagnostics, alors que 31,1 % disent avoir attendu entre un et trois mois et que 11,5 % disent avoir attendu plus de trois mois.

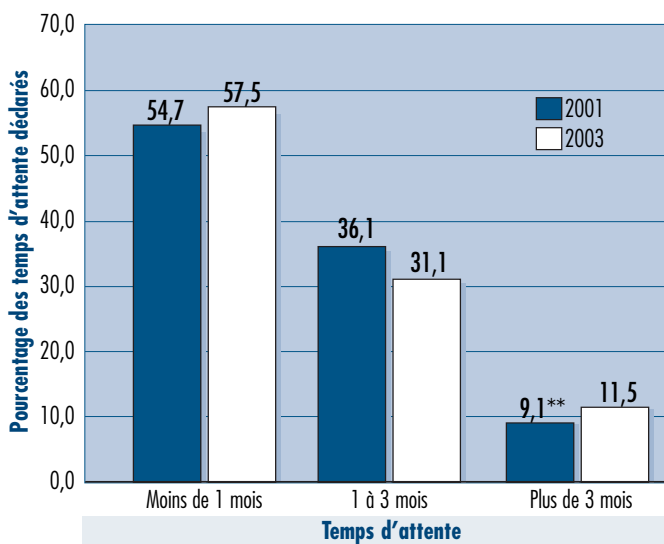
Remarque : En 2003, les Canadiens déclarent avoir attendu trois semaines avant d'obtenir les tests de diagnostics dont ils avaient besoin, soit le même délai d'attente qu'en 2001.

Le temps d'attente médian . . .

. . . se mesure en semaines et indique qu'une moitié des patients attendent moins et que l'autre moitié attendent plus que le nombre médian de semaines. À titre d'exemple, un temps d'attente médian de trois semaines signifie que la moitié des patients ont attendu moins de trois semaines et que l'autre moitié des patients ont attendu plus de trois semaines.

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics

Répartition des temps d'attente, Canada*, 2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001 et 2003.

Notes : Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin de tests de diagnostics au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les tests de diagnostics comprennent uniquement les examens IRM, les tomodensitogrammes et les angiographies de nature non urgente. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).



Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : Cet indicateur mesure les taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants en rapport avec des affections chroniques qui peuvent souvent être traitées dans le milieu comme le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et les toxicomanies, les névroses, la dépression et les affections hypertensives. Une réduction des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices au traitement ambulatoire s'avère désirable.

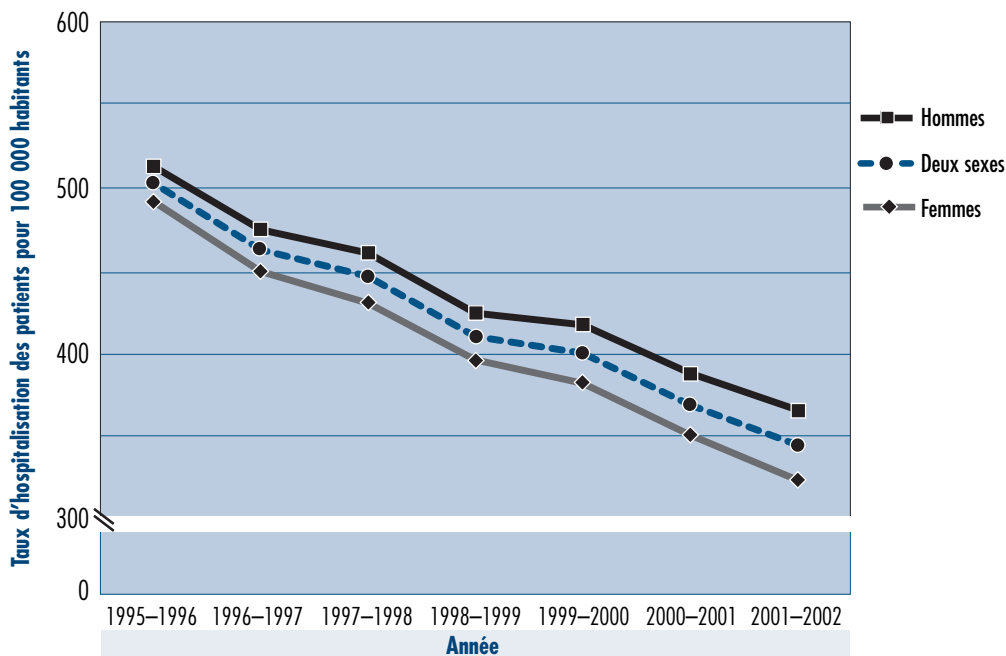
Résultats : Au Canada, les taux d'hospitalisation liées à des conditions propices au traitement ambulatoire diminuent depuis quelques années chez les femmes comme chez les hommes, passant d'un taux de 503 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à un taux de 346 admissions pour 100 000 habitants en 2001–2002.

La standardisation selon l'âge . . .

. . . est un procédé qui permet d'ajuster les taux (p. ex., le taux de mortalité) de manière à réduire l'effet des disparités dans la composition par âge lorsqu'on compare les taux applicables à des populations différentes.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2001–2002



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement; Institut de la Statistique du Québec.

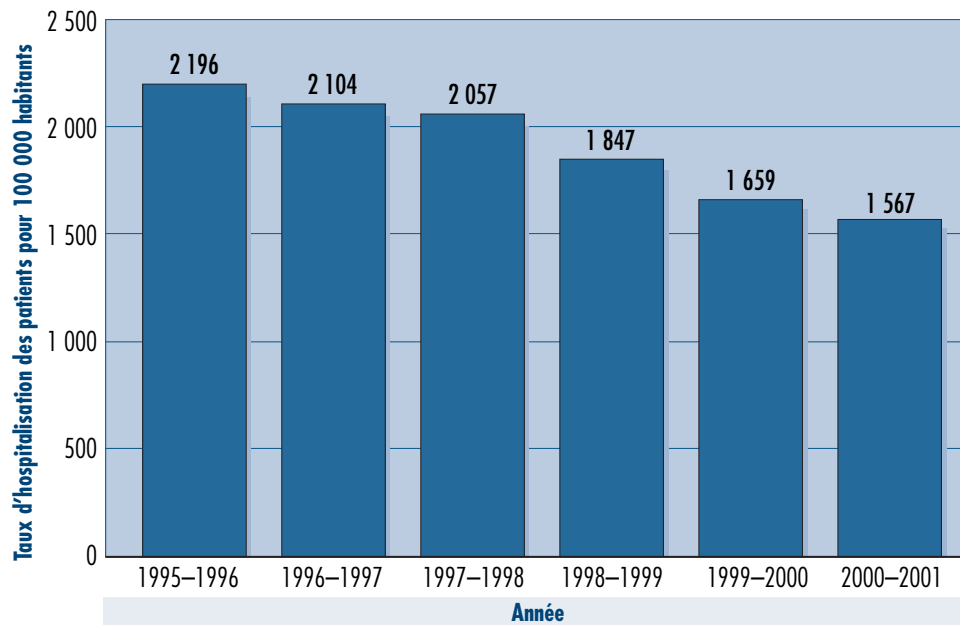
Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Ce taux a aussi diminué chez les femmes et les hommes des Premières nations, passant de 2 196 admissions pour 100 000 habitants en 1995–1996 à 1 567 admissions en 2000–2001.

Remarque : On réussit à éviter certaines hospitalisations en fournissant les soins requis au sein de la collectivité. Même si les taux ont diminué chez l'ensemble des Canadiens, il demeure de quatre à cinq fois plus élevé chez les peuples des Premières nations.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (données non vérifiées)

Premières nations* (dans les réserves et à l'extérieur des réserves) (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2000–2001



Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; Santé Manitoba; Santé Saskatchewan; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.

*Les données sur les Premières nations s'appliquent uniquement à la Colombie-Britannique, à la Saskatchewan et au Manitoba.



Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

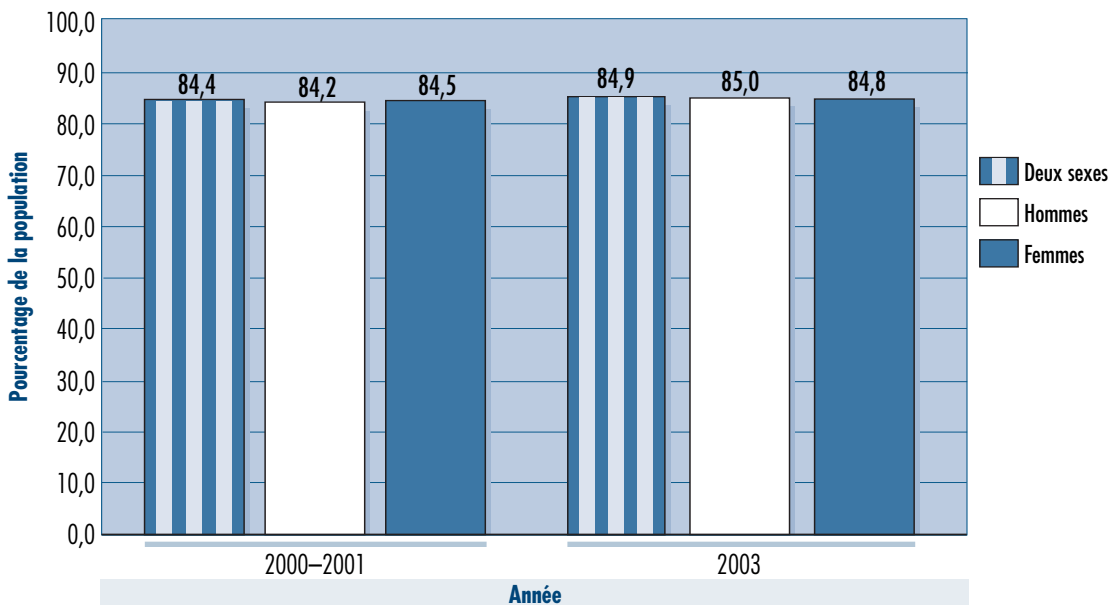
Description : La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus fait référence au pourcentage de la population ayant reçu des services de soins de santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services fournis.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : La plupart des Canadiens (84,9 %) se sont déclarés satisfaits du mode global de prestation des services de santé au Canada en 2003. On n'a observé aucun changement par rapport à 2000–2001, année à laquelle les participants à l'enquête ont répondu pour la première fois à cette question.

Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

En ce qui a trait au taux de satisfaction face au régime de soins de santé et aux réformes proposées, on constate que les populations du Canada et du Royaume-Uni sont du même avis. En 2001, 21 % des populations du Canada et du Royaume-Uni déclaraient que les changements requis s'avéraient mineurs.

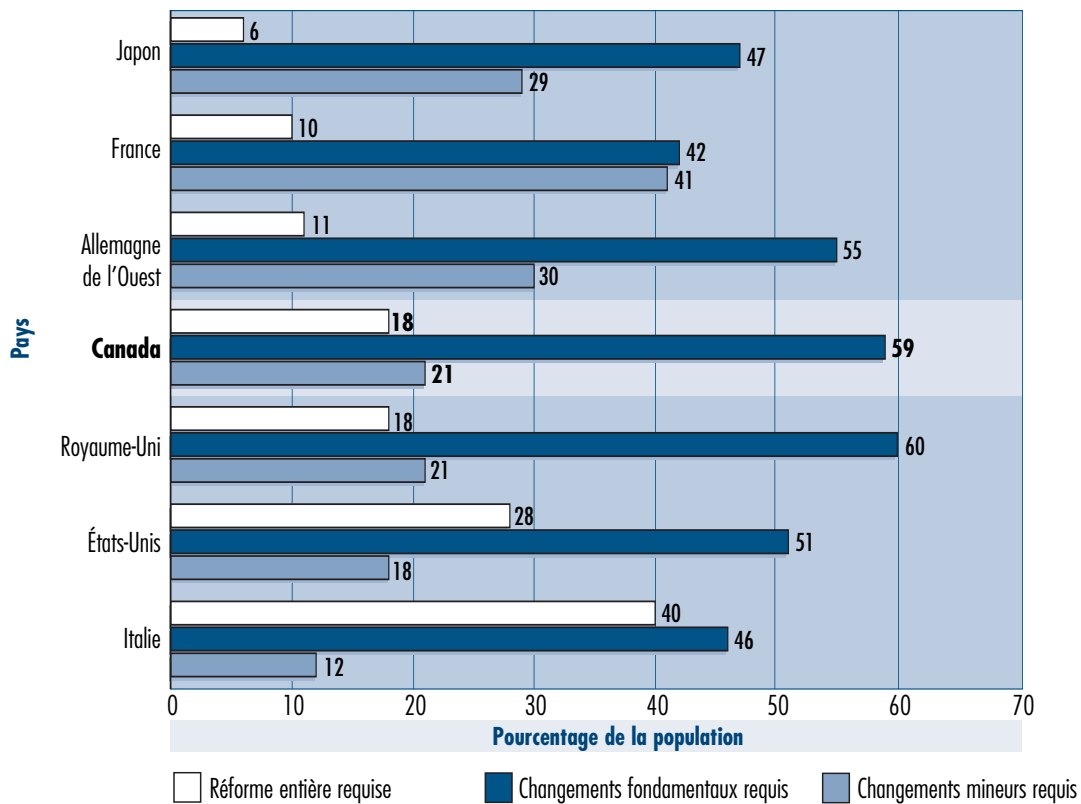
Remarque : En général, les Canadiens se disent satisfaits de leur régime de soins de santé, quoique les comparaisons à l'échelle des pays du G7 portent à croire qu'il pourrait y avoir

lieu de remanier le régime de soins de santé pour que le Canada puisse atteindre le taux de satisfaction de la population très élevé dont font état le Japon et la France.

Les données internationales qui accompagnent cet indicateur constituent une mesure indirecte du taux de satisfaction du public face aux divers régimes de soins de santé. À titre d'exemple, la réponse « Changements mineurs requis » dénote le plus haut taux de satisfaction.

Satisfaction à l'égard des soins de santé (données non vérifiées)

Besoin exprimé d'apporter des réformes, compte tenu de la satisfaction du public face au régime de soins de santé, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur la France, l'Italie et le Japon datent de 1988-1991; les données sur l'Allemagne de l'Ouest datent de 1994; les données sur le Canada, le R.-U. et les É.-U. datent de 2001. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires reflète le pourcentage de population ayant eu recours à des soins de santé communautaires au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient

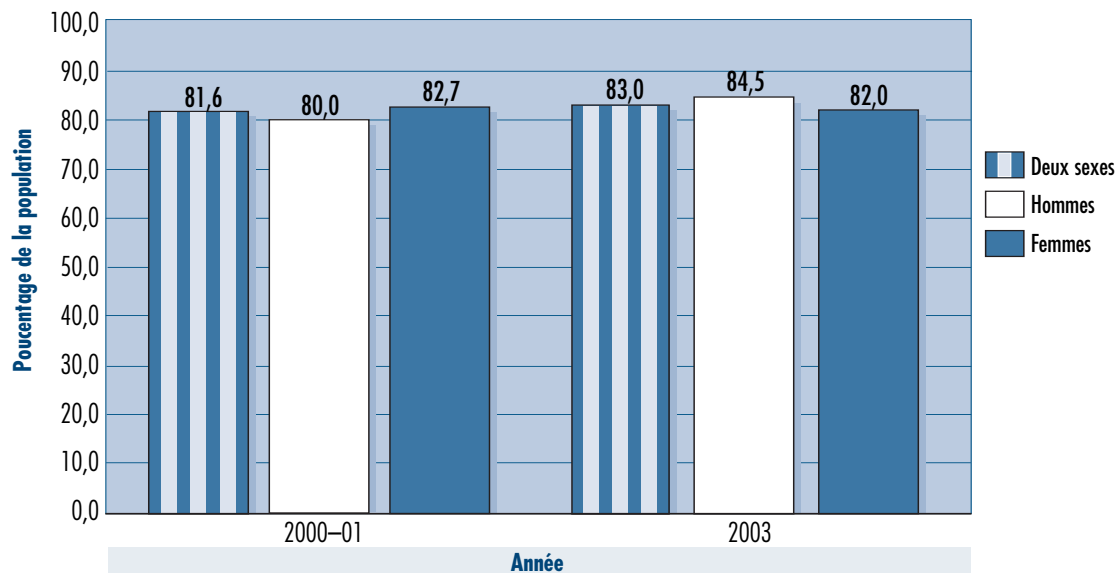
face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, 83,0 % des Canadiens se déclaraient satisfaits du mode de prestation des soins de santé communautaires. La proportion d'hommes se disant satisfaits a augmenté, passant de 80,0 % en 2001–2002 à 84,5 % en 2003.

Remarque : En général, les Canadiens semblent satisfaits du mode de prestation des soins communautaires et le degré de satisfaction face à ce type de soins a augmenté chez les hommes au cours des dernières années.

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins de santé communautaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, hormis ceux offerts par l'entremise d'un hôpital ou d'un cabinet de médecin.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Soins de santé primaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé reflète le pourcentage de population ayant eu recours à un service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou à un service info-santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se sont déclarés « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, 83,7 % des Canadiens se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé fournis. En outre, 86,0 % des hommes et 82,7 % des femmes se disaient satisfaits de ces services.

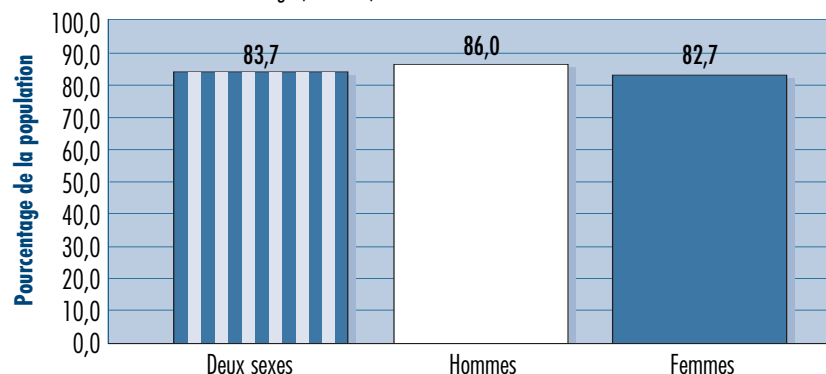
Remarque : Une forte proportion de Canadiens se déclarent satisfaits du mode de prestation du service de ligne d'information téléphonique ou des services info-santé offerts.

Le service de ligne d'information téléphonique sur la santé et les services info-santé . . .

. . . sont des services téléphoniques qui permettent au personnel infirmier ou à d'autres professionnels de la santé de fournir de l'information sur la santé. Il doit y avoir une interaction directe. Par conséquent, la définition de cet indicateur ne prend pas en compte les services automatisés.

Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003



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

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu recours au service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou aux services info-santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Il n'existe pas de service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou de services info-santé au Nunavut et au Yukon. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Autres programmes et services

Description : Le taux de satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers mesure le pourcentage de population ayant eu recours aux soins hospitaliers au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient

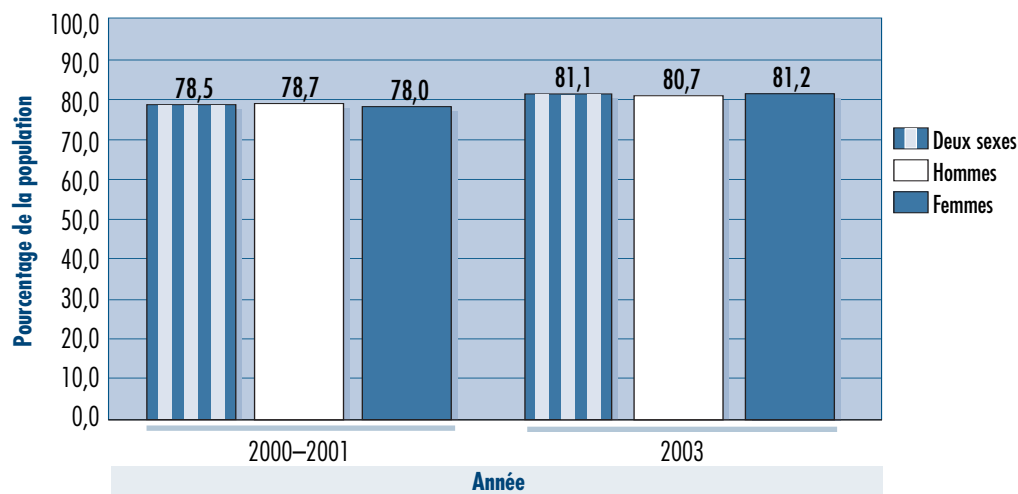
face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Résultats : Chez les Canadiens, le niveau de satisfaction des patients à l'égard du mode de prestation des soins hospitaliers a augmenté de 78,5 % en 2000–2001 à 81,1 % en 2003. La proportion de femmes qui se disaient satisfaites s'est accrue pour atteindre 81,2 % en 2003 par rapport à 78,0 % en 2000–2001.

Remarque : Au cours des années, le taux de satisfaction des Canadiens relativement au mode de prestation des soins hospitaliers reçus a augmenté, en particulier chez les femmes.

Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Fait référence aux plus récents soins hospitaliers reçus.

Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Thème : Qualité

Secteur prioritaire : Ressources humaines en santé

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin reflète le pourcentage de population ayant eu recours aux services d'un médecin au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de personnes qui se disaient « très satisfaites » ou « assez satisfaites » du mode de prestation des services rendus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face

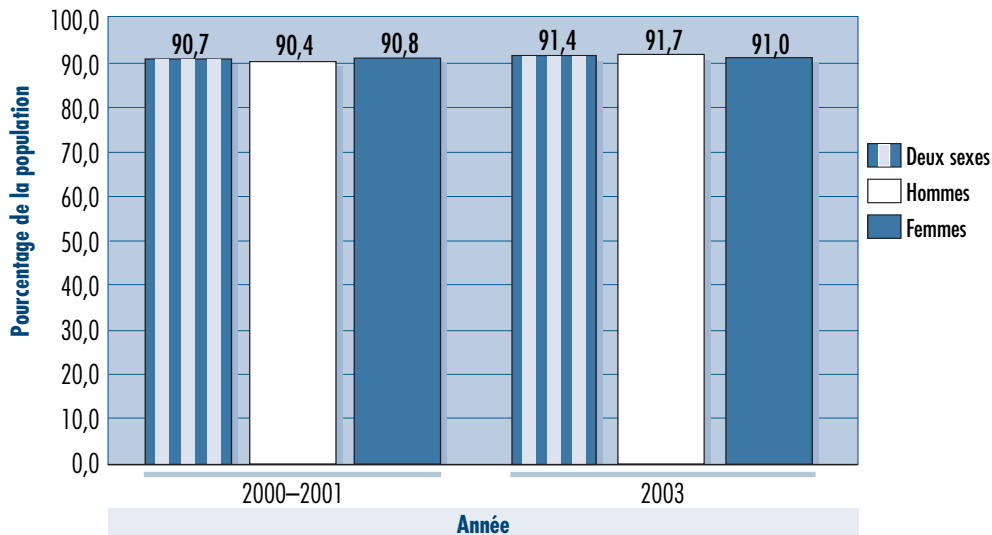
au mode de prestation des services et non aux services comme tels.

Résultats : En 2003, la grande majorité des Canadiens (91,4 %) se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins offerts par un médecin. Chez les hommes, le taux de satisfaction des patients a augmenté, passant de 90,4 % en 2000–2001 à 91,7 % en 2003.

Remarque : En général, les Canadiens se disaient satisfaits du mode de prestation des soins offerts par un médecin.

Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Pourcentage se disant « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des soins reçus, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, sauf ceux qui peuvent avoir été offerts lors d'une visite à l'hôpital.

Ceci exclut les services obtenus à l'occasion d'une visite à l'hôpital et s'applique aux plus récents soins reçus d'un médecin.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population
- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur qui reflète l'état de santé général de la population. Il représente le nombre prévu d'années équivalent aux années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, à partir de la situation moyenne d'une population. Les tendances relatives à l'EVAS devraient être analysées dans le contexte des tendances qui affectent l'espérance de vie (EV). Si l'EVAS augmente plus que l'EV

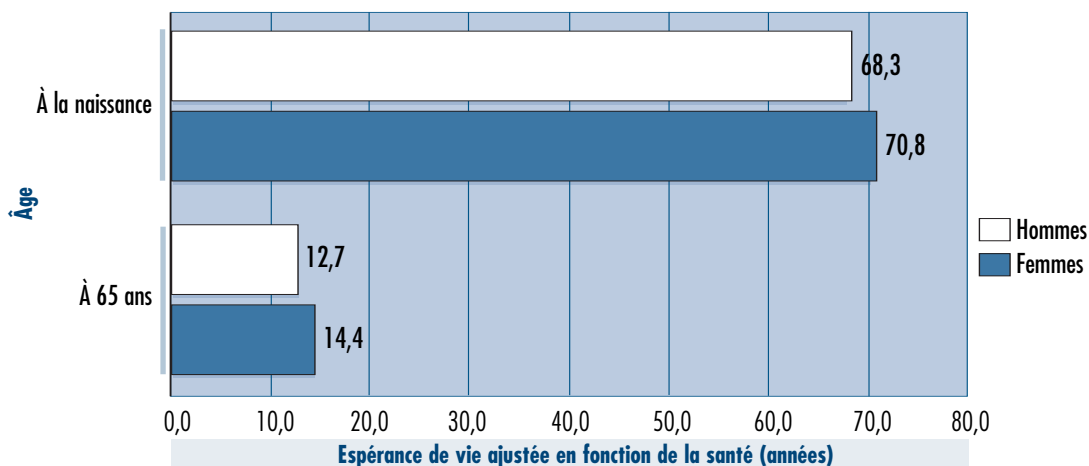
au fil du temps, on peut conclure, de fait, que les années d'espérance de vie additionnelles sont plus souvent des années de bonne santé. La mesure de l'EVAS peut s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des ménages faisant partie de catégories de revenu particulières.

Avis au lecteur : L'EVAS est un indicateur relativement nouveau qui repose sur un certain nombre d'hypothèses importantes aux fins d'interprétation de l'EVAS.

Résultats : En 2001, les femmes avaient une espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) supérieure à celle des hommes, tant à la naissance qu'à 65 ans. L'écart dans l'EVAS entre les femmes et les hommes s'avère plus évidente à la naissance, puisqu'elle s'établit à 70,8 ans chez les femmes et à 68,3 ans chez les hommes.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001; Recensement de 2001.

Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

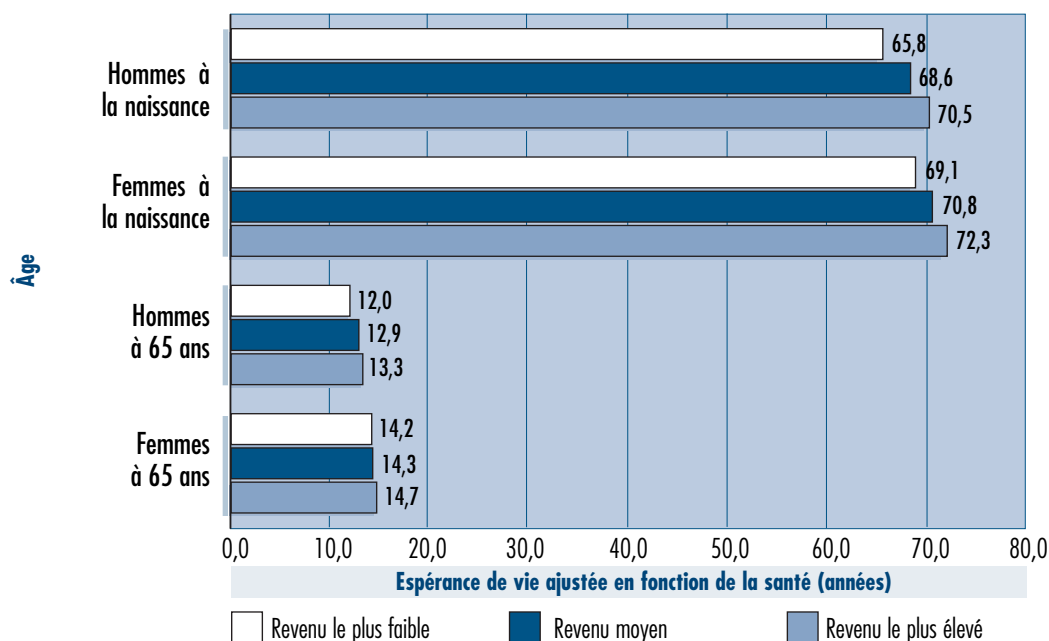
Le sexe et le niveau de revenu à la naissance jouent un rôle crucial dans la détermination de l'EVAS. Même si, en général, l'EVAS des femmes est plus élevée que celle des hommes, les femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé à la naissance ont une EVAS de 72,3 ans, plus que toute autre catégorie. Les hommes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé à la naissance ont une EVAS de 70,5 ans. L'écart entre les femmes et les hommes est plus mince à l'âge de 65 ans dans le cas de la catégorie du revenu le plus élevé, puisque l'EVAS des hommes est de 1,4 an inférieur à l'EVAS des femmes de même catégorie. Des comparaisons entre les EVAS de diverses catégories de revenu révèlent qu'à la naissance, les femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé ont une EVAS de

3,2 années supérieure à celle des femmes faisant partie de la catégorie du revenu le plus faible. Chez les hommes, cette même comparaison révèle que les hommes faisant partie de la catégorie du revenu le plus élevé ont une EVAS de 4,7 années supérieure à ceux faisant partie de la catégorie du revenu le plus faible.

Remarque : L'EVAS à la naissance est moins élevée chez les hommes que chez les femmes. Les Canadiens qui font partie des catégories de revenus plus élevés vivent habituellement plus longtemps et sont en meilleure santé que ceux qui font partie d'autres catégories de revenu. Les écarts relatifs à l'EVAS selon les catégories de revenu à 65 ans sont très faibles, tant chez les femmes que chez les hommes.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe et selon le niveau de revenu, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001; Recensement de 2001.

Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage d'individus de 20 ans et plus atteints de tous les types de diabète.

Résultats : À l'exception des années fécondes (de 20 à 39 ans), alors que le risque de diabète gestationnel est plus élevé, la prévalence du diabète était plus forte chez les hommes que chez les femmes en 1999–2000. Chez les hommes, il s'établissait à 5,4 %, comparative-ment à 4,9 % chez les femmes (voir la page 65 de l'Annexe 2). Chez les deux sexes, la prévalence augmentait avec l'âge pour atteindre un

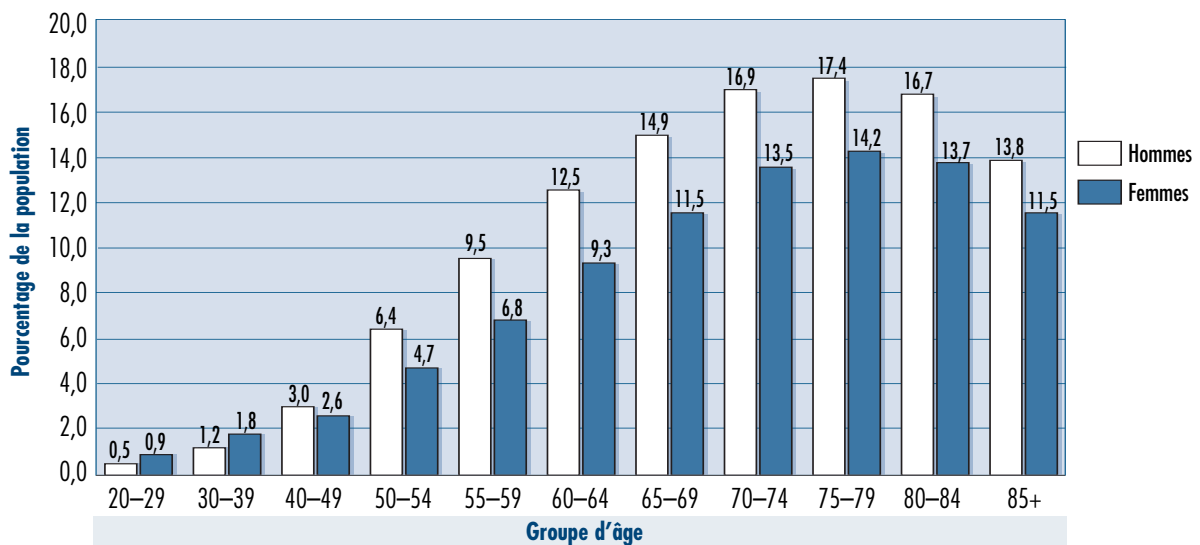
sommet chez les 75 à 79 ans, avec 15,5 % (17,4 % chez les hommes et 14,2 % chez les femmes). Dans l'ensemble, 5,1 % des Canadiens de 20 ans et plus vivaient avec un diabète diagnostiqué.

Le taux de prévalence des cas de diabète auto-déclarés chez les Indiens d'Amérique du Nord est quatre fois plus élevé environ que le taux canadien en général.

La définition de cet indicateur s'applique à tous les types de diabète, soit le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel.

Prévalence du diabète

Pourcentage de la population de 20 ans et plus avec un diabète diagnostiqué (tous les types), selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Canada*, 1999–2000



Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Notes : Les données applicables à cet indicateur sont finales et s'appliquent également aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Ce n'était pas le cas dans le rapport *Les Canadiens en santé 2002*.

Le lecteur devrait user de prudence dans l'interprétation de ces données; voir l'annexe 4.

*Ne comprend pas le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) font également état d'une forte prévalence du diabète chez les adultes des Premières nations de 20 ans et plus vivant dans les réserves (voir la page 65 de l'Annexe 2). Consulter l'Annexe 4 pour les exclusions et limites des données à ce sujet.

Remarque : La prévalence du diabète augmente avec l'âge et la maladie s'avère plus courante chez les hommes canadiens. Les

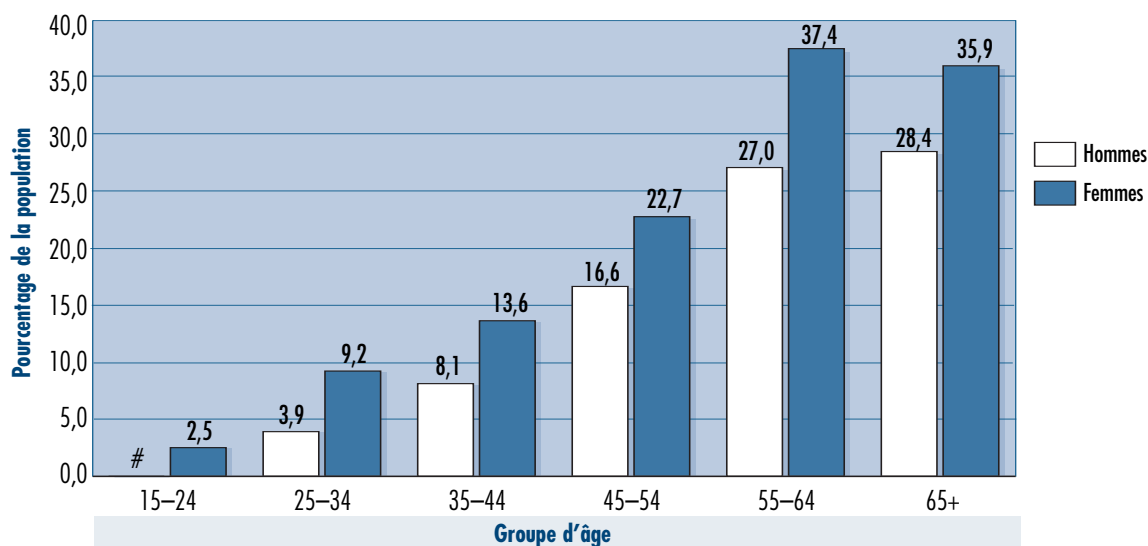
Indiens de l'Amérique du Nord, surtout ceux qui habitent dans les réserves, affichent un taux de prévalence du diabète beaucoup plus élevé que celui de la population canadienne en général et souffrent donc de façon disproportionnée de cette maladie.

La prévalence . . .

. . . constitue le nombre de cas existants d'une maladie donnée, à un moment donné ou sur une période de temps déterminée, au sein d'une population définie.

Diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Pourcentage de la population, selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis*, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**), 2001



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.

**Réserves participantes choisies.

Données supprimées en vue de protéger la confidentialité.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : L'auto-évaluation de la santé mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui qualifie son état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

Résultats : Le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui qualifient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » a diminué depuis quelques années. En 2003, 59,6 % qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon », comparativement à 63,3 % en 1994–1995 (voir la page 67 de l'Annexe 2). Pour toutes les années indiquées, une plus forte proportion d'hommes que de femmes qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

Dans le cas de tous les groupes d'âge, les Inuits qualifiaient leur état de santé comme étant

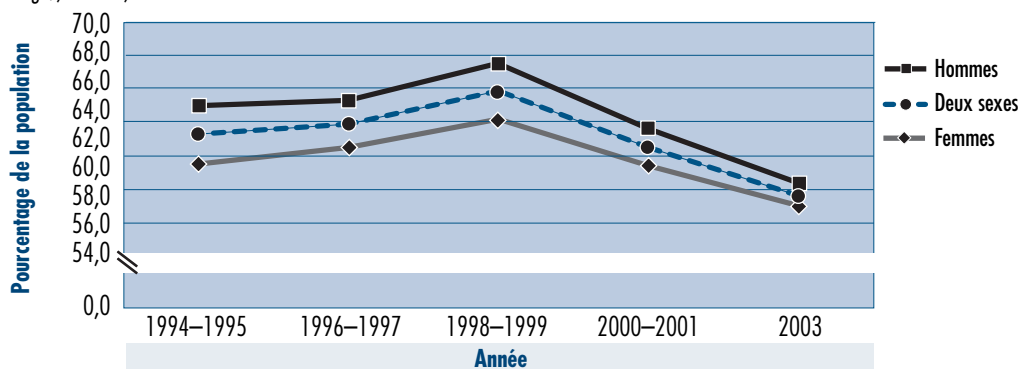
« excellent ou très bon ». La proportion de personnes qualifiant leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » diminue de façon bien plus marquée avec l'âge chez les Indiens de l'Amérique du Nord vivant dans les réserves que chez les populations inuites.

Au plan de l'auto-évaluation de l'état de santé, le Canada se classe au second rang parmi les pays du G7. De fait, 88,8 % des hommes canadiens et 87,3 % des femmes canadiennes qualifiaient leur état de santé de « bon » ou « meilleur » en 2001.

Remarque : La proportion de Canadiens qui qualifient leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » est plus faible qu'au milieu des années 1990. Les Inuits qualifiaient davantage leur état de santé comme étant « excellent ou très bon » que les Indiens de l'Amérique du Nord vivant dans les réserves au Canada.

Auto-évaluation de la santé

Pourcentage qualifiant leur état de santé comme « excellent » ou « très bon », selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

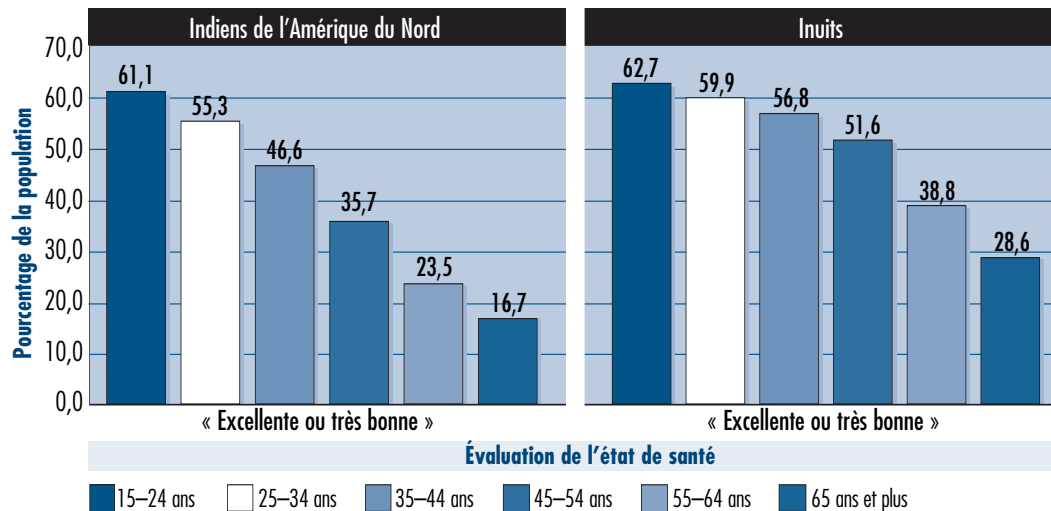


Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Fondé sur les ménages de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant excellent ou très bon. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis*, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001



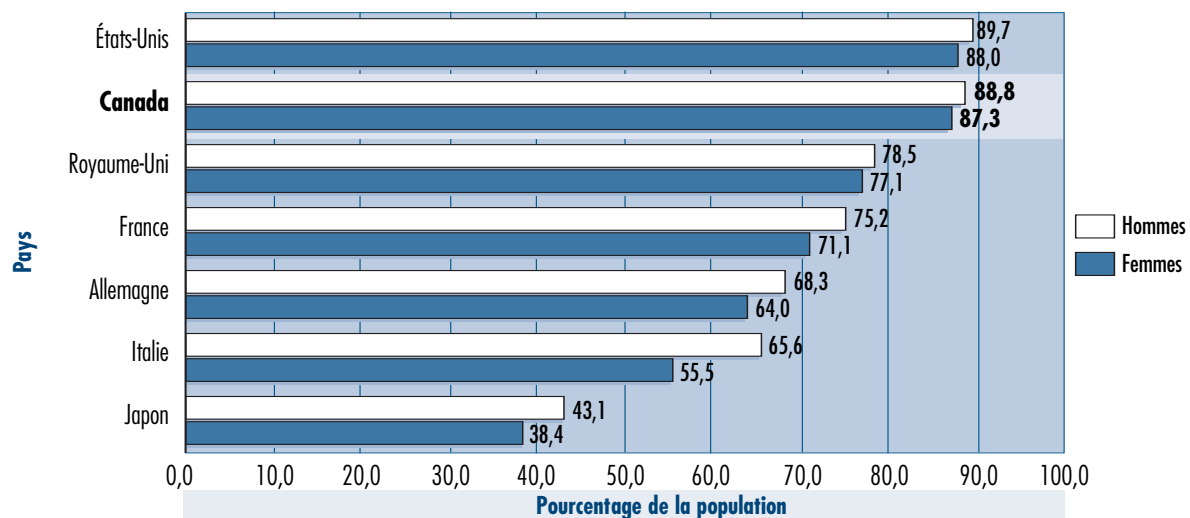
Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.
**Réserves participantes choisies.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Pourcentage se déclarant en « bonne santé ou en meilleure » santé, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne datent de 1998; les données sur l'Italie, le Japon et le Canada datent de 2001; les données sur la France, le R.-U. et les É.-U. datent de 2002. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



15 Taux de tabagisme chez les adolescents

Cet indicateur comprend deux sous-indicateurs :

- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

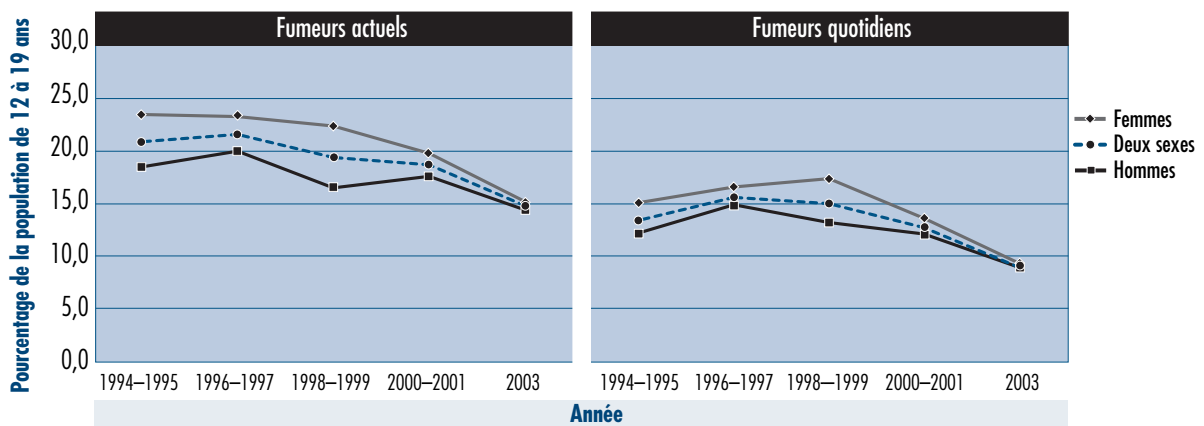
Description : Cet indicateur fait état du pourcentage de la population de 12 à 19 ans (en tant que proportion de la population totale de ce groupe d'âge) qui déclare fumer actuellement (fumeurs occasionnels et quotidiens) et du pourcentage de la population qui déclare fumer tous les jours.

Résultats : Les données révèlent que le pourcentage des fumeurs actuels de 12 à 19 ans a diminué, passant de 20,9 % en 1994–1995 à 14,8 % en 2003 (voir la page 70 de l'Annexe 2). Après une brève hausse, la proportion de jeunes qui fument tous les jours a aussi diminué, passant de 13,6 % en 1994–1995 à 9,1 % en 2003.

En 2001, le taux de tabagisme chez les adolescents inuits de 15 à 19 ans était supérieur (69,1 %) au taux de tabagisme chez les Indiens de l'Amérique du Nord du même âge (60,4 %). Il faut user de prudence en comparant ces données à celles sur le taux de tabagisme chez les adolescents canadiens puisque le taux chez les Autochtones ne

Taux de tabagisme chez les adolescents

Pourcentage de la population de 12 à 19 ans déclarant fumer actuellement et quotidiennement, selon le sexe, Canada, 1994–1995 à 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

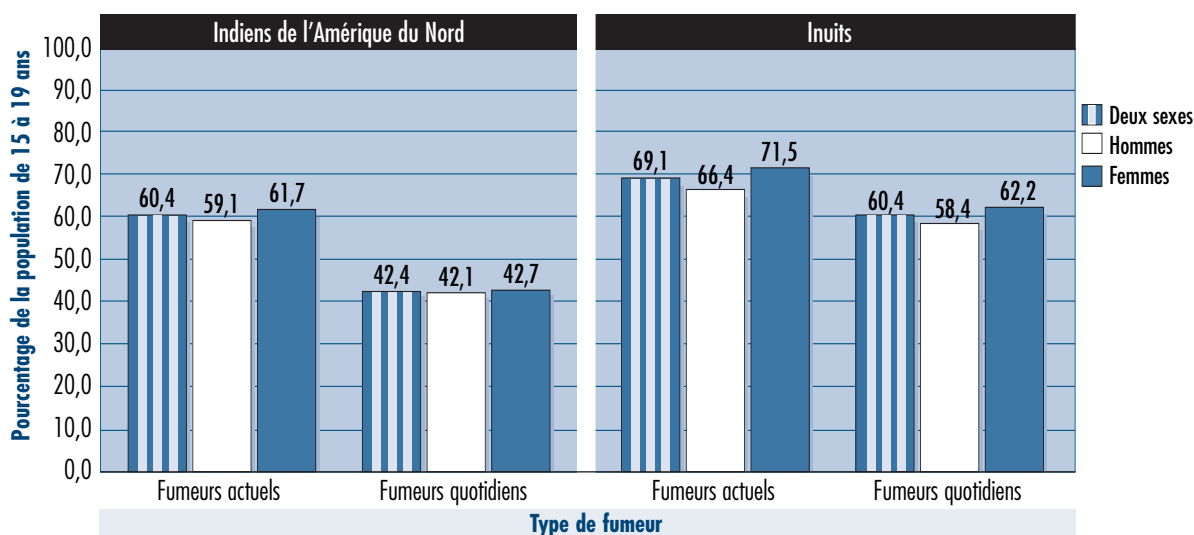
Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2). Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

s'applique qu'aux jeunes de 15 à 19 ans. En même temps, les taux applicables à l'ensemble des Autochtones sont considérablement supérieurs à ceux applicables aux adolescents en général.

Remarque : En général, le taux de tabagisme chez les adolescents diminue au Canada depuis plusieurs années. Les jeunes Indiens d'Amérique du Nord et les jeunes Inuits fument plus que l'ensemble des adolescents canadiens.

Taux de tabagisme chez les adolescents (données non vérifiées)

Pourcentage de la population de 15 à 19 ans* déclarant fumer actuellement ou quotidiennement, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves**) et Inuits (hors réserve), 2001



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement (voir l'Annexe 2). Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les spécifications sur les données des rapports en 2004.

**Réserves participantes choisies.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : L'activité physique sert à mesurer le pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui se déclarent actifs et qui se déclarent inactifs.

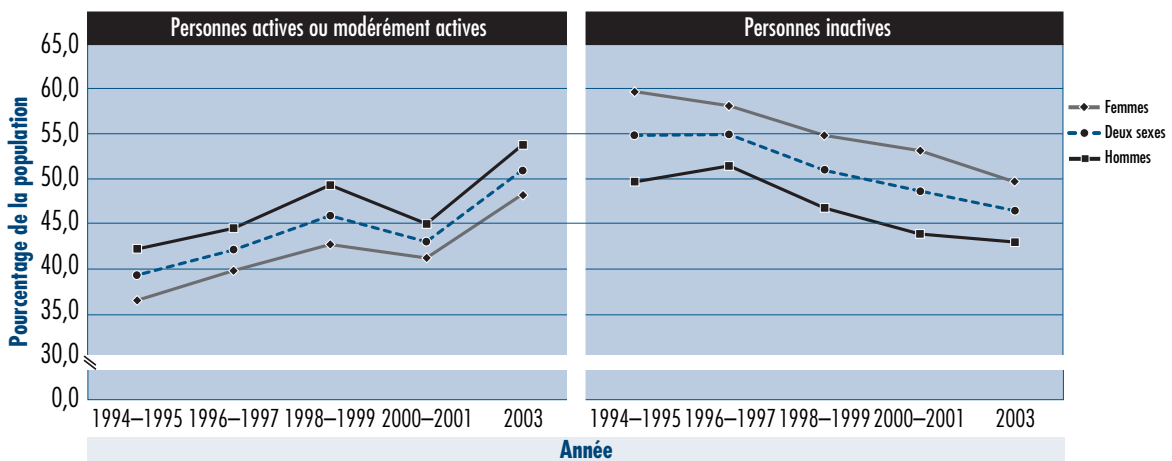
Résultats : La proportion de Canadiens se déclarant actifs ou modérément actifs a augmenté, passant de 39,3 % en 1994–1995 à 51,0 % en 2003. Dans le cas de chaque année illustrée (de 1994–1995 à 2003), une plus grande

proportion d'hommes que de femmes se sont déclarés actifs (voir la page 72 à l'Annexe 2). En 2003 par exemple, 53,8 % des hommes se disaient actifs par rapport à 48,3 % de femmes. La proportion de Canadiens se disant inactifs a diminué au cours de la même période, puisque 46,4 % se sont déclarés inactifs en 2003, comparativement à 54,8 % en 1994–1995.

Remarque : En général, les Canadiens sont en voie de devenir plus actifs. Le pourcentage de la population se considérant inactif a diminué.

Activité physique

Pourcentage de la population se déclarant active ou modérément active et inactif, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Comprend les ménages de 12 ans et plus qui décrivent leur niveau d'activité physique en réponse à des questions concernant la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques qu'ils pratiquent pendant leurs heures de loisirs.

Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de la population de 18 ans et plus (à l'exception des femmes enceintes) dont l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré s'inscrit dans l'une des quatre catégories suivantes : insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale ou obésité. La catégorie sur l'obésité se subdivise en trois classes : obèse I, obèse II et obèse III.

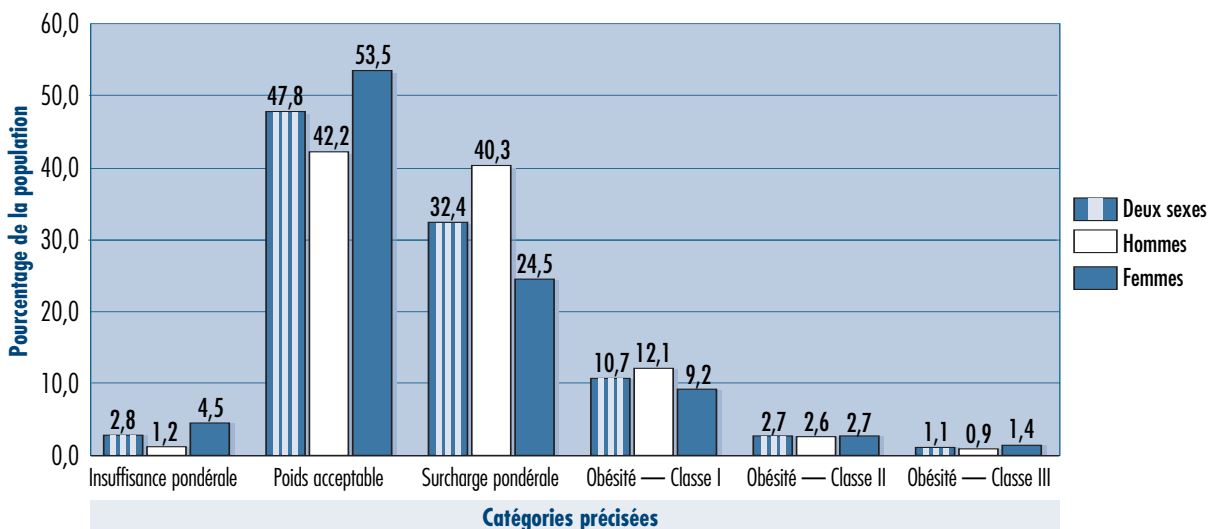
Résultats : Les données canadiennes révèlent qu'en 2003, 14,5 % des adultes canadiens avaient un IMC calculé qui les classait dans le groupe des personnes obèses et que 32,4 % affichaient une surcharge pondérale. En même temps, 47,8 % des Canadiens avaient un poids se situant dans la marge acceptable alors que 2,8 % affichaient une insuffisance pondérale.

L'indice de masse corporelle (IMC) ...

... est le ratio entre le poids d'une personne et sa hauteur. On calcule cet indice en divisant le poids (en kilogrammes) par la hauteur (en mètres) au carré.

Indice de masse corporelle

Pourcentage avec un IMC calculé s'inscrivant dans les catégories précisées, selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003



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

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Comprend les ménages de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.

Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

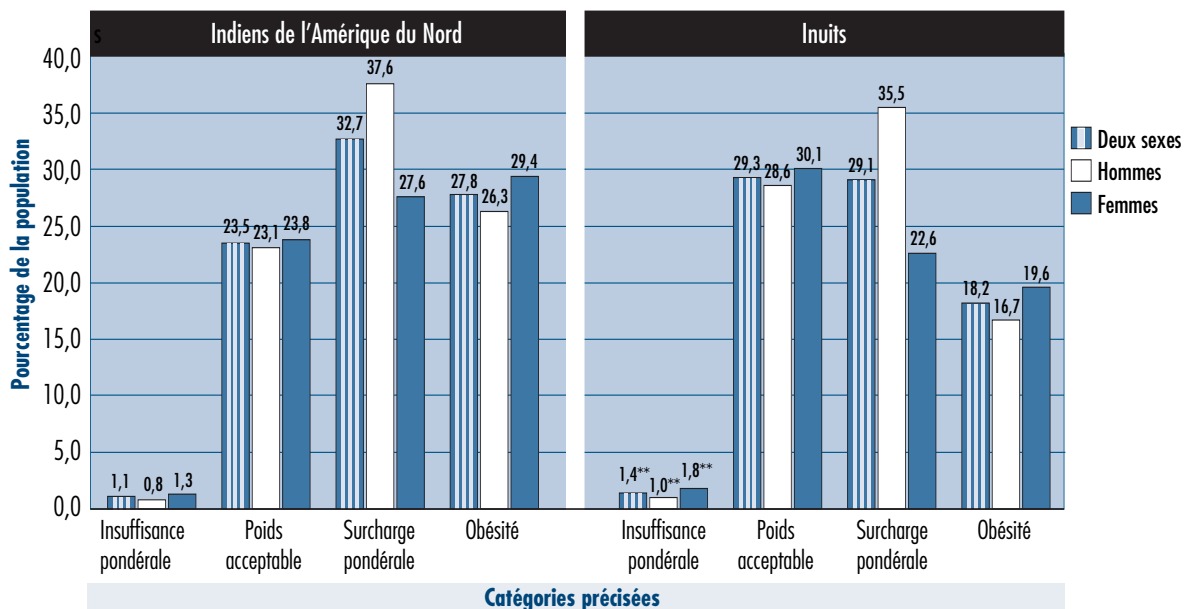
En 2003 toujours, un très petit pourcentage d'Indiens de l'Amérique du Nord et d'Inuits affichaient une insuffisance pondérale. La proportion d'Inuits ayant un poids acceptable (29,3 %) était plus élevée que la proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord (23,5 %) ayant un poids acceptable. Finalement, une plus forte proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord affichaient une surcharge pondérale (32,7 %) ou étaient obèses (27,8 %) que d'Inuits (29,1 % et 18,2 % respectivement).

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations font également état de niveaux semblables de surcharge pondérale et d'obésité chez les adultes des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans les réserves (voir la page 73 de l'Annexe 2). Consulter l'Annexe 4 pour d'autres exclusions et limites à ce sujet.

Certains croient que les critères d'obésité utilisés pour l'ensemble de la population canadienne pourraient mal s'appliquer aux peuples inuits.

Indice de masse corporelle (données non vérifiées)

Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) avec un IMC calculé s'inscrivant dans les catégories précisées, selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves*) et Inuits (hors réserve), 2001



Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Voir les notes sur le tableau correspondant de l'Annexe 2.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Réserves participantes choisies.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

Même si l'on a observé une tendance croissante, avec l'obésité, des niveaux de pression artérielle et de lipides chez les Inuits, l'ampleur de la réponse différait quant aux niveaux de lipoprotéines à haute densité et de triglycérides par rapport à un échantillonnage de la population en général. L'étude n'indiquait pas clairement si les critères d'IMC ordinaires s'avéraient utiles pour prédire les risques pour la santé chez les Inuits³.

Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour 2001 révèlent qu'au Canada, 16,0 % des hommes et

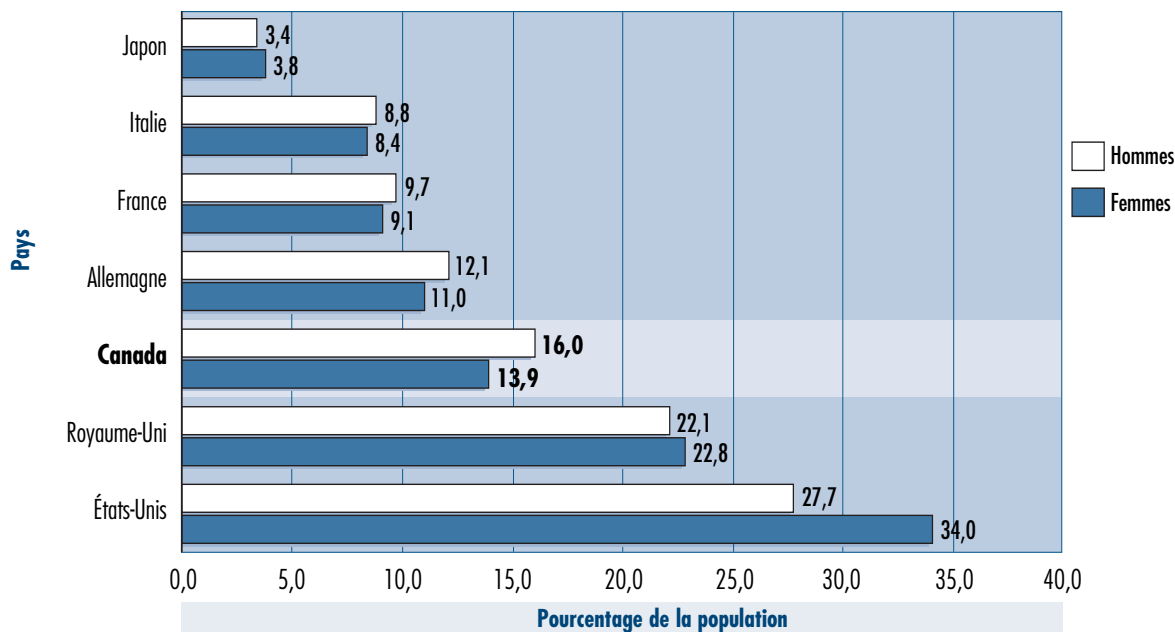
13,9 % des femmes faisaient état d'un indice de masse corporelle les situant dans la catégorie des personnes obèses.

Remarque : Au Canada, près de la moitié des Canadiens affichent une surcharge pondérale ou sont obèses alors qu'une proportion semblable ont un poids acceptable. En ce qui touche la proportion de la population qualifiée d'obèse, le Canada se classe au moyen rang parmi les pays du G7.

³ Young T.K. Obesity, central fat patterning and their metabolic correlates among the Inuit of the Central Canadian Arctic. *Human Biology*, 68(2), 245–263, 1996.

Poids corporel et composition corporelle (données non vérifiées)

Pourcentage de la population considérée obèse (IMC >30), selon le sexe, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne et les États-Unis datent de 1999; les données sur l'Italie datent de 2000; les données sur le Canada datent de 2001; les données sur la France, le Japon et le R.-U. datent de 2002. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

Thème : Santé et mieux-être

Secteur prioritaire : Canadiens en santé

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir eu un vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Résultats : Les données de Statistique Canada révèlent que 62,1 % des Canadiens d 65 ans et plus ont dit avoir été vaccinés contre la grippe au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, alors qu'un autre 10,3 % ont dit avoir eu un vaccin antigrippal une année ou plus avant la tenue de l'enquête. Par contre, 20,6 % disaient n'avoir jamais eu un tel vaccin.

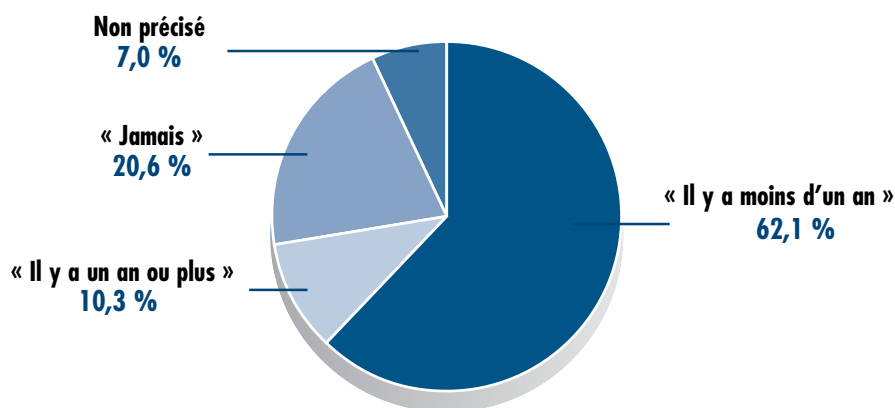
Le Canada se classe au moyen rang parmi les pays du G7 en ce qui a trait au pourcentage de personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe au cours des 12 derniers mois précédant la tenue de l'enquête. De fait, 63,0 % des Canadiens ont dit avoir eu un vaccin antigrippal en 2000.

Remarque : La plupart des aînés canadiens prennent des mesures pour prévenir la grippe en obtenant régulièrement un vaccin antigrippal.

Les données associées à cet indicateur ne prennent pas en compte les résidents d'établissements.

Vaccination contre la grippe

Pourcentage de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe à des moments choisis, les deux sexes (standardisé selon l'âge), Canada, 2003



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

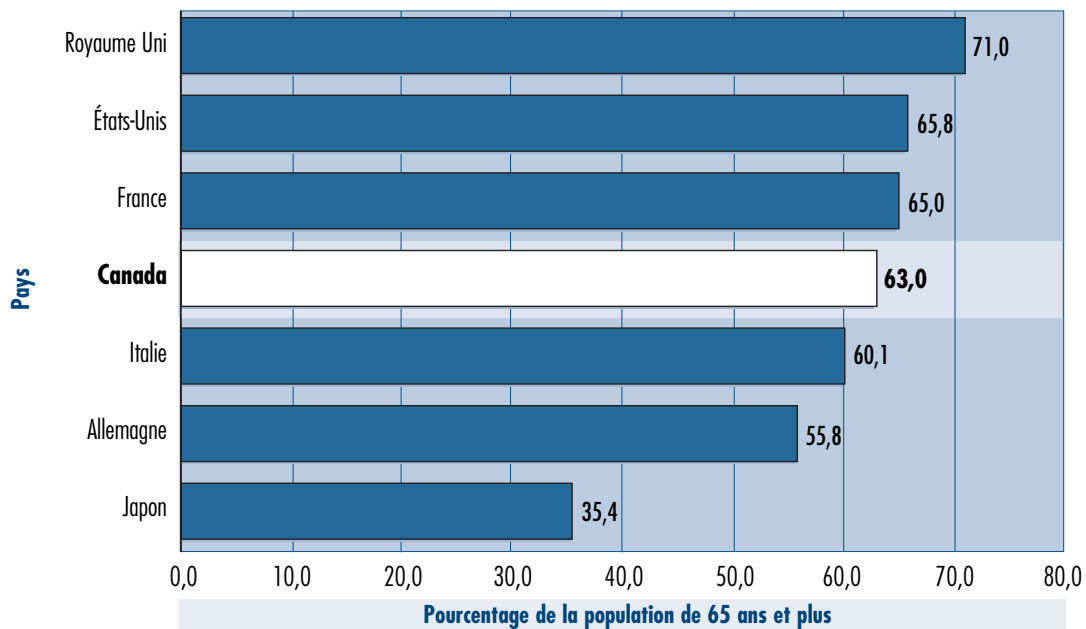
Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Comprend les ménages de 65 ans et plus qui précisent quand ils ont reçu leur dernier vaccin contre la grippe (« vaccin antigrippal »).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Vaccination contre la grippe (données non vérifiées)

Pourcentage de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe au cours des 12 derniers mois, pays choisis



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur le Canada datent de 2000; les données sur la France et l'Allemagne datent de 2001; les données sur l'Italie, le Japon et les États-Unis datent de 2002; les données sur le R.-U. datent de 2003.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Information sur la santé — Défis et prochaines étapes

L'information sur la santé et les systèmes intégrés d'information sur la santé continueront de jouer un rôle essentiel dans l'encadrement des objectifs de santé des Canadiens, tant à titre individuel que collectif. Partant de cette réalité, le gouvernement fédéral a choisi d'investir, au cours des dernières années, de fortes sommes en vue d'améliorer les systèmes d'information sur la santé pour mieux répondre aux besoins de la population canadienne.

Depuis 1999, le gouvernement fédéral a investi plus de 280,0 millions de dollars dans la modernisation de l'information sur la santé au Canada. Cette mesure a renforcé notre aptitude à prendre des décisions fondées sur la preuve et permis de rehausser la qualité des rapports sur la santé des Canadiens et sur l'état du système de prestation des soins de santé. On a investi de façon semblable dans la cueillette de données sur les peuples autochtones. Dans son budget fédéral de 2003, le gouvernement a consacré 6,0 millions de dollars étalés sur quatre ans pour améliorer les modes de cueillette et d'analyse des données sur la santé des populations autochtones.

Cet investissement dans l'information sur la santé s'est avéré fort fructueux. Il a permis d'appuyer l'engagement des premiers ministres à produire des rapports, conformément à l'Accord sur la santé; il a facilité le développement de nouvelles sources de données; il a amélioré la qualité des données; il a favorisé la production de données normatives nationales; et il a intensifié la responsabilisation en rendant l'information sur la santé accessible au public. À titre d'exemple, les données sur tous les nouveaux indicateurs décrits dans ce rapport proviennent de Statistique Canada. En outre, hormis les sept indicateurs de sources

provinciales, tous les autres indicateurs sont tirés d'ensembles de données nationales disponibles auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada.

Malgré de nets progrès, plus d'efforts sont requis pour continuer de faire des percées, pour approfondir notre aptitude à recueillir, développer et identifier les données nationales, et pour en rendre compte de façon uniforme et comparable. Ainsi, même si les ensembles de données actuels s'avèrent intéressants au plan de la comparabilité entre les administrations et n'exigent pas d'investissements majeurs de la part des gouvernements, ils ne constituent pas des sources adéquates dans le cas de certains nouveaux indicateurs qui doivent être élaborés à partir de rien (comme ceux sur les soins à domicile et sur la couverture des médicaments onéreux). Les rapports sur les indicateurs comparables de la santé qui sous-tendent les engagements des premiers ministres dans l'Accord sur la santé ont permis, entre autres, de consolider le rôle des organismes d'information nationaux en tant qu'importants fournisseurs de données. Ils n'ont toutefois pas exacerbé la demande en faveur de systèmes administratifs de données sur la santé provinciaux et territoriaux harmonisés.

En outre, il faut explorer davantage le thème de la viabilité et le secteur prioritaire des soins à domicile abordés dans l'Accord sur la santé de 2003 pour permettre la publication de données comparables à l'échelle du Canada. Puisqu'il n'est pas encore possible de produire des rapports sur ce thème et sur cette priorité, le présent rapport n'en fait pas état.

Le Comité consultatif sur la gouvernance et la responsabilité a engagé des mesures pour combler ces lacunes en misant sur un processus d'élaboration future des indicateurs pouvant faire l'objet de rapports à long terme (2006 et plus). Même si certains de ces indicateurs peuvent être élaborés dans un délai relativement court, d'autres pourraient exiger plus de temps. À titre d'exemple, dans le cas des indicateurs pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée pour l'instant, il faut prévoir une période d'élaboration plus longue et plus laborieuse. La première étape à franchir est en voie de conceptualisation et suppose une étude de faisabilité sur le processus requis pour élaborer des indicateurs valides, appropriés et plus fiables en vue de concrétiser les objectifs de l'Accord sur la santé de 2003.

Il y a aussi plusieurs défis à relever pour obtenir des données de qualité sur les Autochtones. On note deux grandes problématiques : l'inaptitude à vérifier constamment les données sur les traitements et les résultats applicables aux populations autochtones suivant leur intégration à un régime provincial, et la difficulté à faire des distinctions entre divers groupes autochtones (d'où la nécessité de définir des identificateurs propres aux Autochtones). Dans le cadre de son engagement à accroître les efforts de cueillette

de données sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada amorçait, en 2002–2003, un projet d'information et d'analyse sur la santé étalé sur deux ans. Depuis le début de cette initiative, Santé Canada a publié deux éditions du *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Le ministère s'est également doté de politiques sur la confidentialité et l'assurance de la qualité des données et a créé des dictionnaires de données à partir des principaux regroupements de données.

Dans une large mesure, les renseignements sur les Autochtones contenus dans ce rapport proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 menée par Statistique Canada, en partenariat avec des organismes autochtones nationaux, et qui affiche un taux de participation de 84 %. Il s'agit d'une grande amélioration par rapport à la qualité des données du rapport de 2002 sur les peuples autochtones, quoiqu'on note encore de légères limites. En raison du nombre élevé de membres des Premières nations du Québec qui ont refusé de participer, par exemple, on ne dispose pas de données provinciales sur les personnes qui habitent dans les réserves québécoises. Somme toute, les données sur les Autochtones dans les réserves et à l'extérieur des réserves ont été publiées séparément et il n'existe pas de données regroupées reflétant l'ensemble de la population autochtone canadienne. Dans le cas de toutes les données sur les Autochtones, on a investi beaucoup d'efforts pour déterminer les limites des données et pour fournir des sources d'information dans l'optique de combler les lacunes.

Il existe des circonstances uniques qui affectent la prestation des services de santé aux populations autochtones, dont la fragmentation des modes de prestation des services de santé aux Autochtones entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les gouvernements municipaux; l'isolement des collectivités autochtones; et divers enjeux liés à la quête d'autonomie gouvernementale des collectivités autochtones. En vue de rétrécir l'écart entre les groupes autochtones et non autochtones, l'*Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé* entraînait l'instauration d'un Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones. Dans ce contexte, les premiers ministres enjoignaient les ministres de la Santé à

« ... consulter les peuples autochtones, d'utiliser des indicateurs comparables, et de créer l'infrastructure de données nécessaire. Ces rapports renseigneront les Canadiens sur les progrès accomplis et les principaux résultats. Ils renseigneront aussi les Canadiens sur les programmes en vigueur et les dépenses courantes, leur fournissant des données de référence afin d'évaluer les nouveaux investissements, ainsi que sur les niveaux de services et les résultats. »

Le Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones devrait permettre de tracer un portrait plus fidèle de l'état de santé et du bien-être des peuples autochtones à travers le Canada. Il devrait aussi fournir des renseignements plus pertinents aux décideurs de tous les ordres, soit les Autochtones, les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. En outre, il constituera un point de référence à partir duquel mesurer le progrès accompli et aidera à orienter les nouveaux investissements vers les secteurs où ils auront le plus d'effet.

On a confié à un groupe de travail composé de représentants du gouvernement fédéral, des provinces et territoires et des cinq organisations autochtones nationales la tâche d'instaurer le Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones. Il est à souhaiter que l'élaboration de ce cadre aidera à régler certains problèmes relatifs aux données sur l'état de santé des Autochtones à l'échelle canadienne.

Énoncé de responsabilité

Sousministre de la Santé Santé Canada

Responsabilité de la direction au sujet du rapport sur les indicateurs de la santé

Santé Canada est responsable de la préparation et de la présentation du rapport *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* qui comprend « 18 indicateurs comparables dans le domaine de la santé sélectionnés », choisis et définis à la Conférence des sousministres de la santé.

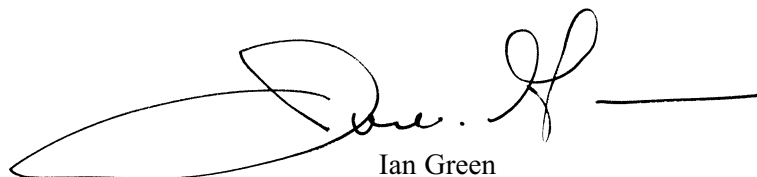
À notre connaissance, l'information contenue dans le rapport est complète, exacte (à moins d'indication contraire) et les limites des données sont présentées adéquatement, compte tenu des besoins des utilisateurs prévus du rapport. Le rapport indique les cas où il y a eu des dérogations à ce qui était prévu ou donne des explications, au besoin, pour faciliter l'interprétation des données.

La responsabilité de l'information sur l'indicateur « prévalence du diabète » et des systèmes d'information sur la santé qui ont produit les données ayant servi à préparer *Les Canadiens et les Canadiennes en santé* incombe à Santé Canada. Cette responsabilité comprend le maintien des systèmes d'information nécessaires et des contrôles adéquats pour fournir l'assurance que l'information produite par les systèmes est exacte. Les systèmes d'information sur la santé de Santé Canada procurent un tableau, à l'échelle nationale, de l'état de santé de la population canadienne et des résultats en matière de santé. Cela exige une collaboration étroite avec les gouvernements des provinces et des territoires ou d'autres administrations qui fournissent volontairement les données.

Pour préparer ce rapport, Santé Canada a également utilisé de l'information fournie par des parties extérieures, notamment Statistique Canada pour 16 indicateurs et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour un des indicateurs (Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire). Santé Canada est convaincu que l'information obtenue de ces sources extérieures est exacte et exempte d'inexactitude importante. Santé Canada prend toutes les mesures raisonnables pour assurer la qualité de l'information fournie par des sources extérieures, dont Statistique Canada et l'ICIS, et qui est incluse dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé*.

La vérificatrice générale a reçu le mandat d'effectuer une vérification auprès de tiers et de formuler une opinion de vérification sur le rapport.

Le sousministre,



Ian Green



RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Au ministre de la Santé

J'ai vérifié les 18 indicateurs de la santé nationale présentés dans le rapport sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé de novembre 2004, préparé par Santé Canada. Ce rapport est publié en vertu de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, lequel fait suite au Communiqué sur la santé émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en 2000. La Conférence des sous-ministres de la santé a choisi et défini les indicateurs particuliers devant faire l'objet d'un rapport à la population canadienne. La responsabilité de communiquer de l'information relative aux indicateurs de la santé à l'échelle nationale incombe à Santé Canada.

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur l'intégralité, l'exactitude et la présentation adéquate des 18 indicateurs de la santé présentés dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé de 2004 en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance, ni de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de la santé. Mon travail sur les analyses des indicateurs de la santé présentés dans ce rapport s'est limité à lire cette information afin de m'assurer que celle-ci n'était pas incohérente avec le résultat des indicateurs vérifiés. Je n'ai pas vérifié les données de sources internationales ni les données sur les populations autochtones. De plus, ma vérification s'est limitée à l'information de la dernière année pour laquelle chaque indicateur a été présenté.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes relatives aux missions de certification établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de la santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de la santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend l'examen par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de la santé et des informations fournies. Ma vérification comprend également l'évaluation des jugements importants posés par la direction de Santé Canada pour préparer le rapport du gouvernement fédéral de 2004.

À mon avis, les indicateurs de la santé présentés dans le rapport du gouvernement fédéral donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de l'information exigée qui est complète, exacte et présentée adéquatement, selon les critères énoncés dans l'annexe A. En outre, à mon avis, le rapport présente et décrit

adéquatement les dérogations aux critères, plus particulièrement les raisons pour lesquelles il ne présente pas de données pour certains secteurs des services de santé de responsabilité fédérale.

Mon travail comprenait aussi la vérification des données nationales au sujet de l'indicateur « Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire ». J'ai été incapable de formuler une opinion sur cet indicateur dans mon rapport de 2002, car l'étude de la qualité des données n'avait pas été terminée. Cette étude est maintenant terminée et je suis en mesure de formuler une opinion, à savoir que dans le rapport sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé du gouvernement fédéral de 2004, cet indicateur donne, à tous les égards importants, une image fidèle de l'information exigée qui est complète, exacte et présentée adéquatement, selon les critères énoncés dans l'annexe A.

Je considère que le travail accompli par Santé Canada pour préparer ce rapport est encourageant.

La vérificatrice générale du Canada,

Sheila Fraser

Sheila Fraser, FCA
Ottawa, le 17 novembre 2004

ANNEXE A

Critères de vérification

Santé Canada a reconnu le caractère adéquat des critères suivants :

Intégralité

Conformément à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, la Conférence des sous-ministres a approuvé 70 indicateurs, y compris un sous-ensemble de 18 indicateurs que toutes les administrations doivent sélectionner pour préparer leur rapport de 2004. Tous les indicateurs de la santé présentés sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées. Tous les 18 indicateurs de la santé sélectionnés sont présentés.

Exactitude

Les indicateurs de la santé publiés correspondent bien aux faits, ont un niveau d'exactitude adéquat et constant permettant de faire des comparaisons entre les administrations et entre les rapports de 2002 et 2004 pour chaque administration, s'il y a lieu.

Présentation adéquate

Les indicateurs de la santé sont définis, et leur portée et leurs limites sont expliquées. Le rapport indique et décrit bien les dérogations à ce qui a été approuvé par la Conférence des sous-ministres. Il présente également les mesures envisagées afin qu'il n'y ait plus de dérogations.

Liste des 18 indicateurs sélectionnés

Nota : Il existe, en tout, 70 indicateurs devant faire l'objet de rapports publics en 2004. On a choisi 18 de ces indicateurs (indicateurs sélectionnés) pour faire l'objet de rapports détaillés de la part du gouvernement fédéral et de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux en 2004. Les données relatives à tous les indicateurs sont affichées à des sites Web gérés par l'Institut canadien d'information sur la santé (<http://www.icis.ca/indicateurs-comparables>) et par Statistique Canada (<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/index.htm>)

Secteur prioritaire et indicateur (et sous-indicateur)		Nombre d'indicateurs	Nombre de sous-indicateurs	Rapport fédéral contient des données sur :	
				Canada	Première nation
Thème : Accès au moment opportun					
<i>Soins de santé primaires</i>					
Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis	Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis	1	1	✓	*
Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	2	2	✓	*
Difficulté à obtenir des soins immédiats	Difficulté à obtenir des soins immédiats	3	3	✓	*
<i>Couverture de médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques</i>					
Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu	Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu	4	4	✓	S/O
<i>Matériel diagnostique et médical</i>					
Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques	Temps d'attente médian pour des tests de diagnostiques	5	5	✓	
	Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostiques		6		
Thème : Qualité					
<i>Soins de santé primaires</i>					
Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	6	7	✓	✓
Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus	Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus	7	8	✓	*
Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires	Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires	8	9	✓	
Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé	Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé	9	10	✓	S/O

Secteur prioritaire et indicateur (et sous-indicateur)	Nombre d'indicateurs	Nombre de sous-indicateurs	Rapport fédéral contient des données sur :		
			Canada	Premières nation	
Thème : Accès au moment opportun					
<i>Autres programmes et services</i>					
Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers	Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers	10	11	✓	S/O
<i>Ressources humaines en santé</i>					
Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin	Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin	11	12	✓	*
Thème : Santé et mieux-être					
<i>Canadiens en santé</i>					
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population	12	13	✓	
	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu		14		
Prévalence du diabète	Prévalence du diabète	13	15	✓	✓
Auto-évaluation de la santé	Auto-évaluation de la santé	14	16	✓	✓
Taux de tabagisme chez les adolescents	Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement	15	17	✓	✓
	Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours		18		
Activité physique	Activité physique	16	19	✓	
Indice de masse corporelle	Indice de masse corporelle	17	20	✓	✓
Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)	Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)	18	21	✓	

*Les données sont affichées à l'Annexe 2 mais ne correspondent pas aux exigences qui sous-tendent les données comparables de 2004. Les données disponibles s'appliquent à des enjeux semblables à ceux associés aux indicateurs de 2004.

S/O — L'indicateur ne s'applique pas aux compétences fédérales.

Tables de données applicables aux 18 indicateurs sélectionnés

1 *Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis*

2 *Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé*

3 *Difficulté à obtenir des soins immédiats*

Description : Cette catégorie regroupe les indicateurs qui mesurent le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis, des renseignements ou des conseils en matière de santé, et qui ont dit avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur à tout moment de la journée au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Définitions :

1. Pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin de soins de routine ou de services de suivi pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 mois précédents et qui ont eu de la difficulté à obtenir ces services.
2. Pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin d'information ou de conseils sur la santé pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 derniers mois et qui ont eu de la difficulté à les obtenir, peu importe l'heure et le jour.
3. Pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur qu'un membre de la famille ou elles-mêmes ont éprouvé au cours des 12 derniers mois et qui ont eu de la difficulté à les obtenir peu importe l'heure et le jour.

Canada

Pourcentage de la population disant avoir de la difficulté à obtenir des services de santé, des renseignements ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats

Selon le type de service (standardisé selon l'âge), Canada, 2003*

Type de service	Pourcentage disant avoir de la difficulté à obtenir les services
Services de santé de routine ou de suivis	16,4
Renseignements ou conseils en matière de santé	15,8
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	23,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

Notes : Comprend les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Fondé sur les populations qui déclarent avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les problèmes de santé mineur comprennent la fièvre, les vomissements, des gros maux de tête, les foulures aux chevilles, les brûlures mineures, les coupures, les abrasions, les éruptions cutanées sans explication, etc. les problèmes de santé et les blessures qui ne mettent pas la vie en péril résultant d'un accident mineur. Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux Territoires.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Premières nations — Difficulté à obtenir des soins de santé et des renseignements en matière de santé (données non vérifiées)

En 2002, 17 % des répondants au sondage déclaraient que l'accès à un rendez-vous avec une infirmière était « assez » difficile ou « très » difficile, alors que 33 % affirmaient que l'accès à un rendez-vous avec un médecin était « assez » difficile ou « très » difficile.

Trente-six pour cent des répondants au sondage auprès des Premières nations disaient avoir cherché à obtenir des renseignements sur des questions de santé personnelle comme la nutrition, la condition physique et la cessation du tabagisme au cours de la dernière année (30 % des hommes et 39 % des femmes).

Dix-huit pour cent des membres des Premières nations vivant dans les réserves faisaient part d'une occasion où ils n'avaient pas obtenu les soins de santé nécessaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. De ce nombre, 22 % déclaraient ne pas avoir obtenu les soins requis parce que le temps d'attente était trop long, alors que d'autres disaient que les soins en question n'étaient pas disponibles dans leur région (14 %) ou au moment où ils en avaient eu besoin (13 %).

Source : 2004, Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé ».

Note : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de ménages canadiens qui dépensent plus qu'une certaine proportion (spécifiquement, 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % ou 5 %) de leur revenu net après impôt, en dépenses directes, pour acheter des médicaments prescrits.

Définition : Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits, en pourcentage du revenu net d'impôt allant au-delà de 0 %, 1 %, 2 %, 3 %, 4 % et 5 %.

Canada

Dépenses consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu

Pourcentage des ménages, Canada, 1997–2002

Catégorie de dépenses	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Plus que 0 %	66,8	64,8	65,7	64,9	65,4	65,2
Plus que 1 %	18,1	17,7	19,0	19,0	18,6	19,1
Plus que 2 %	9,4	9,0	10,0	10,3	10,2	10,5
Plus que 3 %	5,9	5,8	6,1	6,3	6,2	6,5
Plus que 4 %	3,8	3,9	4,0	4,0	3,8	4,5
Plus que 5 %	2,7	2,6	2,6	2,9	2,7	3,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur les dépenses des ménages, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

Notes : Le revenu après-impôt est le revenu total moins l'impôt des particuliers payé.

Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits comprennent uniquement les médicaments prescrits achetés par les ménages.

Les médicaments en vente libre et les médicaments payés par le gouvernement ou par les compagnies d'assurance ne sont pas inclus.

Les primes des régimes de soins de santé ne sont pas incluses.

Si le coût des médicaments prescrits est couvert par le régime mais que le ménage paie un certain pourcentage, le coût imputé au ménage est inclus dans la table ci-dessus.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Il existe aussi plusieurs raisons pour lesquelles les ménages peuvent dépenser plus que le montant maximum payé en vertu du régime d'assurance-médicaments provincial, y compris les suivantes :

- L'Enquête sur les dépenses des ménages est une enquête sur les ménages. Par conséquent les familles multiples ou un certain nombre de personnes non apparentées (des co-locataires, par exemple) peuvent constituer un ménage.
- Dans certains cas, on peut avoir déclaré les primes d'assurance inhérentes à un régime d'assurance-médicaments provincial comme des dépenses consacrées aux médicaments prescrits.
- Les ménages peuvent habiter dans plus d'une province pendant la période visée par l'enquête mais seront codés à titre de résidents de la province où ils habitaient au moment de leur participation à l'enquête.
- Les personnes qui changent de compagnie d'assurance peuvent négliger de demander la documentation requise à leur ancien assureur pour garantir qu'ils ne dépensent pas plus que le maximum admissible.
- Les dépenses consacrées aux médicaments prescrits des personnes vivant temporairement ailleurs que dans leur province d'attache peuvent ne pas être couvertes par un régime provincial.
- Les dépenses pourraient servir à acheter des médicaments prescrits qui ne font pas partie du registre provincial.

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics

- Temps d'attente médian pour des tests de diagnostics
- Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostics

Description : Cet indicateur mesure le temps d'attente médian déclaré par les personnes ayant besoin de tests de diagnostics, ainsi que la proportion de personnes qui déclarent avoir dû attendre pendant trois périodes de temps différentes avant d'obtenir les tests de diagnostics désirés (moins d'un mois, d'un à trois mois et plus de trois mois). Le temps d'attente fait référence à la quantité de temps écoulé, en semaines, entre le moment où le patient a été aiguillé vers un service et le moment où ce patient a bel et bien obtenu le service au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'avaient pas encore obtenu les tests (ou qui sont toujours en attente) ont été exclus de la définition de cet indicateur.

Définitions :

- **Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics**

Les temps d'attente désignent le nombre de semaines écoulées entre la date de l'aiguillage du patient vers un test de diagnostic et la date à laquelle le test est subi durant les 12 mois précédant l'enquête. Le temps d'attente médian représente le 50^e percentile de la distribution des délais : la moitié des patients attendent moins longtemps et l'autre moitié plus longtemps que le nombre médian de semaines. Les patients qui n'ont pas encore subi le test sont exclus du calcul de l'indicateur. *Nota : Les tests de diagnostics comprennent les IRM non urgents, les tomodensitogrammes et les angiographies seulement.*

- **Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostics.**

Les temps d'attente désignent le délai, en nombre de semaines, qui s'est écoulé entre la date de l'aiguillage du patient vers un test de diagnostic et la date à laquelle le patient a subi le test. L'indicateur est le pourcentage des patients ayant besoin de tests de diagnostics qui ont attendu moins d'un mois, d'un à trois mois ou plus de trois mois pour subir le test, au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête. Les patients qui n'ont pas encore subi le test ont été exclus du calcul de l'indicateur.

Canada

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Temps d'attente médian, Canada*, 2001 et 2003

	2001	2003
Semaines	3,0**	3,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001 et 2003.

Notes : Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin de tests de diagnostiques au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Les tests de diagnostiques comprennent uniquement les examens IRM, les tomographies et les angiographies de nature non urgente.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux territoires.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité au niveau de l'échantillonnage).

Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques

Distribution des temps d'attente, Canada*, 2001 et 2003

	2001	2003
Moins d'un mois	54,7	57,5
D'un à trois mois	36,1	31,1
Plus de trois mois	9,1**	11,5

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001 et 2003.

Notes : Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu besoin d'un test de diagnostique particulier au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Les tests de diagnostiques comprennent uniquement les examens IRM, les tomographies et les angiographies de nature non urgente.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé ne s'appliquent pas aux territoires.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).



Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Description : Cet indicateur mesure les taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants en rapport avec des affections chroniques qui peuvent souvent être traitées dans le milieu comme le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et les toxicomanies, les névroses, la dépression et les affections hypertensives. Une réduction des taux d'hospitalisation liés à des conditions propices au traitement ambulatoire s'avère désirable.

Définition : Taux d'hospitalisation en soins de courte durée ajusté en fonction de l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation.

Canada

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1995–1996 à 2001–2002

Année	Deux sexes	Hommes	Femmes
1995–1996	503	513	492
1996–1997	463	475	450
1997–1998	447	461	431
1998–1999	411	425	397
1999–2000	401	418	383
2000–2001	370	389	352
2001–2002	346	367	325

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement; Institut de la Statistique du Québec.

Notes : Taux d'hospitalisation des patients pour 100 000 habitants.
Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Se fondant sur les données provinciales de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada estime que les hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire sont de 4 à 5 fois plus élevées chez les membres des Premières nations et des Inuits que chez le reste de la population canadienne. Compte tenu des difficultés inhérentes à la production de rapports, ce ratio englobe toutes les Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur des réserves). Un tiers environ des Premières nations vivant dans les réserves sont isolées à divers degrés. Il importe de noter que ces chiffres tiennent compte du fait qu'une personne peut être admise à l'hôpital plus d'une fois dans l'année.

Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (données non vérifiées)

Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur des réserves) (standardisé selon l'âge), 1995–1996 à 2000–2001*

Année	Deux sexes
1995–1996	2 196
1996–1997	2 104
1997–1998	2 057
1998–1999	1 847
1999–2000	1 659
2000–2001	1 567

Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Santé Manitoba; Santé Saskatchewan; British Columbia Ministry of Health Planning.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Taux d'hospitalisation des patients pour 100 000 habitants. Il faut être prudent lorsqu'on tente de généraliser des caractéristiques des trois provinces incluses dans ces données à l'ensemble de la population des Premières nations du Canada.

Pour d'autres renseignements sur les limites des données, aller à : http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ppas/ias/publications/profil_statistique.htm.

*Les données sur les Premières nations s'appliquent uniquement à la Colombie-Britannique, à la Saskatchewan et au Manitoba.



Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Description : La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus fait référence au pourcentage de la population ayant reçu des services de soins de santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services fournis.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit soit très satisfaite, soit assez satisfaite des services de santé en général qu'elle a reçus.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	2003
Deux sexes	84,4	84,9
Hommes	84,2	85,0
Femmes	84,5	84,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des services de soins de santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Évaluation des services de soins de santé reçus au cours de la dernière année (données non vérifiées)

Premières nations dans les réserves, 2002

	Pourcentage des répondants
Évaluation positive	67

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé », 2004.

Notes : L'expression « Évaluation positive » fait référence aux cotes « excellente » ou « bonne » à l'égard de la qualité des services de soins de santé reçus. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Satisfaction à l'égard des soins de santé (données non vérifiées)

Pays choisis

Pays	Pourcentage de la population croyant qu'il faut instaurer des réformes en tant que reflet du degré de satisfaction à l'égard du régime de soins de santé		
	Réforme entière requise	Changements fondamentaux requis	Changements mineurs requis
Japon	6	47	29
France	10	42	41
Allemagne de l'Ouest	11	55	30
Canada	18	59	21
Royaume-Uni	18	60	21
États-Unis	28	51	18
Italie	40	46	12

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur la France, l'Italie et le Japon datent de 1988-1991; les données sur l'Allemagne de l'Ouest datent de 1994; les données sur le Canada, le R.-U. et les É.-U. datent de 2001. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires reflète le pourcentage de population ayant eu recours à des soins de santé communautaires au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite des services de soins de santé communautaires reçus. La définition par l'ESCC des soins de santé communautaires comprend les soins de santé reçus en dehors d'un hôpital ou du cabinet d'un médecin (p. ex., soins infirmiers à domicile, counselling ou thérapie à domicile, soins personnels, clinique communautaire sans rendez-vous).

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au mode de prestation des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	2003
Deux sexes	81,6	83,0
Hommes	80,0	84,5
Femmes	82,7	82,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins de santé communautaires au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, hormis ceux offerts par l'entremise d'un hôpital ou d'un cabinet de médecin. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Description : La satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé reflète le pourcentage de population ayant eu recours à un service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou à un service d'info-santé au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se sont déclarés « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003

Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
Deux sexes	83,7
Hommes	86,0
Femmes	82,7

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

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir eu recours au service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou aux services info-santé au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Il n'existe pas de service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou de services info-santé au Nunavut et au Yukon.
Le service de ligne d'information téléphonique regroupe les lignes directes sur la santé et les services de télé-santé offerts par le personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Il doit y avoir une interaction directe. Par conséquent, les services automatisés ont été exclus dans le cas de cet indicateur.
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Description : Le taux de satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers mesure le pourcentage de population ayant eu recours aux soins hospitaliers au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de gens qui se disaient « très satisfaits » ou « assez satisfaits » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite de la façon dont les services hospitaliers ont été fournis.

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	2003
Deux sexes	78,5	81,1
Hommes	78,7	80,7
Femmes	78,0	81,2

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.
Fait référence aux plus récents soins hospitaliers reçus.
Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Description : La satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin reflète le pourcentage de population ayant eu recours aux services d'un médecin au cours de la période de 12 mois précédant la tenue de l'enquête, et au nombre de personnes qui se disaient « très satisfaites » ou « assez satisfaites » du mode de prestation des services rendus.

Définition : Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui se dit très satisfaite ou assez satisfaite des soins reçus d'un médecin, soit un médecin de famille ou un médecin spécialiste (à l'exclusion des services reçus dans un hôpital).

Avis au lecteur : En réalité, l'indicateur fait référence au degré de satisfaction du patient face au *mode de prestation* des services et non aux services comme tels.

Canada

Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2000–2001 et 2003

	Pourcentage de la population se disant très satisfaite ou assez satisfaite du mode de prestation des services reçus	
	2000–2001	2003
Deux sexes	90,7	91,4
Hommes	90,4	91,7
Femmes	90,8	91,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Fondé sur les ménages de 15 ans et plus qui déclarent avoir reçu des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête, sauf ceux qui peuvent avoir été offerts lors d'une visite à l'hôpital et les services obtenus à l'occasion d'une visite à l'hôpital. Ceci s'applique aux plus récents soins reçus d'un médecin. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations

Les données sur les Premières nations relatives à cet indicateur proviennent du sondage d'opinion publique « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (2004) mené par l'Organisation nationale de la santé autochtone auprès de quelque 1 200 répondants. Même si les questions ne sont pas conformes aux exigences qui sous-tendent les rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004, elles s'orientent autour d'enjeux semblables.

Premières nations — Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin (données non vérifiées)

Parmi les 67 % des répondants qui ont donné une « Évaluation positive »* à la qualité des soins de santé reçus, 15 % disent avoir donné cette cote parce que le médecin qui leur a fourni les soins était « bon/facile d'accès ».

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, « Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé », 2004.

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*L'expression « Évaluation positive » fait référence aux cotes « excellente » ou « bonne » à l'égard de la qualité des services de soins de santé reçus.

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population
- Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu

Description : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur qui reflète l'état de santé général de la population. Il représente le nombre prévu d'années équivalent aux années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, à partir de la situation moyenne d'une population. Les tendances relatives à l'EVAS devraient être analysées dans le contexte des tendances qui affectent l'espérance de vie (EV). Si l'EVAS augmente plus que l'EV au fil du temps, on peut conclure, de fait, que les années d'espérance de vie additionnelles sont plus souvent des années de bonne santé. La mesure de l'EVAS peut s'appliquer à l'ensemble de la population ou à des ménages faisant partie de catégories de revenu particulières.

Définition : L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est un indicateur de la santé globale de la population. Il combine les deux mesures suivantes en une seule: l'état de santé en fonction de l'âge et le sexe et la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. L'EVAS représente le nombre d'années pendant laquelle une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé basé sur l'expérience moyenne d'une population. Dans un sens, EVAS n'est pas seulement une mesure de quantité de vie mais aussi une mesure de la qualité de vie.

Avis au lecteur : L'EVAS est un indicateur relativement nouveau qui repose sur un certain nombre d'hypothèses importantes aux fins d'interprétation de l'EVAS.

Canada

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

Selon le sexe et selon le tercile de revenu, à la naissance et à 65 ans, Canada, 2001

Groupe d'âge	Sexe	Catégorie de revenu	2001
À la naissance	Hommes	Toutes les catégories de revenu	68,3
		Revenu le plus faible	65,8
		Revenu moyen	68,6
		Revenu le plus élevé	70,5
	Femmes	Toutes les catégories de revenu	70,8
		Revenu le plus faible	69,1
		Revenu moyen	70,8
		Revenu le plus élevé	72,3
À 65 ans	Hommes	Toutes les catégories de revenu	12,7
		Revenu le plus faible	12,0
		Revenu moyen	12,9
		Revenu le plus élevé	13,3
	Femmes	Toutes les catégories de revenu	14,4
		Revenu le plus faible	14,2
		Revenu moyen	14,3
		Revenu le plus élevé	14,7

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès; Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001; Recensement de 2001.

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.
Pour d'autres renseignements sur l'EVAS, aller à : <<http://www.statcan.ca/evas>>.

13 Prévalence du diabète

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage d'individus de 20 ans et plus atteints de tous les types de diabète.

Définition : Taux de prévalence du diabète parmi les utilisateurs des services de santé, par 100 habitants.

Canada

Prévalence du diabète (tous les types)

Selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Canada, 1997–1998 à 1999–2000*

Groupe d'âge	Pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus								
	1997–1998			1998–1999			1999–2000		
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
20–29	0,6	0,4	0,7	0,7	0,5	0,8	0,7	0,5	0,9
30–39	1,2	1,0	1,4	1,3	1,1	1,6	1,5	1,2	1,8
40–49	2,4	2,6	2,2	2,6	2,9	2,4	2,8	3,0	2,6
50–54	4,9	5,7	4,1	5,3	6,2	4,5	5,6	6,4	4,7
55–59	7,1	8,3	6,0	7,7	9,0	6,5	8,1	9,5	6,8
60–64	9,4	10,7	8,1	10,3	11,9	8,9	10,9	12,5	9,3
65–69	11,5	12,9	10,2	12,5	14,1	11,0	13,2	14,9	11,5
70–74	12,9	14,5	11,7	14,1	15,9	12,7	15,0	16,9	13,5
75–79	13,2	14,8	12,1	14,5	16,3	13,2	15,5	17,4	14,2
80–84	12,5	14,0	11,6	13,8	15,4	12,8	14,8	16,7	13,7
85+	10,1	11,5	9,5	11,3	12,8	10,6	12,2	13,8	11,5
Total	4,3	4,5	4,1	4,8	5,0	4,6	5,1	5,4	4,9

Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète (SNSD).

Notes : Les données sur la prévalence du diabète publiées en 2004 s'appliquent à la même période (1999–2000) que celle visée dans *Les Canadiens en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*. Cependant, les données contenues dans ce (2004) rapport sont finales et intègrent les données sur les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Les futurs rapports tiendront compte des nouvelles données disponibles.

Tous les types de diabète sont inclus : le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Ne comprend pas le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Prévalence du diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Selon le sexe et selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

Groupe d'âge	Indiens de l'Amérique du Nord			Inuits		
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
15-24	1,6	#	2,5	..	..	..
25-34	6,7	3,9	9,2	..	..	..
35-44	10,9	8,1	13,6	..	..	..
45-54	19,3	16,6	22,7	..	..	..
55-64	32,0	27,0	37,4	..	..	..
65+	32,6	28,4	35,9	..	..	..
Total	11,5	8,9	14,0	2,3	1,8**	2,8**

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones (EPA), 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).

Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

.. Indique qu'il n'y a pas de données disponibles.

Données supprimées en vue de protéger la confidentialité.

On peut obtenir d'autres renseignements sur les Premières nations en consultant les résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003 (auprès des adultes).

Prévalence du diabète déclaré (tous les types) (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Premières nations (dans les réserves), 2002-2003

Groupe d'âge	Pourcentage
20-34	4
35-54	17
55+	36

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS), 2002-2003 (auprès des adultes).

Notes : Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'ERS, aller à :

<http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php>.

Auto-évaluation de la santé

Description : L'auto-évaluation de la santé mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui qualifie son état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».

Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare être en bonne ou excellente santé.

Canada

Auto-évaluation de la santé

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

Année		Pourcentage de la population qui évalue son état de santé comme étant très bon ou excellent		
		Total	Pourcentage qui évalue son état de santé comme étant très bon	Pourcentage qui évalue son état de santé comme étant excellent
1994–1995	Deux sexes	63,3	37,6	25,7
	Hommes	65,0	38,4	26,7
	Femmes	61,5	36,8	24,6
1996–1997	Deux sexes	63,9	38,6	25,4
	Hommes	65,3	38,8	26,5
	Femmes	62,5	38,4	24,1
1998–1999	Deux sexes	65,9	39,7	26,2
	Hommes	67,6	38,9	28,7
	Femmes	64,2	40,5	23,7
2000–2001	Deux sexes	62,5	36,3	26,2
	Hommes	63,6	36,0	27,5
	Femmes	61,4	36,6	24,9
2003	Deux sexes	59,6	36,6	23,0
	Hommes	60,3	36,6	23,7
	Femmes	59,0	36,7	22,3

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–99; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Fondé sur les ménages de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon ».
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge applicables à cet indicateur diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

	Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves)	Inuits (hors réserve)
Groupe d'âge	Pourcentage de la population qui évalue son état de santé comme étant « très bon ou excellent »	
15-24	61,1	62,7
25-34	55,3	59,9
35-44	46,6	56,8
45-54	35,7	51,6
55-64	23,5	38,8
65+	16,7	28,6

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis). La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits). La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier. Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à :

<http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Auto-évaluation de la santé (données non vérifiées)

Selon le sexe, pays choisis

Pays	Pourcentage de la population qui évalue sa santé comme « bonne ou meilleure »	
	Hommes	Femmes
États-Unis	89,7	88,0
Canada	88,8	87,3
Royaume-Uni	78,5	77,1
France	75,2	71,1
Allemagne	68,3	64,0
Italie	65,6	55,5
Japon	43,1	38,4

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé, 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne datent de 1998; les données sur l'Italie, le Japon et le Canada datent de 2001; les données sur la France, le R.-U. et les É.-U. datent de 2002. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Taux de tabagisme chez les adolescents

- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
- Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours

Description : Cet indicateur fait état du pourcentage de la population de 12 à 19 ans (en tant que proportion de la population totale de ce groupe d'âge) qui déclarent fumer actuellement (fumeurs occasionnels et quotidiens) et du pourcentage de ceux qui déclarent fumer tous les jours.

Définition : Pourcentage de la population de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclare fumer actuellement (actuellement comprend ceux qui fument tous les jours ou occasionnellement) au moment de l'entrevue et pourcentage de la population de 12 à 19 ans (inclusivement) qui déclarait fumer tous les jours au moment de l'entrevue.

Canada

Taux de tabagisme chez les adolescents

Selon le sexe, Canada, 1994–1995 à 2003

Année		Pourcentage des adolescents de 12 à 19 ans qui déclarent fumer actuellement		
		Total	Pourcentage qui déclarent fumer quotidiennement	Pourcentage qui déclarent fumer occasionnellement
1994–1995	Deux sexes	20,9	13,6	7,3
	Hommes	18,5	12,2	6,3*
	Femmes	23,5	15,1	8,4*
1996–1997	Deux sexes	21,6	15,8	5,9
	Hommes	20,0	14,9	5,1
	Femmes	23,3	16,6	6,7
1998–1999	Deux sexes	19,4	15,2	4,2
	Hommes	16,5	13,2	3,3*
	Femmes	22,4	17,4	5,0*
2000–2001	Deux sexes	18,7	12,9	5,8
	Hommes	17,6	12,1	5,5
	Femmes	19,8	13,6	6,2
2003	Deux sexes	14,8	9,1	5,7
	Hommes	14,4	8,9	5,5
	Femmes	15,2	9,3	6,0

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : Les fumeurs actuels regroupent les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

*Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

Premières nations et Inuits

Les groupes d'âge relatifs à cet indicateur diffèrent de ceux précisés dans les exigences relatives aux données des rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004.

Taux de tabagisme chez les adolescents (données non vérifiées)

Selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves) et Inuits (hors réserve), 2001*

	Indiens de l'Amérique du Nord			Inuits		
	Pourcentage qui sont des fumeurs actuels			Pourcentage qui sont des fumeurs actuels		
	Total	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels	Total	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels
Deux sexes	60,4	42,4	18,0	69,1	60,4	8,6
Hommes	59,1	42,1	17,1	66,4	58,4	8,0**
Femmes	61,7	42,7	19,2	71,5	62,2	9,2**

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Le terme adolescent s'applique à toutes les personnes de 15 à 19 ans.

La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).

La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis).

La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier.

Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Les fumeurs actuels regroupent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

16 Activité physique

Description : L'activité physique sert à mesurer le pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui se déclarent actifs et qui se déclarent inactifs.

Définitions :

- Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'actif physiquement.
- Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui déclare un indice d'activité qualifié d'inactif physiquement.

Canada

Activité physique

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1994–1995 à 2003

Année		Pourcentage de la population se déclarant « active »			Pourcentage de la population se déclarant « inactive »
		Pourcentage se déclarant active	Pourcentage se déclarant modérément active	Total	
1994–1995	Deux sexes	18,5	20,8	39,3	54,8
	Hommes	21,6	20,6	42,2	49,6
	Femmes	15,4	21,1	36,5	59,7
1996–1997	Deux sexes	20,1	21,9	42,1	54,9
	Hommes	23,0	21,5	44,5	51,4
	Femmes	17,3	22,5	39,8	58,1
1998–1999	Deux sexes	22,1	23,8	45,9	50,9
	Hommes	24,7	24,6	49,3	46,7
	Femmes	19,6	23,1	42,7	54,8
2000–2001	Deux sexes	21,4	21,6	43,0	48,6
	Hommes	24,0	21,1	45,0	43,8
	Femmes	18,9	22,3	41,2	53,1
2003	Deux sexes	26,7	24,3	51,0	46,4
	Hommes	30,3	23,5	53,8	42,9
	Femmes	23,2	25,1	48,3	49,6

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995 à 1998–1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000–2001 et 2003.

Notes : « Actives » décrit les personnes qui déclarent des niveaux combinés d'activité physique qui les situent parmi les personnes physiquement actives ($\geq 3,0$ kcal/kg/jour) et modérément actives (1,5–2,9 kcal/kg/jour).

« Inactives » décrit les personnes qui déclarent un niveau d'activité physique qui les situe parmi les personnes inactives ($< 1,5$ kcal/kg/jour). Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Comprend les ménages de 12 ans et plus qui décrivent leur niveau d'activité physique en réponse à des questions concernant la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques qu'ils pratiquent pendant leurs heures de loisirs.

Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.



17 Indice de masse corporelle

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage de la population de 18 ans et plus (à l'exception des femmes enceintes) dont l'indice de masse corporelle (IMC) mesuré s'inscrit dans l'une des quatre catégories suivantes : insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale ou obésité. La catégorie sur l'obésité se subdivise en trois classes : obèse I, obèse II et obèse III.

Définition : Pourcentage des adultes déclarant un indice de masse corporelle [calculé] dans des catégories définies, allant de poids insuffisant à poids excessif.

L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule à partir du poids et de la taille autodéclarés pour des personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes. En raison du taux de croissance différent des personnes de moins de 18 ans, l'IMC courant n'est pas réputé un indicateur adéquat pour ce groupe. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré.

Canada

Indice de masse corporelle

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 2003

	Pourcentage de la population avec une insuffisance pondérale (IMC inférieur à 18,5)	Pourcentage de la population avec un poids acceptable (IMC 18,5–24,9)	Pourcentage de la population avec une surcharge pondérale (IMC 25,0–29,9)	Pourcentage de la population obèse (IMC 30,0 ou plus)			
				Obèse total	Obèse I (IMC 30,0–34,9)	Obèse II (IMC 35,0–39,9)	Obèse III (IMC 40,0 ou plus)
Deux sexes	2,8	47,8	32,4	14,5	10,7	2,7	1,1
Hommes	1,2	42,2	40,3	15,6	12,1	2,6	0,9
Femmes	4,5	53,5	24,5	13,3	9,2	2,7	1,4

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

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Comprend les ménages de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.

Il faut interpréter avec prudence les résultats car une partie des différences peut tenir au mode de cueillette de données auprès des répondants (c.-à-d. par téléphone ou en personne).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Premières nations et Inuits

Indice de masse corporelle (données non vérifiées)

Selon le sexe, Indiens de l'Amérique du Nord (dans les réserves*) et Inuits (hors réserve), 2001

	Indiens de l'Amérique du Nord				Inuits			
	Insuffisance pondérale	Poids acceptable	Surcharge pondérale	Obèse	Insuffisance pondérale	Poids acceptable	Surcharge pondérale	Obèse
Deux sexes	1,1	23,5	32,7	27,8	1,4**	29,3	29,1	18,2
Hommes	0,8	23,1	37,6	26,3	1,0**	28,6	35,5	16,7
Femmes	1,3	23,8	27,6	29,4	1,8**	30,1	22,6	19,6

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 — Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Notes : Pourcentages bruts (non-standardisés selon l'âge).

Les données excluent les réponses non fournies ou invalides quant à la hauteur.

Les calculs liés à la catégorie « insuffisance pondérale » ont un écart-type relatif élevé et on doit user de prudence lorsqu'on cherche à les interpréter.

La population des Indiens de l'Amérique du Nord réunit les personnes qui s'identifient comme des Indiens de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Métis et/ou les Inuits).

La population des Inuits réunit les personnes qui s'identifient comme des Inuits de l'Amérique du Nord (réponse simple ou combinée avec les Indiens de l'Amérique du Nord et/ou les Métis).

La population à l'extérieur des réserves fait référence aux peuples autochtones qui n'habitent pas dans les réserves, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest où la population autochtone dans les réserves et à l'extérieur des réserves a été prise en compte en entier.

Il faut user de prudence au moment de généraliser les caractéristiques des réserves ayant participé à l'EPA en fonction de l'ensemble de la population dans les réserves au Canada. Tout regroupement des données de l'EPA sur les réserves ne s'applique qu'aux réserves ayant participé à l'EPA. Il ne faut pas tenir pour acquis qu'elles reflètent l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

La définition de population ne tient pas compte des personnes dont l'âge n'est pas déclaré ou est invalide, les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) de haut ou de plus de 6 pieds, 11 pouces (2,108 mètres) de haut.

Cette table illustre la prévalence des quatre catégories d'indice de masse corporelle (IMC) internationales : insuffisance pondérale (18,5 ou moins); poids acceptable (18,6 à 24,9); surcharge pondérale (25 à 29,9); et obèse (30 et plus).

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'EPA, aller à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-591-XIF/free_f.htm>.

*Réserves participantes choisies.

**Utiliser avec prudence (grande variabilité des données).

On peut obtenir d'autres renseignements sur les Premières nations en consultant les résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003 (auprès des adultes).

Répartition des résultats liés à l'indice de masse corporelle (IMC) (données non vérifiées)

Selon des groupes d'âge choisis, Premières nations (dans les réserves), 2002–2003

Groupe d'âge	Pourcentage de la population			
	Insuffisance pondérale (IMC <18,5)	Poids acceptable (IMC 18,5–24,99)	Surcharge pondérale (IMC 25–29,99)	Obèse (IMC ≥30)
18–34	1,4	36,0	35,8	26,7
35–54	0,6	18,3	38,6	42,5
55+	1,1	19,0	38,6	41,3
Total (18+)	1,0	26,1	37,4	35,5

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002–2003 (auprès des adultes).

Notes : Population de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Pour d'autres renseignements sur l'ERS, aller à : <http://www.naho.ca/firstnations/french/first_nation_regional.php>.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Poids corporel et composition corporelle (données non vérifiées)

Selon le sexe, pays choisis

Pays	Pourcentage de la population obèse (IMC >30)	
	Hommes	Femmes
Japon	3,4	3,8
Italie	8,8	8,4
France	9,7	9,1
Allemagne	12,1	11,0
Canada	16,0	13,9
Royaume-Uni	22,1	22,8
États-Unis	27,7	34,0

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur l'Allemagne et les États-Unis datent de 1999; les données sur l'Italie datent de 2000; les données sur le Canada datent de 2001; les données sur la France, le Japon et le R.-U. datent de 2002.

Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

Description : Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir eu un vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédant la tenue de l'enquête.

Définition : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus qui déclare avoir reçu un vaccin contre l'influenza au cours de la dernière année.

Canada

Vaccination contre la grippe chez les 65+

Selon le sexe (standardisé selon l'âge), Canada, 1996–1997, 2000–2001 et 2003

	Année	Pourcentage de la population qui déclare avoir reçu un vaccin antigrippal il y a moins d'un an	Pourcentage de la population qui déclare avoir reçu un vaccin antigrippal il y a un an ou plus	Pourcentage de la population qui déclare n'avoir jamais reçu de vaccin antigrippal
Deux sexes	1996–1997	47,8	11,2	34,8
Hommes		47,1	10,2	34,4
Femmes		48,4	12,0	35,0
Deux sexes	2000–2001	62,9	7,7	23,7
Hommes		60,5	7,3	23,8
Femmes		64,8	7,8	23,7
Deux sexes	2003	62,1	10,3	20,6
Hommes		61,2	9,8	20,5
Femmes		62,9	10,7	20,5

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population 1996–1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000–2001 et 2003.

Notes : Standardisation selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.
Comprend les ménages de 65 ans et plus qui précisent quand ils ont reçu leur dernier vaccin contre la grippe (« vaccin antigrippal »).
Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

International

La table suivante ne respecte pas les exigences relatives aux rapports fédéraux, provinciaux et territoriaux de 2004 mais examine des enjeux semblables.

Vaccination contre la grippe (données non vérifiées)

Pays choisis

Pays	Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois
Royaume-Uni	71,0
États-Unis	65,8
France	65,0
Canada	63,0
Italie	60,1
Allemagne	55,8
Japon	35,4

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, Données sur la santé 2004.

Notes : Les données sur le Canada datent de 2000; les données sur la France et l'Allemagne datent de 2001; les données sur l'Italie, le Japon et les États-Unis datent de 2002; les données sur le Royaume-Uni datent de 2003. Pour d'autres exclusions et limites, voir l'Annexe 4.

Liste des 70 indicateurs

Rapport fédéral de 2004

Secteurs prioritaires, indicateurs et sous-indicateurs

Soins de santé primaires


1. Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivis (**Sélectionné**)
2. Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé (**Sélectionné**)
3. Difficulté à obtenir des soins immédiats (**Sélectionné**)
4. Proportion de la population qui dit avoir un médecin régulier
5. Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus (**Sélectionné**)
6. Perception qu'ont les patients de la qualité des services de soins de santé reçus
7. Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires (**Sélectionné**)
8. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins de santé communautaires
9. Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé (**Sélectionné**)
10. Perception qu'ont les patients de la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé
11. Proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service d'information téléphonique sur la santé ou les services info-santé
12. Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (**Sélectionné**)
13. Proportion de la population féminine de 18 à 69 ans qui a subi au moins un test de PAP au cours des trois années précédentes
14. Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie au cours des deux années précédentes

Soins à domicile


15. Personnes ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants, tous les âges
16. Personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants

Autres programmes et services


17. Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien
 - Temps d'attente médian pour un pontage aortocoronarien
 - Distribution des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien
18. Temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche
 - Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale de la hanche
 - Distribution des temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche

19. Temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou
 - Temps d'attente médian pour une arthroplastie totale du genou
 - Distribution des temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou
20. Temps d'attente déclarés pour une chirurgie
 - Temps d'attente médian pour une chirurgie
 - Distribution des temps d'attente pour une chirurgie
21. Temps d'attente déclarés pour la consultation d'un médecin spécialiste
 - Temps d'attente médian pour la consultation d'un médecin spécialiste
 - Distribution des temps d'attente pour la consultation d'un médecin spécialiste
22. Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)
23. Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie
24. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)
25. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral
26. Taux de survie nette à 365 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM)
27. Taux de survie nette à 180 jours après un accident vasculaire cérébral
-  28. Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers (**Sélectionné**)
29. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins hospitaliers

Couverture de médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques

-  30. Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu (**Sélectionné**)

Matériel diagnostique et médical








31. Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
 - Temps d'attente médian pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
 - Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate
32. Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
 - Temps d'attente médian pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
 - Distribution des temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein
-  33. Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics (**Sélectionné**)
 - Temps d'attente médian pour des tests de diagnostics
 - Distribution des temps d'attente pour des tests de diagnostics

Ressources humaines en santé

- 34. Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin (**Sélectionné**)
- 35. Perception qu'ont les patients de la qualité des soins d'un médecin

Canadiens en santé

- 36. Espérance de vie
 - Espérance de vie de l'ensemble de la population
 - Espérance de vie selon le revenu
- 37. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (**Sélectionné**)
 - Espérance de vie ajustée en fonction de la santé de l'ensemble de la population
 - Espérance de vie ajustée en fonction de la santé selon le revenu
- 38. Mortalité infantile
- 39. Insuffisance de poids à la naissance
- 40. Taux de mortalité par cancer du poumon
- 41. Taux de mortalité par cancer de la prostate
- 42. Taux de mortalité par cancer du sein
- 43. Taux de mortalité par cancer colorectal
- 44. Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IMC)
- 45. Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral
- 46. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du poumon
- 47. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer de la prostate
- 48. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du sein
- 49. Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer colorectal
- 50. Taux d'incidence du cancer du poumon
- 51. Taux d'incidence du cancer de la prostate
- 52. Taux d'incidence du cancer du sein
- 53. Taux d'incidence du cancer colorectal
- 54. Années potentielles de vie perdues dues au suicide
- 55. Années potentielles de vie perdues dues aux blessures accidentelles
- 56. Taux d'incidence de la méningococcie invasive
- 57. Taux d'incidence de la rougeole
- 58. Taux d'incidence de la maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

- 
59. Taux d'incidence de la tuberculose
 60. Taux d'incidence de l'infection à E. Coli producteur de vérotoxine
 61. Taux d'incidence de la chlamydie génitale
 62. Proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH
 -  63. Prévalence du diabète (**Sélectionné**)
 64. Exposition à la fumée secondaire du tabac
 -  65. Auto-évaluation de la santé (**Sélectionné**)
 -  66. Taux de tabagisme chez les adolescents (**Sélectionné**)
 - Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement
 - Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage de jeunes qui fument tous les jours
 -  67. Activité physique (**Sélectionné**)
 -  68. Indice de masse corporelle (**Sélectionné**)
 -  69. Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal ») (**Sélectionné**)
 70. Prévalence de la dépression

Exclusions et limites relatives aux sources de données

Les paragraphes ci-dessous identifient les sources de données auxquelles on a puisé pour définir les 18 indicateurs sélectionnés présentés dans *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2004*, ainsi que les exclusions et les limites relatives aux bases de données pertinentes.

Statistique Canada

Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Tous les résidents de logements collectifs (les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pension, les hôtels, les motels, les maisons de chambres pour touristes, les maisons de repos, les hôpitaux, les résidences de personnel, les quartiers communautaires (camps militaires), les camps de travail, les prisons, les missions, les foyers de groupe, et ainsi de suite); toutes les personnes de 14 ans et moins; les personnes qui n'ont pas participé au Recensement de 2001; et les personnes qui ne se sont pas identifiées comme Autochtones ou d'ascendance autochtone ou comme membres d'une Première nation ou comme personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* ont été exclus de l'Enquête.

En raison du nombre élevé de collectivités des Premières nations du Québec qui ont refusé de participer à l'enquête, il n'existe pas de données provinciales sur les populations autochtones dans les réserves du Québec. En général, les données sur les personnes vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves ont été publiées séparément et il n'existe pas de données agrégées sur l'ensemble de la population autochtone au Canada. Les agrégats de données sur les réserves de l'EPA s'appliquent uniquement aux populations vivant dans les réserves qui ont participé à l'EPA et ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population vivant dans les réserves.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête. Les personnes de moins de 12 ans n'ont pas été interviewées.

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS), Supplément à l'ESCC

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 15 ans, les personnes vivant au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'échantillon de la composante sur les ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

La composante axée sur les établissements de l'Enquête nationale sur la santé de la population recueille des données sur les résidents à long terme (plus de six mois) d'établissements de soins comportant quatre lits ou plus. Les établissements qui offrent uniquement des soins à court terme, comme les centres de traitement pour toxicomanes, ont été exclus. Les établissements de santé situés dans les territoires, les réserves indiennes et les bases des Forces canadiennes, de même qu'à l'intérieur des organismes correctionnels, ont été exclus.

Enquête sur les dépenses des ménages

Exclusions et limites : Les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'Enquête. Les données sur les territoires ne sont pas disponibles en raison de leur faible qualité.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Exclusions et limites : Les patients qui ne reçoivent pas de soins comme patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs (c'est-à-dire ceux qu'on soigne uniquement au service des urgences ou dans des établissements pour malades chroniques).

Une étude de seconde saisie conçue afin d'examiner la cohérence du codage pour l'indicateur **Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (12-PC)** a donné un taux de divergence global de 10,8 %. Cependant, pour la majorité des dossiers divergents, un problème d'ASSA est apparu en tant que diagnostic dans le dossier du patient, mais non en tant que diagnostic principal. Seuls 13 des 272 dossiers de seconde saisie ne comptaient aucun problème d'ASSA dans les différents domaines de diagnostic. Près de la moitié de ces dossiers (six) avaient initialement été codés en tant que troubles névrotiques ou dépressifs et tous les dossiers en question ont été saisis de nouveau en tant que trouble mental, même si le trouble indiqué en seconde saisie ne se qualifiait pas strictement en tant qu'ASSA. Cet élément donne à penser que l'indicateur d'ASSA est invariablement codé et peut être comparé entre les administrations et au fil du temps, sauf dans un cas. Il faut faire preuve de prudence au moment de comparer les taux de 2001–2002 avec les taux des années précédentes pour les provinces utilisant la CIM-10-CA et la CCI. Il est important de noter qu'il se peut que certaines des différences ciblées ne découlent pas de la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI, mais qu'elles soient le reflet d'autres facteurs, comme la mise en place ou le retrait de programmes et de services propres aux troubles composant l'indicateur.

Santé Canada

Système national de surveillance du diabète (SNSD)*

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 20 ans et les provinces du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Avis au lecteur : Le lecteur devrait interpréter ces données avec prudence.

Divulgarion des limites :

- a) Trois types de diabète sont inclus dans la base de données : le diabète Type 1, le diabète Type 2 et le diabète gestationnel. Il est à noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme diabète sucré (CIM - code 250).
- b) Les données publiées (1999–2000) font état d'un taux d'erreur de base de 20 % à 25 %.
- c) Santé Canada et les experts nationaux identifiés par Santé Canada acceptent ce taux d'erreur.
- d) Depuis 1997–1998, ces données accumulent de faux positifs, ce qui ne devrait pas avoir une grande incidence sur les données contenues dans le présent document. Santé Canada entend déployer des efforts pour réduire ces erreurs afin qu'au moment de publier les données de 2001–2002, cette accumulation ne prenne pas de l'importance.
- e) Ce « taux d'erreur de base » tend à varier selon le groupe d'âge et selon le sexe.

Puisque les données se fondent sur les données administratives, leur qualité dépend de la précision de ces systèmes.

Les données ne doivent pas servir à analyser les tendances. Certaines des données utilisées pour produire les Rapports sur les indicateurs de la santé comparables de septembre 2002 peuvent avoir changé par suite de la mise à jour des chiffres provinciaux et territoriaux. Voilà pourquoi les tables de données fournies aux fins des Rapports sur les indicateurs de la santé comparables de novembre 2004 remplacent toutes les tables de données antérieures.

On observera de légères variantes dans les données lorsqu'on les comparera à celles d'autres publications fédérales, provinciales et territoriales en raison des délais mis à produire les rapports, des dates limites différentes et de la date d'accès aux projections démographiques de Statistique Canada.

*Maintenant situé à l'Agence de santé publique du Canada.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) (Enquête auprès des adultes) (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 18 ans et les résidents du Nunavut ont été exclus de l'Enquête.

Les résultats s'appliquent uniquement aux membres des Premières nations dans les réserves et dans certaines collectivités à l'extérieur des réserves dans les territoires.

« Ce que les Premières nations pensent de leur santé et de leurs soins de santé » (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes de moins de 18 ans et les résidents du Nunavut* ont été exclus de l'Enquête.

Les résultats ne s'appliquent qu'aux membres des Premières nations participantes vivant au sein d'une collectivité des Premières nations ou près d'une collectivité des Premières nations. (Aux fins du présent rapport, une collectivité des Premières nations décrit une réserve indienne, telle que définie par la *Loi sur les Indiens* ou des terres de la Couronne désignées à l'usage des Premières nations ou habitées par les Premières nations.)

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Données sur la santé de l'OCDE 2004 (données non vérifiées)

Exclusions et limites : Les personnes qui s'intéressent aux données comparatives transnationales sur les soins de santé doivent être sensibilisées à l'existence de graves lacunes au niveau des ententes internationales sur les méthodes statistiques. Un même terme peut faire référence à des réalités fort différentes dans l'un ou l'autre des 30 pays de l'OCDE. Malgré les efforts d'uniformisation engagés, la standardisation des statistiques sur la santé demeure un objectif et non une réalité. Les statistiques qui ont servi à produire les Données sur la santé de l'OCDE 2004 reflètent la situation qui existait au moment de la publication. Des efforts sont en cours pour les préciser et les améliorer d'année en année.

*On note certaines incongruités au niveau des exclusions présentées dans le document de l'ONSA et au site Internet de l'ONSA. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquer avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à : <<http://www.naho.ca/french/>>.