



Les Canadiens en santé



Rapport fédéral sur
les indicateurs comparables de la santé 2002

LES CANADIENS EN SANTÉ

Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé



Le présent rapport a été préparé conformément à l'entente fédérale-provinciale-territoriale conclue en septembre 2000 par les premiers ministres en vue de rendre compte d'indicateurs comparables de la santé.

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) 957-2991
Télec. : (613) 941-5366

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2002
N° de cat. H21-206/2002
ISBN 0-662-66816-2

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

Septembre 2002

MESSAGE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ



J'ai le plaisir de rendre public le document intitulé *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, qui aidera le gouvernement du Canada à tenir l'engagement de rendre compte clairement et de favoriser la communication de rapports sur les soins de santé aux Canadiens et aux Canadiennes, pris par les premiers ministres en septembre 2000. C'est la première fois que les ministres de la Santé des quatorze administrations, y compris le gouvernement fédéral, présentent simultanément un rapport à leurs concitoyens qui porte sur un ensemble d'indicateurs déterminés conjointement relatifs à l'état de santé, aux résultats en matière de santé et à la qualité des services.

Les rapports marquent le début d'un processus continu de communication de rapports comparables. Ils permettront aux Canadiens et aux Canadiennes de prendre connaissance des progrès réalisés par leurs gouvernements dans l'atteinte de buts et d'objectifs ayant trait à la prestation de soins de santé et au renouvellement du système de soins de santé. La capacité de comparer rapidement les résultats favorisera la détermination et le partage des meilleures pratiques par les administrations et facilitera la prise de décisions éclairées des citoyens, des gouvernements et des fournisseurs de soins de santé de manière à ce que notre santé soit meilleure.

La détermination et l'élaboration des indicateurs ont exigé un travail considérable afin de rendre des rapports exhaustifs, comparables et de qualité, et ce, dans des délais serrés. Je voudrais remercier les ministères de la Santé, les conseils consultatifs, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut de la statistique du Québec de leur contribution inestimable. J'aimerais tout particulièrement souligner l'esprit de collaboration qui a permis la rédaction de ces rapports, esprit qui va demeurer présent.

Il reste beaucoup à faire. Avec le temps, j'espère que les administrations seront en mesure d'inclure tous les indicateurs à leurs rapports et que nous pourrions établir des indicateurs plus significatifs dans certaines régions. Aussi, nous devons nous assurer que certaines données sont soumises à un processus d'assurance de la qualité plus rigoureux. Toutefois, je sais que ces rapports serviront de plate-forme aux discussions sur le renouvellement du système canadien de soins de santé et aideront à renforcer l'amélioration de la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

La ministre de la Santé,

A. Anne McLellan

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Avant-propos	5
Le rôle du gouvernement du Canada en matière de santé	7
Mesure du rendement – Points saillants	11
État de santé	11
1. Espérance de vie	11
2. Mortalité infantile	12
3. Faible poids à la naissance	14
4. Auto-évaluation de la santé	15
Résultats en matière de santé	17
5. Changement dans l'espérance de vie	17
6. Amélioration de la qualité de vie	20
7. Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures	21
Qualité du service	24
8. Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement	25
9. Satisfaction des patients	26
10. Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée	28
11. Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, sept jours par semaine	28
12. Soins à domicile et soins communautaires	29
13. Surveillance et protection de la santé publique	30
14. Promotion de la santé et prévention des maladies	34
Information sur la santé – Défis et prochaines étapes	37
Rapport du vérificateur	39
Annexes – Indicateurs comparables de la santé	43
Annexe 1 – Liste des 67 indicateurs	43
Annexe 2 – Tableaux de données	47

SOMMAIRE

En septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont réitéré leur engagement à rendre des comptes aux Canadiens. Ils ont demandé aux ministres de la Santé de rendre compte de façon régulière et détaillée des programmes et services de santé qu'ils offrent ainsi que du rendement du système de santé. Ils leur ont également demandé d'élaborer un cadre faisant état d'indicateurs comparables convenus conjointement pour rendre compte de l'état de santé, des résultats en matière de santé et de la qualité des services afin que chaque administration commence à présenter un rapport dès septembre 2002. Les premiers ministres ont relevé 14 domaines visés par le rapport, et les administrations, par le truchement de la Conférence des sous-ministres de la Santé, ont convenu de 67 indicateurs.

Les données pour lesquelles les administrations peuvent établir des rapports comparables reflètent en grande partie l'appui assuré par le gouvernement fédéral à l'information sur la santé par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Statistique Canada et de Santé Canada. Cependant, le travail n'est pas terminé puisqu'il faut encore établir des indicateurs adéquats, renforcer la capacité des administrations à établir des rapports et améliorer la qualité des critères d'évaluation et d'établissement de rapports. Les administrations poursuivront ce travail par elles-mêmes, ainsi qu'en collaboration avec un nouveau comité fédéral-provincial-territorial sur la gouvernance et l'imputabilité. Ces rapports

représentent une étape dans un processus continu, et les prochains rapports sont attendus en novembre 2004.

Le rapport *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé* porte sur 58 des 67 indicateurs pour les Canadiens dans leur ensemble. Même si la plupart des mesures de l'état de santé et des résultats en matière de santé sont fournis à l'échelle nationale, on ne dispose de chiffres nationaux sur les indicateurs de la qualité du service que lorsque des enquêtes nationales ont été menées ou lorsque toutes les administrations ont fait état des données d'une manière permettant de présenter des totaux à l'échelle nationale. Par ailleurs, le présent rapport renferme de l'information sur des populations comme les Premières

nations vivant dans les réserves, les anciens combattants, le personnel militaire et les détenus des pénitenciers fédéraux, à l'égard desquels le gouvernement fédéral assume des responsabilités particulières au chapitre de la prestation de soins de santé. (Voir l'annexe 1 – Indicateurs comparables de la santé : Liste des 67 indicateurs.)

Points saillants

On a obtenu de bons résultats, entre autres :

- Les Canadiens vivent plus longtemps qu'autrefois. Leur espérance de vie était de 79,0 ans en 1999 par rapport à 74,9 en 1979.
- Par rapport à d'autres pays industrialisés, le Canada affiche l'un des taux les plus bas pour le faible poids à la naissance.
- En 2001, environ 87,7 % des Canadiens disaient avoir un médecin de famille régulier.
- En 2000-2001, 84,4 % des Canadiens qualifiaient d'excellente ou de très bonne la qualité des services généraux de santé qu'ils avaient reçus.
- Par rapport à d'autres pays industrialisés, le Canada affiche l'un des plus faibles taux de mortalité attribuable au cancer colorectal.
- Entre 1995 et 2000, les rapports de tests VIH positifs ont diminué au Canada, passant de 10,2 à 6,9, mais ils ont augmenté en 2001, s'établissant à 7,1 pour 100 000 habitants.
- Entre 1979 et 2000, l'espérance de vie de la population des Premières nations vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci a augmenté, passant de 59,2 à 68,9 ans pour les hommes et de 65,9 à 76,6 ans pour les femmes.
- Le taux de mortalité infantile pour la population des Premières nations a diminué de façon constante; entre 1979 et 1999, le taux a chuté de 27,6 à 8,0 décès par millier de naissances vivantes.

**Les domaines à améliorer sont
entre autres les suivants :**

- Le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les femmes augmente au Canada. Il est passé de 26,9 pour 100 000 habitants en 1988 à 34,8 en 1999.
- L'incidence de la chlamydie, maladie transmissible sexuellement, semble à la hausse au Canada. Elle est passée de 126,8 cas pour 100 000 habitants en 1995 à 161,0 en 2001.
- En 2001, l'usage du tabac chez les adolescents demeurait élevé, puisqu'environ un jeune sur cinq de 12 à 19 ans a déclaré fumer.
- Même si l'état de santé des populations des Premières nations s'est amélioré, on observe encore des disparités entre celle-ci et la population canadienne dans son ensemble :
 - La prévalence du diabète au sein de la population canadienne semble augmenter, et le taux déclaré pour les populations des Premières nations dépasse de deux à trois fois celui pour la population canadienne dans son ensemble.
 - En 2002, à peine 38 % des membres des Premières nations ayant répondu au sondage déclaraient être en très bonne ou en excellente santé, par rapport à 61,4 % de l'ensemble des Canadiens en 2000-2001.
 - Comparativement à l'ensemble de la population canadienne, en 1999, les populations des Premières nations ont perdues près de cinq fois plus d'années potentielles de vie (pour 100 000 habitants) en raison de blessures accidentelles et trois fois plus en raison du suicide.
 - On n'a réussi qu'en partie à réduire l'incidence de la tuberculose dans les populations des Premières nations, en particulier dans l'Ouest canadien et dans les territoires, où l'on continue à observer des foyers restreints. Les taux de tuberculose observés dans les populations des Premières nations sont de 8 à 10 fois plus élevés que dans la population canadienne dans son ensemble.

AVANT-PROPOS

En septembre 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu une entente historique en matière de santé, établissant une vision, des principes et un plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé et s'engageant à l'imputabilité et à la collaboration. Cette entente s'est accompagnée d'un investissement fédéral additionnel de 21,1 milliards de dollars répartis sur cinq ans par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Dans le cadre de cette entente, les premiers ministres se sont engagés à rendre clairement des comptes et à présenter des rapports aux Canadiens. Les premiers ministres ont demandé aux ministres de la Santé de :

« • collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, et en fonction duquel les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités d'ici à septembre 2002. Ces indicateurs comparables porteront sur les éléments suivants :

- l'état de santé (c.-à-d. espérance de vie, mortalité infantile, faible poids à la naissance, les personnes qui se disent en excellente santé);
- les résultats en matière de santé (c.-à-d. changement dans l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, réduction du fardeau associé aux maladies);

- la qualité du service (c.-à-d. temps d'attente pour les services clés de diagnostic et de traitement, satisfaction des patients, admissions subséquentes à l'hôpital, accès 24/7 aux services de premier contact, soins à domicile et dans la communauté, et pertinence des activités de surveillance, de protection et de promotion de la santé). »

(Voir le communiqué sur la santé pour la réunion des Premiers ministres à l'adresse <http://www.scics.gc.ca>)

Un Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, présidé par l'Alberta, a été mis en place afin d'établir ce cadre et d'étoffer les 14 domaines relevés par les premiers ministres. On compte parmi les membres du comité des représentants du Québec, de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et de Santé Canada. Le comité a travaillé avec les partenaires provinciaux, territoriaux et fédéraux

et relevé 67 indicateurs permettant l'établissement de rapports comparables. Les rapports publiés en septembre 2002 s'inscrivent dans un processus continu et servent de documents de référence pour toute mesure ultérieure. Certains indicateurs sont bien établis et faciles à obtenir, tandis que d'autres sont provisoires et doivent encore être raffinés. Il faut également améliorer le champ d'observation, l'exhaustivité et la qualité des critères d'évaluation et de l'établissement de rapports. Le vérificateur général du Canada a en outre mentionné la nécessité d'améliorer la documentation des méthodes d'assurance de la qualité. Les administrations poursuivront ces travaux, par elles-mêmes ou en collaboration par le truchement d'un nouveau comité fédéral-provincial-territorial sur la gouvernance et l'imputabilité. Les prochains rapports sont attendus pour novembre 2004.

Le présent rapport donne un aperçu des données à l'échelle nationale. Par ailleurs, comme le gouvernement fédéral est le cinquième plus grand fournisseur de services de santé au Canada, le rapport souligne également des aspects des soins de santé et de la prestation qui relèvent du gouvernement fédéral, l'accent étant mis sur les populations des Premières nations vivant dans les réserves. Il livre également des renseignements sur d'autres populations à l'égard desquelles le gouvernement fédéral assume des responsabilités, entre autres les

anciens combattants, le personnel militaire, les détenus de pénitenciers fédéraux et la Gendarmerie royale du Canada. La collecte de données sur la santé des Premières nations présente plusieurs difficultés; il faut donc faire preuve de discernement lorsqu'on compare les données sur les collectivités des Premières nations et celles sur l'ensemble du Canada.

Le rapport fédéral porte sur 58 des 67 indicateurs. Ainsi, il ne fait pas état de certains taux de survie, des temps d'attente pour certaines interventions et de l'admission aux soins à domicile et en milieu communautaire. Ces indicateurs sont tirés des données administratives des hôpitaux et des établissements. Tant que ces données ne sont pas uniformisées et présentées par toutes les administrations, on ne peut calculer une moyenne nationale.

La première section, intitulée « Mesure du rendement », porte sur certains indicateurs. Elle aborde au moins un indicateur dans chacun des 14 domaines recensés par les premiers ministres et met l'accent sur les indicateurs qui se prêtent particulièrement à l'établissement de rapports fédéraux.

L'annexe 1 renferme la liste des 67 indicateurs relevés par le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats et précise ceux qui sont inclus dans le rapport fédéral. L'annexe 2 renferme la liste complète des 67 indicateurs, comprenant une description et une définition, ainsi que les tableaux de données correspondants.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT DU CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ

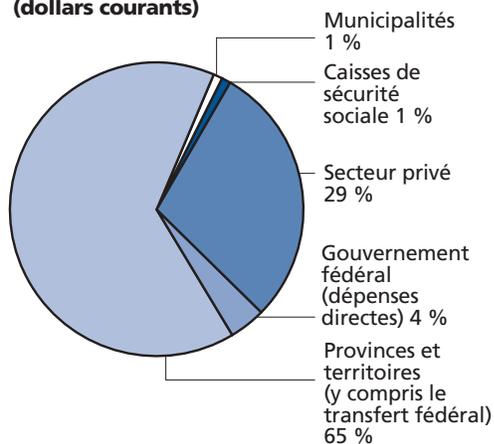
Même si on décrit souvent le système de soins de santé du Canada comme un ensemble coordonné de régimes provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada est le cinquième plus grand fournisseur de services de santé aux Canadiens. En plus d'établir et d'administrer des normes et des principes nationaux régissant le système de soins de santé (c'est-à-dire la Loi canadienne sur la santé), de participer au financement des services provinciaux de santé au moyen de transferts fiscaux et d'assumer d'autres fonctions dont il est responsable en vertu de la Constitution, le gouvernement du Canada sert environ 950 000 clients à un coût annuel de 3,4 milliards de dollars.

Plus précisément, le gouvernement du Canada fournit des services de santé à des groupes comme les anciens combattants, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la Gendarmerie royale du Canada. Santé Canada offre également des services de santé aux Indiens de plein droit vivant dans les réserves, aux collectivités des territoires et aux Inuits par l'intermédiaire de postes de soins infirmiers communautaires, de centres de santé et d'autres installations établies dans les régions isolées et éloignées.

Ventilation des dépenses totales en matière de santé

Par source de financement, Canada, 1999

Total : 89,6 milliards de dollars (dollars courants)



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975-2001.*

Aperçu des services de santé fédéraux

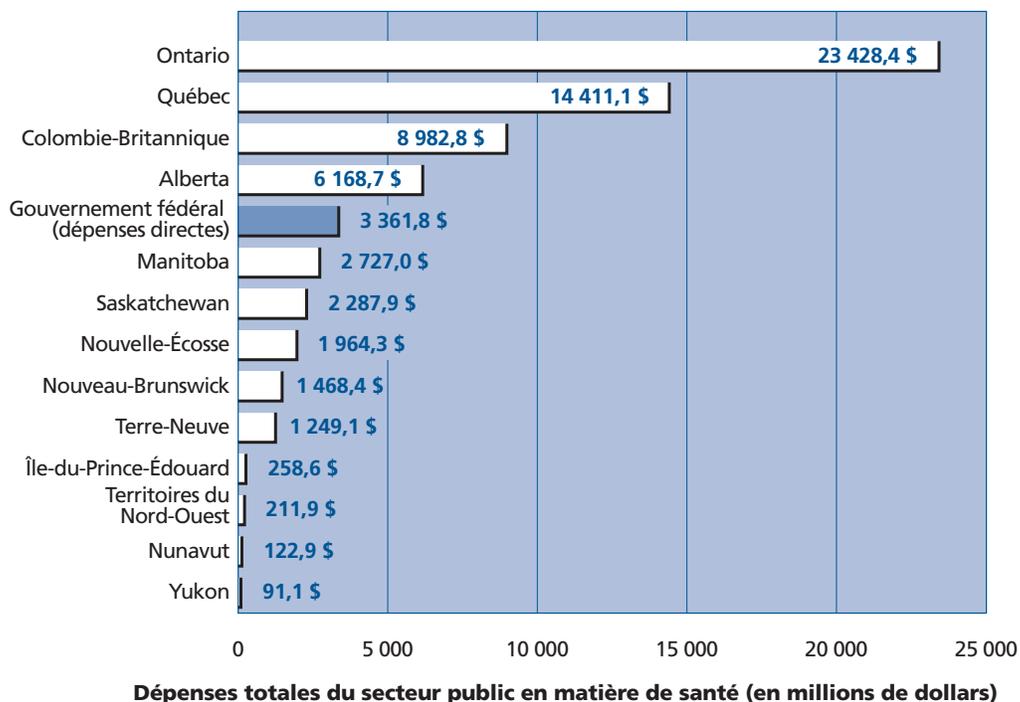
Plusieurs ministères fédéraux fournissent des soins de santé ou encore s'assurent que des services de santé sont fournis à des populations particulières :

Ainsi, les programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits offerts par **Santé Canada** se chiffrent à environ 1,3 milliard de dollars par an et servent quelque 400 000 clients des Premières nations vivant dans les réserves ainsi que 300 000 Inuits et membres des Premières nations vivant à l'extérieur des réserves. Santé Canada offre :

- Des services de santé non couverts par les régimes de santé privés ou encore provinciaux et territoriaux, comme les soins de la vue et les soins dentaires, les médicaments, des consultations d'urgence en santé mentale, le transport, les fournitures médicales et l'équipement aux clients admissibles des Premières nations et des collectivités inuites, peu importe leur lieu de résidence;

Dépenses totales du secteur public en matière de santé

Par région, 1999



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975-2001*.

- des programmes de santé communautaires, y compris des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies offerts dans les réserves; des services de soins infirmiers communautaires; l'éducation sanitaire; des programmes de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme; des programmes de santé mentale et de développement de l'enfant; et des services d'hygiène du milieu; et
- des services hospitaliers limités.

Le **ministère des Anciens Combattants** paie les soins de santé (y compris un large éventail de prestations pour soins de santé non fournies par les régimes provinciaux) aux anciens combattants et aux anciens combattants des Forces canadiennes qui satisfont aux exigences en matière de revenu et de service ou qui perçoivent une pension d'invalidité par suite du service militaire. Le Ministère assure également des soins aux clients admissibles dans les établissements de soins de santé communautaires. En 2000-2001, 133 300 clients étaient admissibles aux prestations de soins de santé, et les dépenses des programmes de soins de santé se sont élevées à 541,7 millions de dollars.

La *Loi canadienne sur la santé* exclut les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres des **Forces canadiennes** ainsi que de la **Gendarmerie royale du Canada** de la définition de « personnes assurées » auxquelles les services de santé sont assurés en vertu des régimes de soins de santé provinciaux.

Le **Service correctionnel du Canada** assure aux détenus les soins de santé essentiels ainsi qu'un accès raisonnable aux soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à la réadaptation et à la réinsertion sociale du détenu. Les « soins de santé » incluent les soins de santé mentale et physique ainsi que les soins dentaires. Les services sont fournis par le truchement d'un réseau d'infirmières, en place dans tous les pénitenciers, y compris cinq hôpitaux régionaux et des centres de traitement spécialisés en santé mentale. On a recours au besoin aux spécialistes de la collectivité ainsi qu'aux services de diagnostic et aux services hospitaliers. Les dépenses de fonctionnement annuelles occasionnées par la prestation de ces services à quelque 12 500 détenus se chiffraient à 98,5 millions de dollars en 2000-2001.

Le **ministère de la Défense nationale** prend en charge les besoins en soins de santé des membres des Forces canadiennes, qu'ils soient au pays ou à l'étranger. Les services de santé sont fournis par le truchement d'un réseau de cliniques des Forces canadiennes ou encore par les provinces, qui vendent leurs services. Un large éventail de services de santé est offert aux 60 000 membres de la Force régulière et aux 33 000 réservistes (de service). Les dépenses en matière de santé s'élevaient en 2001-2002 à environ 450 millions de dollars.

La **Gendarmerie royale du Canada (GRC)** offre un large éventail de soins de santé à ses membres pour s'assurer qu'ils sont bien équilibrés et médicalement aptes à assumer leurs fonctions en toute sécurité. Les membres peuvent obtenir leurs soins personnels auprès des fournisseurs de leur choix dans la collectivité immédiate pour autant que ces derniers satisfassent aux critères établis par la GRC. Environ 15 200 membres sont admissibles aux prestations de maladie et, en 2000-2001, les dépenses en matière de santé se chiffraient à environ une trentaine de millions de dollars.

L'information sur la santé des populations autochtones et des Premières nations provient de plusieurs sources et peut se rapporter à différentes populations.

Autochtones : Personnes qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit. Sont également incluses dans cette catégorie celles qui ont déclaré être un Indien visé par un traité ou un Indien de plein droit, conformément à la définition donnée par la *Loi sur les Indiens* du Canada, ainsi que les membres d'une bande indienne ou les membres des Premières nations.

Indiens de plein droit : Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

Premières nations : Sauf indication contraire, membres des Premières nations vivant dans les réserves.

MESURE DU RENDEMENT – POINTS SAILLANTS

État de santé

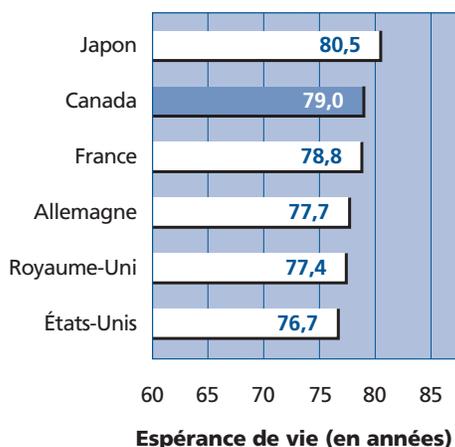
Les indicateurs de l'état de santé nous renseignent sur la santé de la population en général. De nombreux facteurs les influencent, entre autres le niveau d'instruction, la situation économique et les conditions de vie. En général, les Canadiens sont en bonne santé comparativement aux populations d'autres pays industrialisés, mais on observe de grandes disparités au sein de la population canadienne. De façon générale, les membres des Premières nations, qu'ils vivent dans les réserves ou à l'extérieur, ne se portent pas aussi bien que le reste de la population.

1. Espérance de vie

Description : Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance

Espérance de vie à la naissance

Pays sélectionnés, 1999

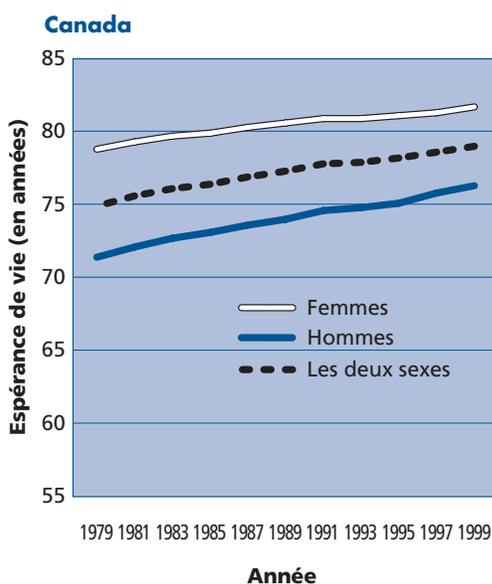


Source : Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.

Résultats : Les Canadiens ont l'une des plus longues espérances de vie au monde. En 1999, le Canada se classait au second rang pour ce qui est de l'espérance de vie par rapport aux pays industrialisés retenus.

Espérance de vie à la naissance

Selon le sexe, Canada, de 1979 à 1999

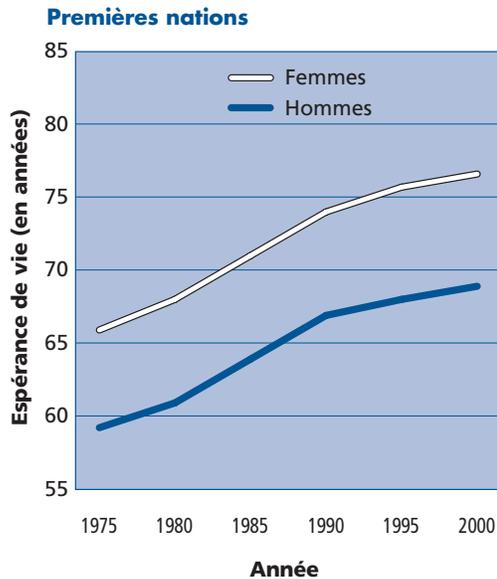


Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès, Division de la démographie (estimations de la population).

L'espérance de vie des Canadiens n'a cessé d'augmenter au cours des 25 dernières années. En 1999, elle était de 76,3 ans pour les hommes et de 81,7 ans pour les femmes.

Espérance de vie à la naissance

Selon le sexe, Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur), de 1975 à 2000



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, Données ministérielles de base – 2001.

Entre 1975 et 2000, l'espérance de vie des membres des Premières nations vivant dans les réserves et à l'extérieur s'est fortement accrue, passant de 59,2 à 68,9 ans pour les hommes et de 65,9 à 76,6 ans pour les femmes.

Commentaires : Par espérance de vie d'une population, on entend le nombre d'années qu'une personne née une année donnée peut s'attendre à vivre. Plusieurs facteurs exercent une influence sur l'espérance de vie, entre autres le niveau d'instruction, la situation socio-économique ainsi que la performance du système de santé.

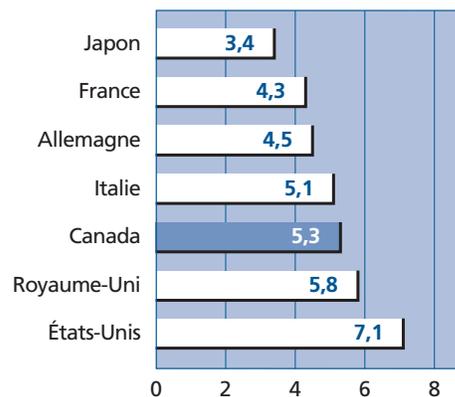
Même si l'écart entre l'espérance de vie des populations des Premières nations vivant dans les réserves et celle de la population canadienne se resserre sans cesse depuis 25 ans, il demeure préoccupant.

2. Mortalité infantile

Description : Mortalité infantile

Taux de mortalité infantile (y compris les nouveau-nés de moins de 500 grammes)

Pays sélectionnés, 1999



Décès pour 1 000 naissances vivantes

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.

Résultats : Le Canada affiche un taux de mortalité infantile comparable à celui d'autres pays industrialisés.

Le taux de mortalité infantile s'est amélioré au Canada au cours des vingt dernières années. Entre 1979 et 1999, il est passé de 10,5 à 4,4 décès par millier de naissances vivantes.

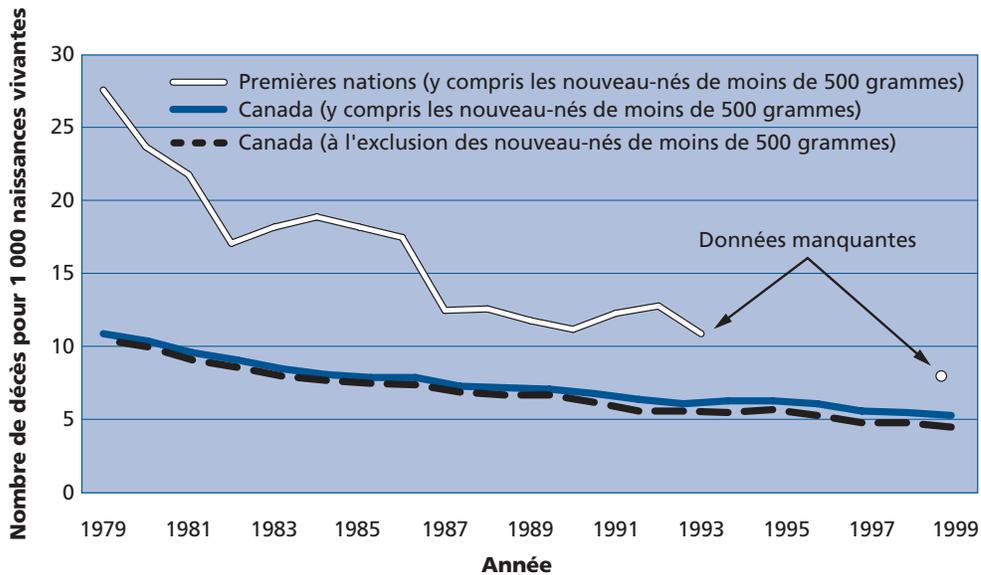
Alors que par le passé, le taux de mortalité infantile était nettement plus élevé chez les Premières nations que dans le Canada dans son ensemble, il a également régressé progressivement depuis le milieu des années 1980.

Commentaires : Le taux de mortalité infantile est une mesure utile non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être

d'une société. Il permet de comprendre l'état de santé de la population et donne une idée de l'efficacité des soins préventifs et de l'attention que suscite la santé de la mère et de l'enfant. Il est également lié au niveau de scolarité et à la situation socio-économique des mères ainsi qu'à l'usage du tabac.

Taux de mortalité infantile

Canada et Premières nations (dans les réserves*), de 1979 à 1999



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

* Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

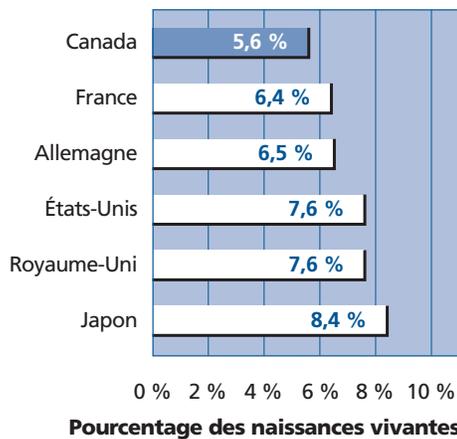
3. Faible poids à la naissance

Description : Faible poids à la naissance

Résultats : En 1999, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids au Canada était petite comparativement aux autres pays industrialisés sélectionnés.

Taux de nouveau-nés de faible poids*

Pays sélectionnés, 1999



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.

* Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes.

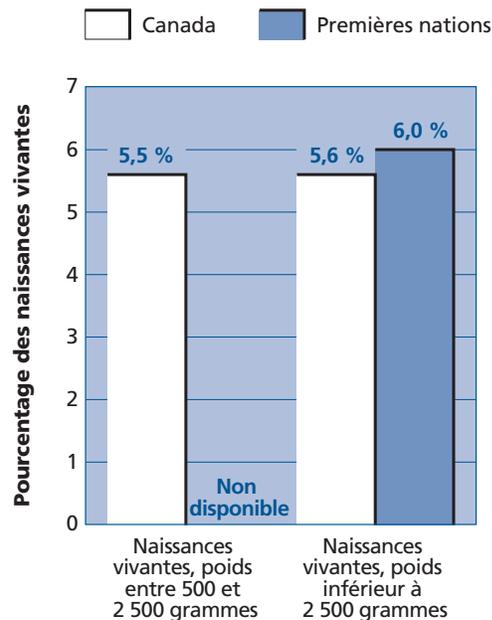
En général, les données recueillies sur le faible poids à la naissance visent les nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes, mais plus de 500 grammes. En 1999, 5,5 % des nouveau-nés de mères canadiennes avaient un faible poids à la naissance.

Si l'on tient compte des nouveau-nés de moins de 500 grammes dans le total (comme on l'a toujours fait lors de la collecte de données sur les Premières nations), le taux de faible poids à la naissance se chiffrait en 1999 à 5,6 % pour l'ensemble du Canada, par rapport à 6,0 % pour les Premières nations.

Commentaires : Le faible poids à la naissance est un indicateur de la santé générale des nouveau-nés et un déterminant important de la survie, de l'état de santé et du développement du nouveau-né. Les nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance courent un plus grand risque de mourir durant la première année de vie et, s'ils survivent, présentent un plus grand risque de handicap et de maladie. Les mères en mauvaise santé, qui ont un style de vie malsain ou qui vivent dans des conditions financières difficiles sont plus susceptibles de donner naissance à un enfant de faible poids.

Faible poids à la naissance

Canada et Premières nations
(dans les réserves*), 1999



Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

* Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

Le taux de poids élevé à la naissance est source de préoccupation parmi les populations des Premières nations, où il est presque deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général¹.

Le faible poids et le poids élevé à la naissance sont tous deux associés au diabète gestationnel et à l'obésité maternelle et à l'origine d'une fréquence plus élevée de maladie et de décès chez les nouveau-nés et de l'apparition du diabète plus tard dans la vie.

4. Auto-évaluation de la santé

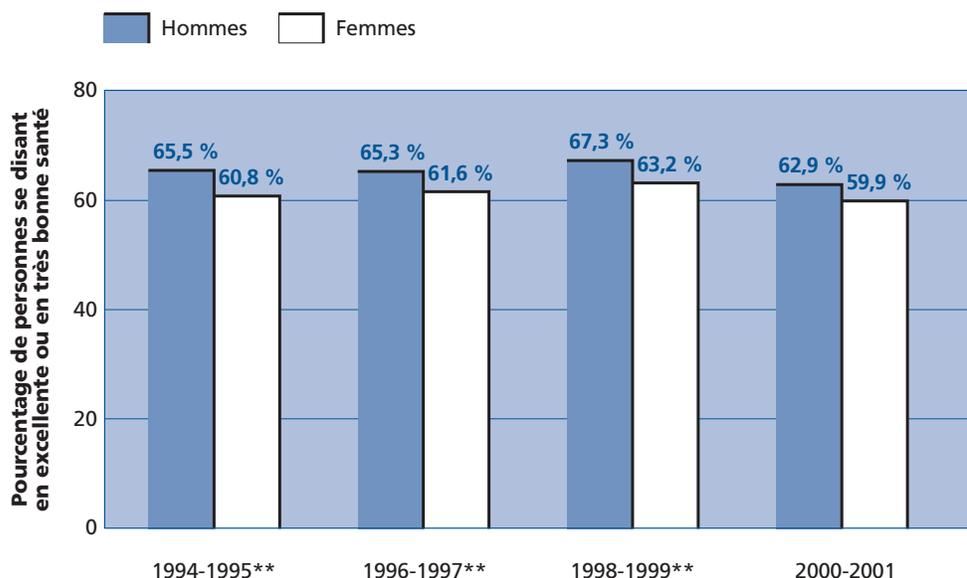
Description : Auto-évaluation de la santé

Résultats : Par rapport aux autres pays industrialisés sélectionnés, le Canada se classe deuxième après les États-Unis pour ce qui est de la proportion de population se disant en bonne ou en meilleure santé².

En 2000-2001, au Canada, 62,9 % des hommes et 59,9 % des femmes de 12 ans et plus ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé, soit une baisse par rapport à 67,3 et 63,2 % respectivement en 1998-1999.

Auto-évaluation de la santé

Selon le sexe, Canada*, de 1994-1995** à 2000-2001



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

* Comprend les personnes de 12 ans ou plus qui vivent au sein d'un ménage.

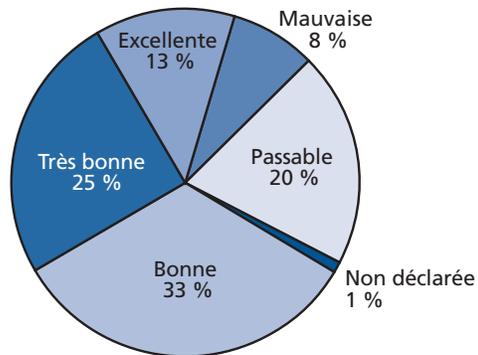
** Les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population ne comprennent pas les territoires.

¹ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

² Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.

Auto-évaluation de la santé

Pourcentage des répondants âgés de 18 ans ou plus, Premières nations (dans les réserves), 2002



Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

En 2002, 38 % des membres des Premières nations vivant dans les réserves et ayant répondu au Sondage d'opinion de l'Organisation nationale de la santé autochtone sur les soins de santé ont fait état d'une très bonne ou d'une excellente santé, tandis que 28 % qualifiaient leur santé de passable ou mauvaise.

Commentaires : L'auto-évaluation de la santé est un indicateur général de l'état de santé global des personnes. Cet indicateur peut comprendre ce que d'autres indicateurs ne couvrent pas, comme la survenue et la sévérité de la maladie et la fonction sociale et mentale.

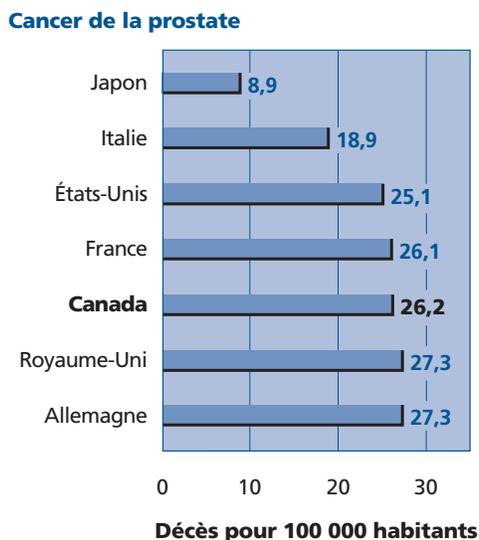
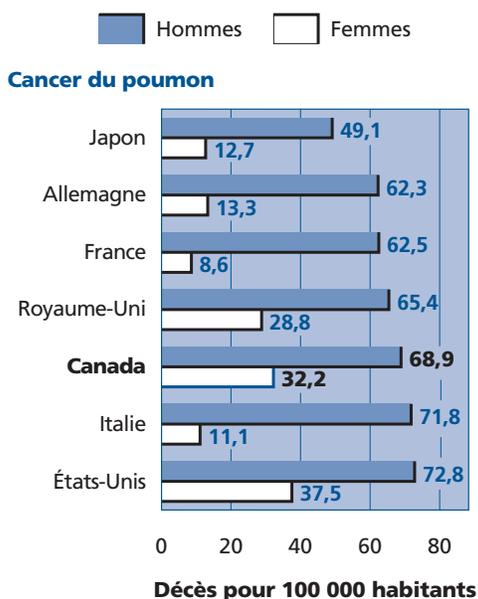
Au Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes (2000) 17 230 des 27 482 répondants membres des Forces régulières, soit 62 %, se sont déclarés en excellente ou en très bonne santé. (www.forces.gc.ca/health/engraph/home_f.asp)

Résultats en matière de santé

Les mesures des résultats en matière de santé visent à déterminer l'incidence des politiques, des programmes ou des interventions spécialisées sur la qualité de vie. Idéalement, ces interventions donnent lieu à de meilleurs résultats en matière de santé. Sans un niveau de référence et une méthode systématique de communication des résultats, il est difficile de mesurer les bienfaits de ces interventions et de faire des choix informés relativement aux procédures, à l'établissement de priorités et à l'allocation des ressources. Il y a encore beaucoup à faire pour déterminer et peaufiner les mesures dans ce domaine de façon à chiffrer et à comparer les effets d'interventions particulières.

Taux de mortalité suivant un cancer

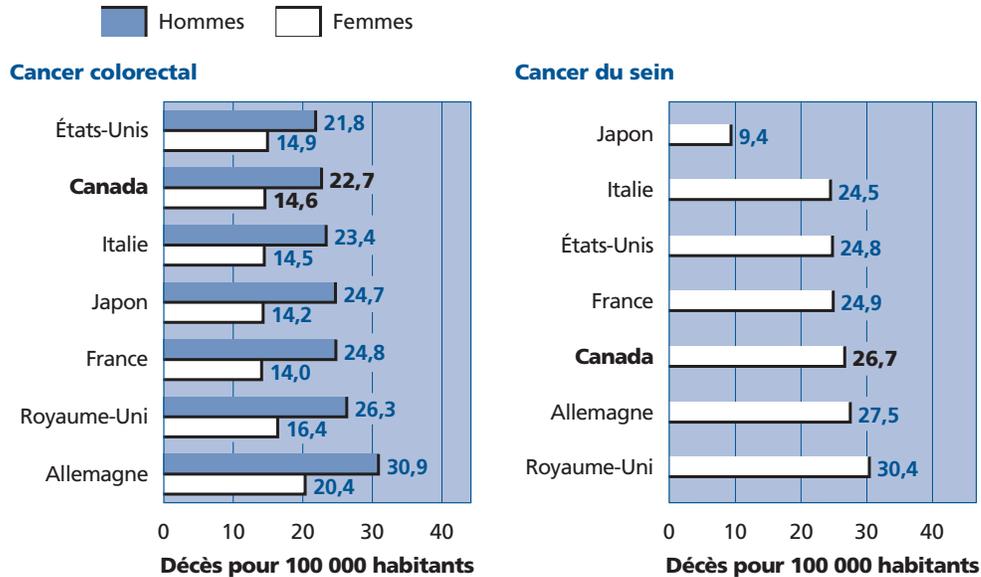
Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), pays sélectionnés, 1997



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.
Remarque : Taux normalisés selon l'âge au recensement de la population des pays membres de l'OCDE en 1980.

Taux de mortalité suivant un cancer

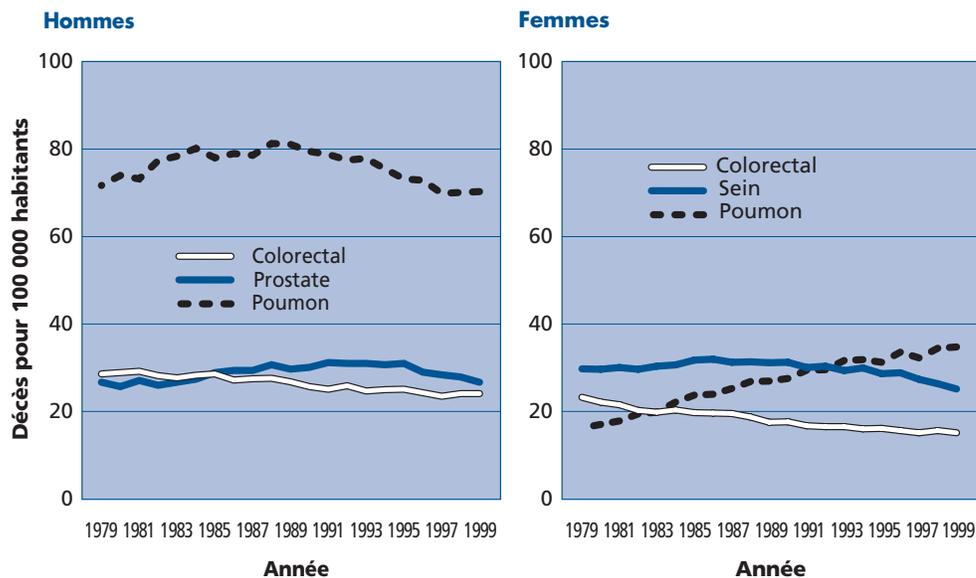
Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), pays sélectionnés, 1997



Source : Organisation de coopération et de développement économiques, données sur la santé de 2002.
Remarque : Taux normalisés selon l'âge au recensement de la population des pays membres de l'OCDE en 1980.

Taux de mortalité suivant un cancer

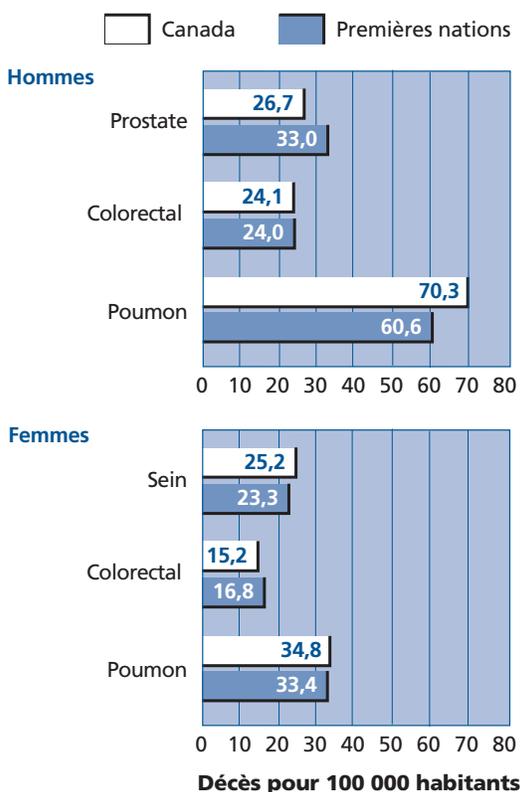
Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada, de 1979 à 1999



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), Recensement de la population du Canada de 1991.
Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

Taux de mortalité suivant un cancer

Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada et Premières nations (dans les réserves*), 1999



Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

Au Canada, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon augmente chez la femme. Il s'élevait en 1999 à 34,8 pour 100 000 habitants, par rapport à 26,9 en 1988. Cependant, il a toujours été bien inférieur au taux enregistré pour les hommes. Le taux de mortalité suivant un cancer du poumon chez l'homme régresse au Canada. En 1999, il s'élevait à 70,3 pour 100 000 habitants, par rapport à 81,3 en 1988.

Les taux de mortalité par le cancer sont généralement moins élevés dans les populations des Premières nations que dans la population canadienne, à l'exception du cancer de la prostate chez l'homme et du cancer colorectal chez la femme.

Commentaires : Les tendances dans les taux de mortalité normalisés selon l'âge peuvent indiquer le succès à long terme des efforts visant à réduire les décès causés par ces maladies. Des taux de mortalité plus bas indiquent l'efficacité du dépistage et du traitement de ces maladies.

Normalisation selon l'âge –

Procédure visant à rajuster les taux (p. ex., taux de décès) en vue d'atténuer le plus possible les effets des différences dans la composition par âge au moment de la comparaison des taux pour différentes populations.

6. Amélioration de la qualité de vie

Si l'on en croit les résultats des arthroplasties de la hanche et du genou, la qualité de vie sur le plan de la santé de la grande majorité des personnes ayant bénéficié de cette intervention s'est grandement améliorée. En raison des limites des données, les taux d'intervention en vue de remplacements articulaires servent d'indicateurs de substitution pour la qualité de vie sur le plan de la santé.

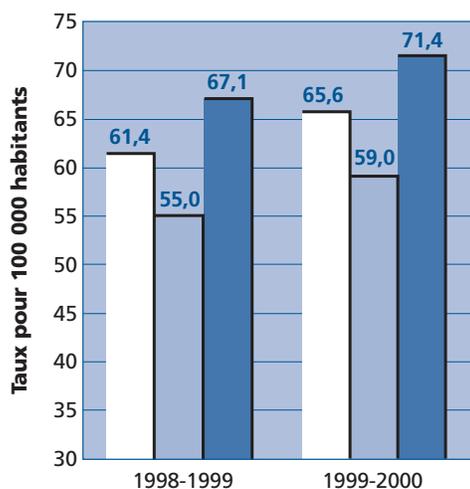
Description : Taux d'arthroplasties complètes du genou

Résultats : Au Canada, le taux d'arthroplasties du genou est passé de 61,4 en 1998-1999

Taux d'arthroplasties du genou

Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada, 1998-1999 et 1999-2000

Les deux sexes Hommes Femmes



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement de la population du Canada de 1991. Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

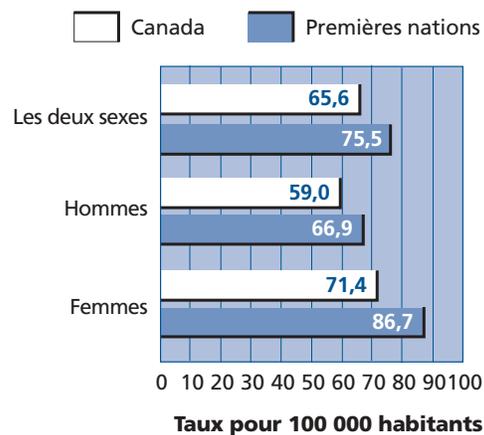
à 65,6 pour 100 000 habitants en 1999-2000, et il est plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

En 1999, on observait dans les populations des Premières nations un taux d'arthroplasties du genou plus élevé que dans la population canadienne en général.

Commentaires : Selon les résultats d'études récentes, la qualité de vie sur le plan de la santé s'améliore grandement pour la majorité des personnes ayant bénéficié d'une arthroplastie du genou. De même, selon une étude, plus de 94 % des personnes ayant bénéficié d'une arthroplastie de la hanche ont fait état d'une diminution de la douleur et de la raideur ainsi que d'une amélioration du fonctionnement général³.

Taux d'arthroplasties du genou

Selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada* et Premières nations (dans les réserves), 1999



Sources : Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada et Recensement de la population du Canada de 1991; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes. Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Données canadiennes pour l'exercice 1999-2000.

³ Charles J. Wright et Yoel Robens-Paradise, *Evaluation of Indications and Outcomes in Elective Surgery*, mai 2001.

7. Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures

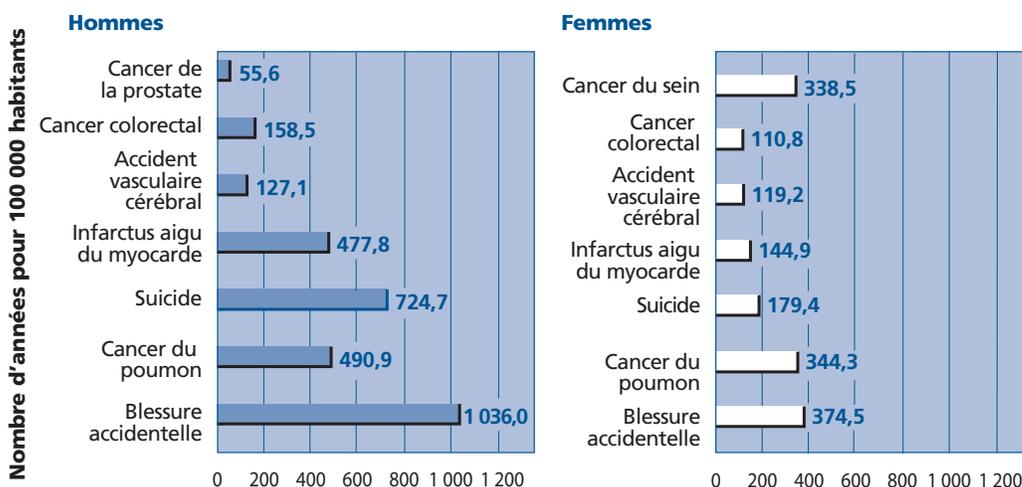
Description : Années potentielles de vie perdues

Résultats : Dans l'ensemble de la population canadienne en 1999 et parmi les causes présentées, les blessures accidentelles étaient à l'origine du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants chez les hommes (1 036 années), suivies par les suicides (725 années), le cancer du poumon (491 années), les infarctus aigus du myocarde (478 années), les accidents vasculaires cérébraux (127,1 années), le cancer colorectal (158,5 années) et le cancer de la prostate (55,6 années).

(491 années) et l'infarctus aigu du myocarde (478 années). Pour les femmes, les blessures accidentelles étaient également à l'origine du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants (375 années), suivies par le cancer du poumon (344 années), le cancer du sein (339 années) et les suicides (179 années). Le nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants est plus élevé pour les hommes que pour les femmes pour l'ensemble des causes présentées. La différence est particulièrement élevée pour l'infarctus aigu du myocarde, les blessures et le suicide.

Années potentielles de vie perdues

Selon le sexe, causes de décès sélectionnées, Canada, 1999

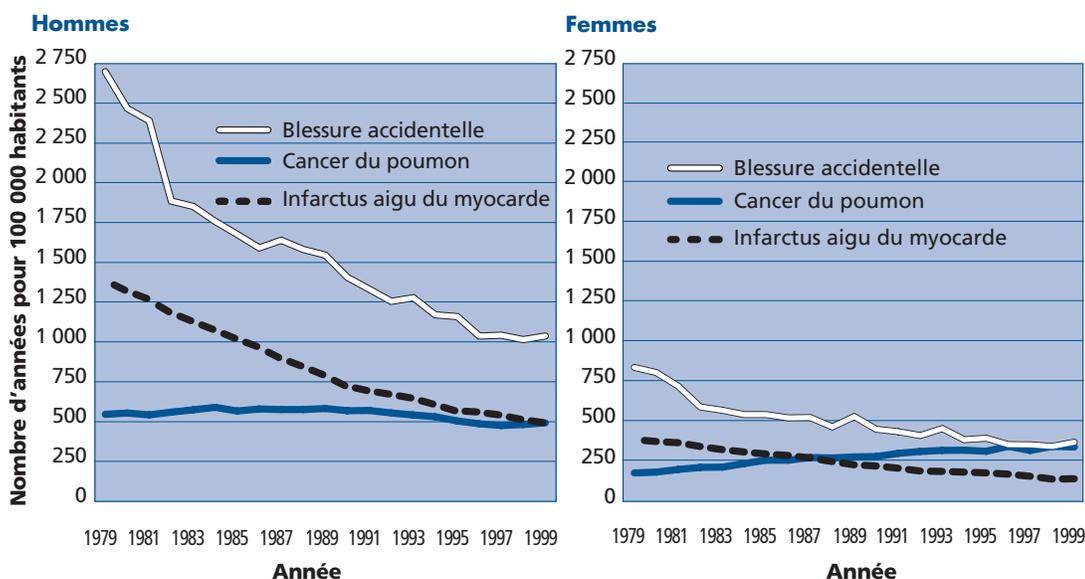


Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population).

Remarque : Les taux sont calculés pour la population âgée de 0 à 74 ans.

Années potentielles de vie perdues

Selon le sexe, causes de décès sélectionnées, Canada, de 1979 à 1999



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

Remarque : Les taux sont calculés pour la population âgée de 0 à 74 ans.

Au Canada, entre 1979 et 1999, le nombre d'années potentielles de vie perdues à cause par exemple de blessures accidentelles et d'un infarctus aigu du myocarde a considérablement diminué. Le recul est plus important pour les hommes que pour les femmes. Le nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants en raison du cancer du poumon a lentement diminué chez les hommes et s'est accru chez les femmes.

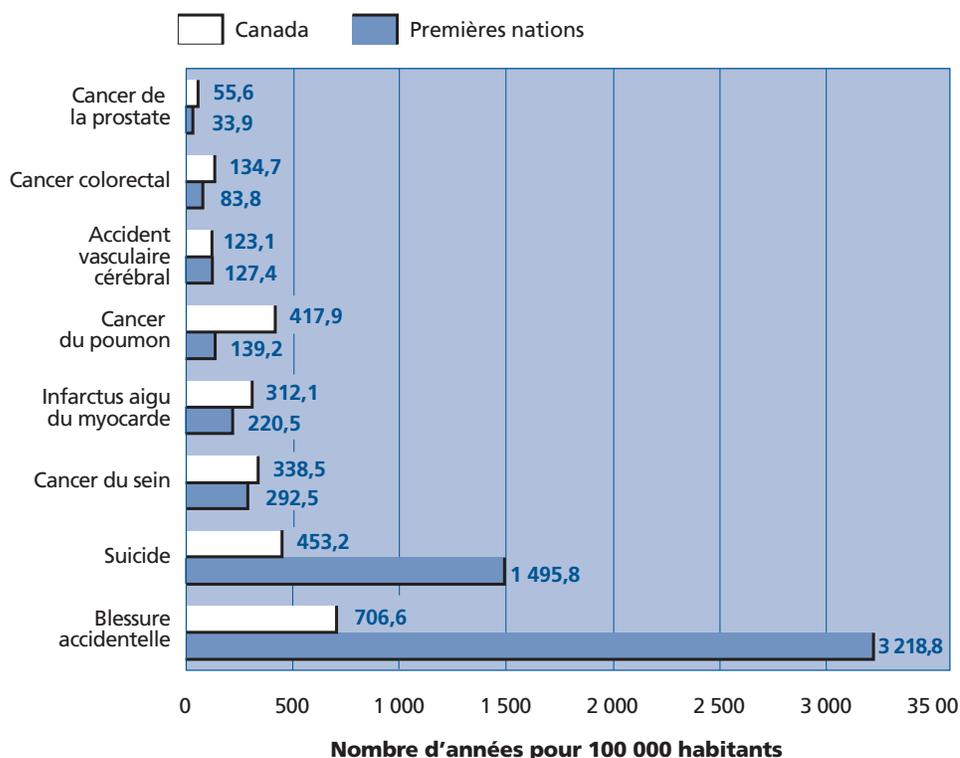
Par rapport à la population canadienne en général, les populations des Premières nations perdent environ cinq fois plus d'années potentielles de vie pour

100 000 habitants à cause de blessures accidentelles et trois fois plus à cause du suicide. Pour la plupart des autres causes, qui touchent généralement les populations plus âgées, le nombre d'années potentielles de vie perdues est moins élevé pour les Premières nations.

Commentaires : Les années potentielles de vie perdues représentent le nombre total d'années non vécues en raison de la mort « prématurée » d'habitants (dans ce cas, avant 75 ans). Une tendance à la baisse reflète le succès de la prévention des décès prématurés au sein de la population.

Années potentielles de vie perdues

Causes de décès sélectionnées, Canada et Premières nations (dans les réserves*), 1999



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population); Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes. Remarque : Les taux sont calculés pour la population âgée de 0 à 74 ans.

* Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

Prévalence du diabète

Description : Prévalence du diabète

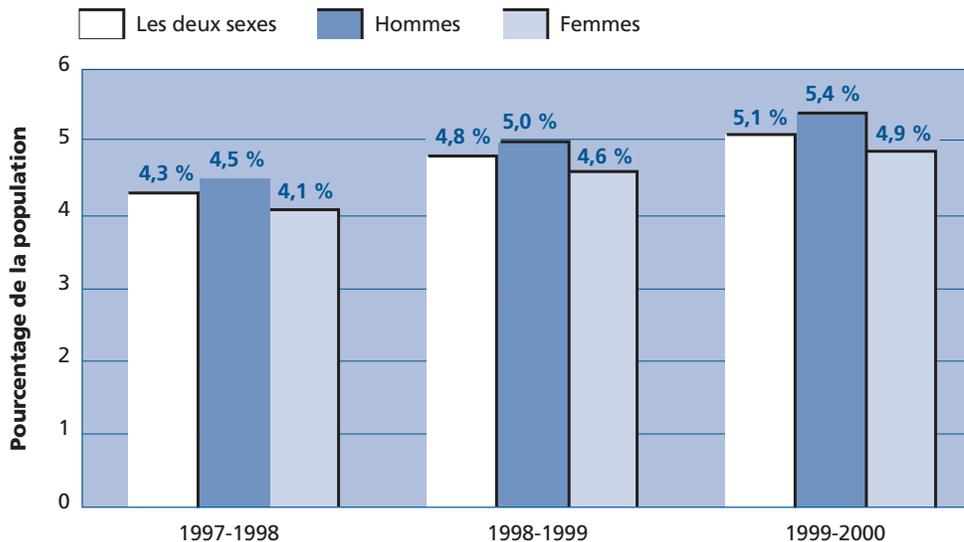
Résultats : D'après les données provisoires fournies pour 1997-1998 à 1999-2000, la prévalence du diabète parmi les Canadiens âgés de 20 ans ou plus augmente. En 1999-2000, 5,4 % des hommes et 4,9 % des femmes étaient diabétiques au Canada. Il s'agit d'une hausse par rapport à 1997-1998, où les taux étaient de 4,5 % pour les hommes et de 4,1 % pour les femmes.

Dans une récente enquête commandée par Santé Canada⁴, on a estimé à 9,7 % la prévalence déclarée du diabète chez les répondants des Premières nations, ce qui donne à penser que la prévalence du diabète au sein des populations des Premières nations est de deux à trois fois plus élevée que dans la population canadienne dans son ensemble. Cependant, les taux de diabète au sein des populations des Premières nations vivant dans les réserves peuvent grandement varier selon l'âge, le sexe

⁴ Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

Prévalence du diabète

Selon le sexe, personnes âgées de 20 ans ou plus, Canada*, de 1997-1998 à 1999-2000



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

Remarque : Les données sont provisoires.

* Les données fournies pour le Canada excluent le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

et la collectivité. Selon des études antérieures, dans certains cas, la prévalence du diabète peut atteindre 30 %⁵.

Commentaires : Les données sur la population canadienne proviennent du Système national de surveillance du diabète. Comme il s'agit d'un nouveau système de données, il est possible que la prévalence initiale soit sous-estimée. Ces données sont provisoires et l'on s'attend à une amélioration de la qualité des données au cours des prochaines années.

Prévalence – Nombre de cas d'une certaine maladie, à un moment donné ou au cours d'une période donnée, dans une population déterminée.

Qualité du service

Les indicateurs de cette catégorie reflètent plusieurs aspects de la qualité, comme l'accessibilité (le service est facilement accessible et offert dans un délai d'attente raisonnable), l'acceptabilité (le service fourni satisfait les besoins des clients), la pertinence (le service est offert dans un milieu de soins adéquat) et l'efficacité (une intervention efficace en matière de soins de santé a été fournie). Les données sont limitées et ces indicateurs ne portent pas sur tous les aspects de la qualité du service. Elles sont tirées des données administratives ou de l'information provenant de sondages.

⁵ T.K. Young, J. O'Neil, B. Elias, et coll, « Chronic Diseases » dans : *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.

8. Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement

Description : Temps d'attente déclaré pour la consultation avec des spécialistes, les services de diagnostic et la chirurgie

Résultats : Le temps d'attente médian déclaré pour consulter un spécialiste ou bénéficier d'une chirurgie non urgente est de 4,3 semaines au Canada. Le temps d'attente médian signalé pour certains services de diagnostic est de 3 semaines. Moins de 20 % des personnes qui ont dû attendre pour obtenir des services spécialisés ont indiqué que cette attente avait nui à leur vie⁶.

Service	Temps d'attente médian* (en semaines)
Certains tests diagnostiques	3,0**
Consultations avec des spécialistes	4,3
Chirurgies non urgentes	4,3

Source : Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

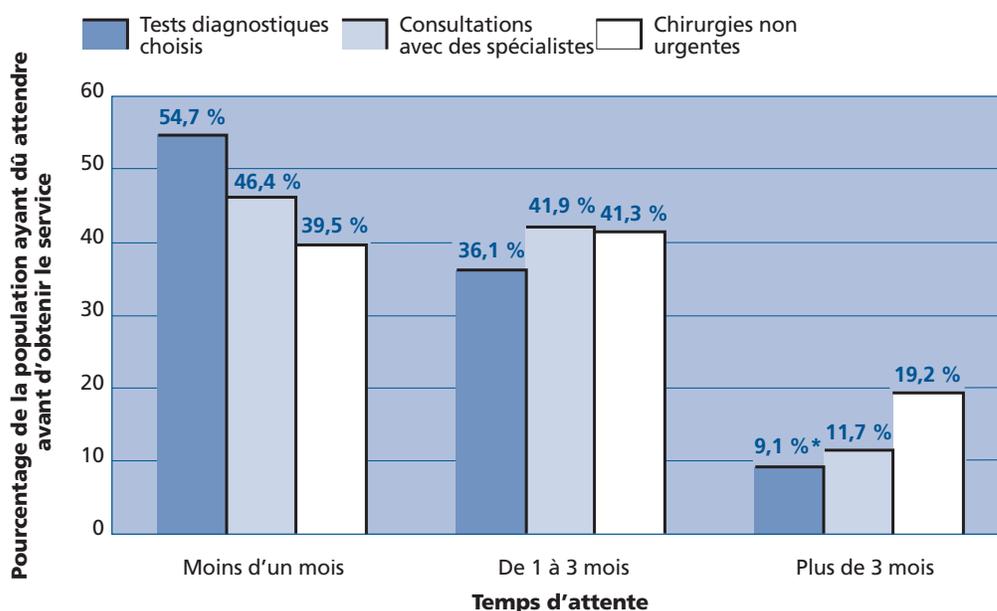
* Temps d'attente médian : La moitié ont attendu plus longtemps et l'autre moitié, moins longtemps.

** Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

Commentaires : Ce n'est que depuis peu qu'on utilise au Canada les dossiers administratifs pour recueillir et rendre compte systématiquement de l'information sur le temps d'attente. Les administrations travaillent à l'élaboration de méthodes comparables et uniformes, en particulier des approches qui mesurent les temps d'attente selon la gravité de la maladie.

Distribution du temps d'attente

Selon la durée du temps d'attente, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

* Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

⁶ Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

Pour obtenir de l'information sur l'accès et le temps d'attente à l'échelle nationale, Statistique Canada a mené une enquête spéciale auprès des ménages en 2001 (*Enquête sur l'accès aux services de soins de santé au Canada*).

Pour les populations des Premières nations, les soins primaires sont assurés dans la réserve et les actes nécessitant une hospitalisation sont posés dans les hôpitaux provinciaux. Comme l'information sur l'hospitalisation est saisie dans les bases de données administratives provinciales, il est difficile d'évaluer les listes d'attente. Cependant, selon les données préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, 78 % des répondants des Premières nations

vivant dans une réserve avaient accès à une infirmière et 59 % avaient facilement accès à un médecin de famille.

9. Satisfaction des patients

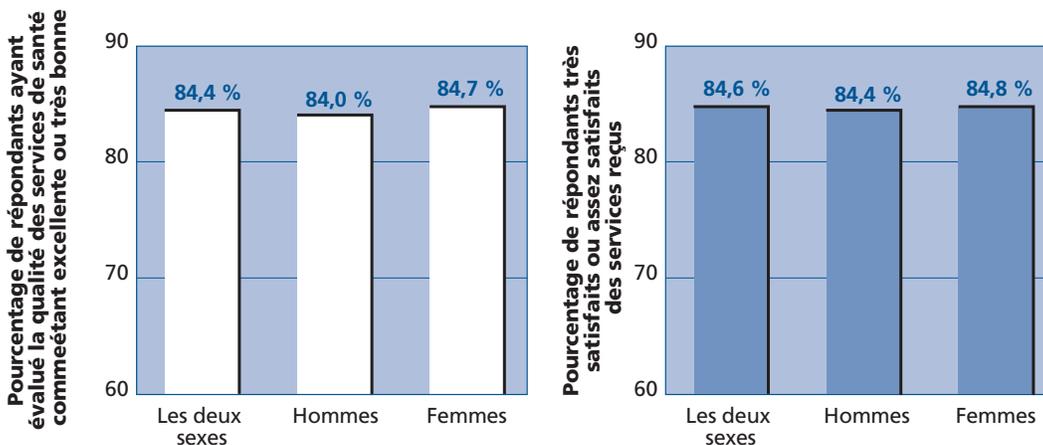
Description : Satisfaction des patients

Résultats : En 2000-2001, 84,4 % des Canadiens ont qualifié d'excellente ou de très bonne la qualité générale des services de santé qu'ils avaient reçus, et 84,6 % ont déclaré être très satisfaits ou assez satisfaits de ces services.

Selon les données préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé (2002), 66 % des répondants des Premières nations vivant dans une réserve jugeaient

Satisfaction des patients – Ensemble des services de santé reçus

Selon le sexe, Canada, 2000-2001



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

Remarque : Données exprimées en pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus au sein d'un ménage, qui a indiqué avoir obtenu des services de santé au cours des 12 derniers mois.

que les soins de santé reçus au cours de l'année précédente avaient été bons ou excellents, et seulement 9 % les ont qualifiés de médiocres.

Commentaires : Les indicateurs pour la population canadienne dans son ensemble s'appliquent aux adultes (15 ans ou plus au sein d'un ménage) ayant

bénéficié de services de santé au cours d'une période de référence de 12 mois. Ces personnes ont évalué les services de santé généraux qu'ils ont reçus, les services reçus à l'hôpital, les services reçus d'un médecin de famille ou d'autres médecins et les services communautaires.

Le **ministère des Anciens Combattants** administre des établissements comptant plus de 6 700 « lits d'accès en priorité » au Canada, dont 710 lits à son hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, au Québec. Quelque 5 300 anciens combattants y reçoivent des soins, et plus de 3 000 anciens combattants sont soignés dans les quelque 1 500 centres hospitaliers de longue durée de leur collectivité dans le cadre du **Programme pour l'autonomie des anciens combattants**, programme national communautaire de soins à domicile et de soins de longue durée. Selon les résultats au sondage de 2000-2001, le taux de satisfaction global des clients s'établissait à 93 %⁷.

Forces canadiennes

Selon le Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes (2000) (www.forces.gc.ca/health/engraph/home_f.asp) :

- 38 % des membres des Forces régulières sont convaincus que le système médical des Forces canadiennes a suffisamment de connaissances au sujet des questions de santé et de bien-être auxquelles font face les membres des Forces canadiennes;
- 35 % des membres des Forces régulières sont très d'accord ou d'accord pour se déclarer satisfaits de l'information sur la santé personnelle transmise par les fournisseurs du système médical des Forces canadiennes;
- 33 % des membres des Forces régulières ont confiance dans le niveau des soins fournis;
- 26 % des membres des Forces régulières sont d'avis qu'ils n'ont pas reçu un service de santé requis au cours des 12 mois précédents.

⁷ Ministère des Anciens Combattants, Visit with a Veteran in a Priority Access/Contract or Community Facility and Visit with a Family Member of a Veteran in a Priority Access/Contract or Community Facility Survey (2000-01).

10. Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée

Description : Réadmission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde

Résultats : Au Canada, le taux triennal moyen de réadmission par suite d'un infarctus aigu du myocarde s'établissait à 7,3 % en 1997-1999⁸.

Description: Réadmission à l'hôpital pour une pneumonie

Résultats : Au Canada, le taux triennal moyen de réadmission par suite d'une pneumonie s'établissait à 3,3 % en 1997-1999⁹.

11. Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, sept jours par semaine

Description : Taux de personnes ayant un médecin de famille régulier

Résultats : Au Canada, 87,7 % des répondants ont indiqué avoir un médecin de famille en 2001¹⁰.

Selon les données préliminaires provenant du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, 77 % des membres des Premières nations vivant dans une réserve ont un médecin de famille.

Description : Estimation de la population ayant eu de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi, des informations ou des conseils en matière de santé et des soins immédiats pour un problème de santé mineur

Résultats : Selon les résultats du sondage de 2001, 93,7 % des membres de la population canadienne ont cherché à obtenir au moins un type de service de première ligne au cours de la période de 12 mois précédant le sondage pour eux-mêmes ou un membre de leur famille.

Environ 4,3 millions de Canadiens ont indiqué avoir eu de la difficulté à obtenir des services de soins de première ligne : 2,5 millions de personnes aux soins de routine, 1,5 million à des informations ou des conseils en matière de santé et 1,6 million à des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Certains ont fait état de difficulté à obtenir plus d'un service.

Le tableau ci-après présente le pourcentage de la population ayant eu besoin de ces services et ayant fait état de difficulté à les obtenir durant les heures normales de travail, en soirée et durant les fins de semaine ainsi qu'en pleine nuit.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

Type de service	Heures normales de travail	Soirées et fins de semaine	Nuits
Services de santé de routine ou de suivi	8,6 %	8,1 %	s.o.
Informations ou conseils en matière de santé	10,1 %	10,6 %	5,5 %*
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	11,4 %	16,4 %	12,4 %*

Source : Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

* Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

Selon les données préliminaires tirées du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, 17 % des répondants ont indiqué qu'au cours des 12 derniers mois, il leur était arrivé d'avoir besoin de services de santé, mais qu'ils ne les avaient pas reçus. Les principales raisons mentionnées étaient les suivantes : temps d'attente trop long, services non offerts dans la région et services non offerts au moment voulu.

Commentaires : Les services de santé offerts 24 heures par jour, sept jours par semaine comprennent des informations et des conseils et des services de traitement direct, lesquels peuvent être obtenus par le service de première ligne offert par le système de santé, en vue de répondre aux besoins immédiats ou quotidiens en matière de santé.

Les populations des Premières nations peuvent généralement avoir rapidement accès à des soins pour des problèmes non urgents grâce aux postes locaux de soins infirmiers. Les états plus graves requièrent souvent le transport vers un hôpital provincial ou d'autres établissements de traitement.

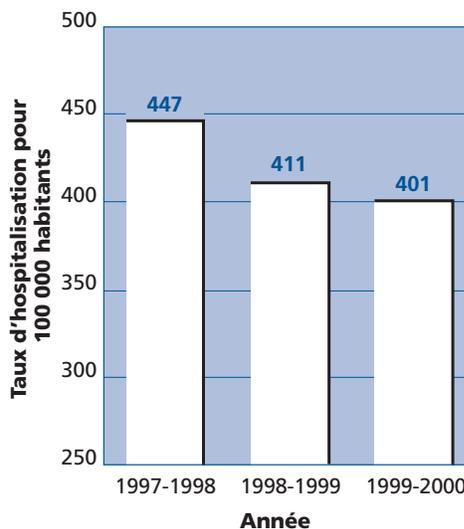
12. Soins à domicile et soins communautaires

Description : Affections sensibles aux soins ambulatoires

Résultats : Au Canada, le nombre d'hospitalisations pour des affections sensibles aux soins ambulatoires a diminué au cours des dernières années, passant de 447 pour 100 000 habitants en 1997-1998 à 401 en 1999-2000.

Affections sensibles aux soins ambulatoires

Taux normalisés selon l'âge, Canada, de 1997-1998 à 1999-2000



Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Recensement de la population du Canada de 1991.
Remarques : Taux pour 100 000 habitants.
Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

Commentaires : Les affections sensibles aux soins ambulatoires, comme l'asthme et le diabète, sont des troubles chroniques qui peuvent souvent être gérés à l'aide d'un traitement rapide et efficace dans la collectivité, sans qu'il y ait hospitalisation.

Les taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires constituent un indicateur d'accès adéquat aux soins communautaires.

D'après les données provinciales provenant de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada estime que le taux d'hospitalisation pour des affections sensibles aux soins ambulatoires est quatre fois plus élevé dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ou à l'extérieur (1 807 pour 100 000 habitants en 1997-1998) que pour la population canadienne dans son ensemble.

Depuis 1981, le **ministère des Anciens Combattants** administre le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, programme national communautaire de soins à domicile et de longue durée, en offrant des soins autogérés d'après une évaluation des besoins, l'établissement d'un plan d'intervention et un suivi. En 2001, le programme a assuré des services à quelque 69 000 anciens combattants.

Incidence – Nombre de nouveaux cas de maladie qui se déclarent ou de personnes tombant malade, durant une période donnée, au sein d'une population déterminée.

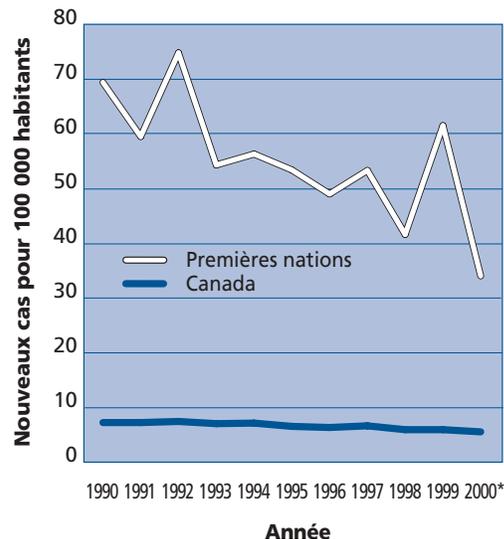
13. Surveillance et protection de la santé publique

Description : Taux d'incidence de la tuberculose

Résultats : L'incidence de la tuberculose au sein de la population canadienne a été relativement faible et stable au cours de la dernière décennie. En 2000, le taux s'établissait à 5,5 cas pour 100 000 habitants.

Nombre de nouveaux cas de tuberculose

Canada et Premières nations (dans les réserves), de 1990 à 2000*



Sources : Santé Canada, Système de déclaration des cas de tuberculose; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.
* Les données de 2000 sont préliminaires.

En revanche, le taux d'incidence de la tuberculose au sein de la population des Premières nations vivant dans les réserves est de 8 à 10 fois plus élevé que pour la population canadienne. Les programmes d'éradication de la tuberculose ont porté fruit. Cependant, on observe encore des foyers limités, en particulier dans l'Ouest canadien et dans les territoires.

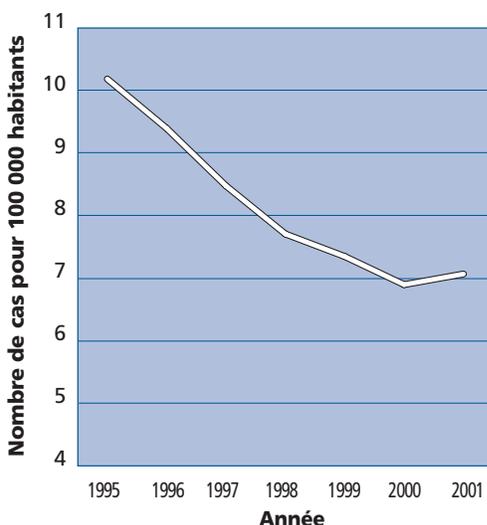
Description : Diagnostics d'infection par le VIH déclarés

Résultats : Par rapport à d'autres pays industrialisés, le Canada affiche un taux de diagnostics d'infection par le VIH déclarés qui se trouve au milieu de la fourchette. Selon les Centers for Disease Control and Prevention, le taux de cas d'infection par le VIH récemment diagnostiqués aux États-Unis atteint près de deux fois le taux canadien¹¹.

Entre 1995 et 2000, les déclarations de tests positifs pour le VIH ont reculé au Canada, passant de 10,2 à 6,9, mais ont augmenté en 2001 pour s'établir à 7,1 pour 100 000 habitants.

Nombre de tests positifs signalés pour le VIH

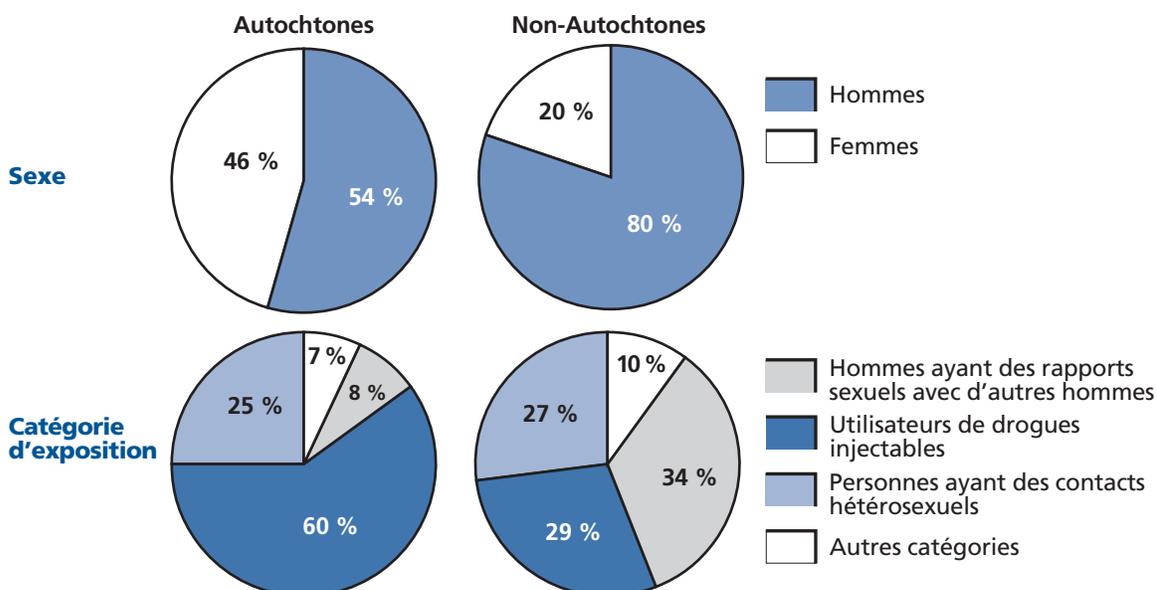
Canada, de 1995 à 2001



Source : Santé Canada, *Le VIH et le sida au Canada*, rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001.

Rapports de séropositivité produits pour les Autochtones et les non-Autochtones

Selon le sexe et la catégorie d'exposition, Canada, 1998-2001***



Source : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : une question pressante », *Actualités en épidémiologie VIH/sida*, avril 2002.

* Les provinces où l'on tient compte de l'appartenance ethnique sont la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Alberta, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

** Les données visent les années 1998 à 2001 inclusivement.

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report* 13, n° 1, 2001. Nota : Les données relatives aux États-Unis proviennent de 34 États qui font état des cas d'infection par le VIH.

Le **Service correctionnel du Canada** fait face à des pressions accrues afin de fournir une gamme complexe de services de santé aux détenus, dont un nombre accru souffrent au moment de leur incarcération de plusieurs problèmes de santé graves créés ou amplifiés par la toxicomanie ou attribuables aux maladies chroniques, aux problèmes de santé mentale et à de mauvaises habitudes en matière de santé. Le taux d'incidence du VIH et de l'hépatite C chez les détenus des établissements fédéraux est beaucoup plus élevé que dans la population canadienne dans son ensemble. Par exemple, on sait qu'à peu près 2 % des détenus sont infectés par le VIH¹², alors qu'en 1999, le taux estimatif de prévalence pour la population canadienne était d'environ 0,2 %¹³. Au moment de leur incarcération, environ 70 % des détenus ont des problèmes de toxicomanie, 18 % ont déjà été hospitalisés dans un établissement psychiatrique et 9 % font l'objet d'un diagnostic psychiatrique.

Au sein des populations autochtones, près de la moitié des personnes ayant été déclarées séropositives pour le VIH sont des femmes. Au sein de la population non autochtone, 80 % des déclarations de tests positifs pour le VIH visent des hommes. La population autochtone compte une plus grande proportion de cas attribuée à la consommation de drogues injectables et une plus petite proportion de cas attribuée aux contacts sexuels entre hommes que la population non autochtone. La proportion annuelle de cas de sida attribuée à des Autochtones est passée de moins de 1 % avant 1990 à 10 % en 1999¹⁴.

Commentaires : On ne dispose de données que pour les personnes qui se sont présentées pour passer des tests et qui ont été déclarées à Santé Canada. Par conséquent, les données sous-estiment le nombre total de personnes infectées par le VIH.

Description : Taux d'incidence de la chlamydie

Résultats : Entre 1995 et 2001, l'incidence de la chlamydie s'est accrue au Canada, passant de 126,8 à 161,0 cas pour 100 000 habitants. Le taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Selon les chiffres préliminaires pour 2001, ce sont les femmes de 15 à 19 ans qui affichent le taux déclaré le plus élevé, soit presque six fois le taux national pour les femmes.

En 1999, les taux d'incidence de la chlamydie déclarée dans les populations des Premières nations vivant dans les réserves étaient sept fois plus élevés que dans la population canadienne en général.

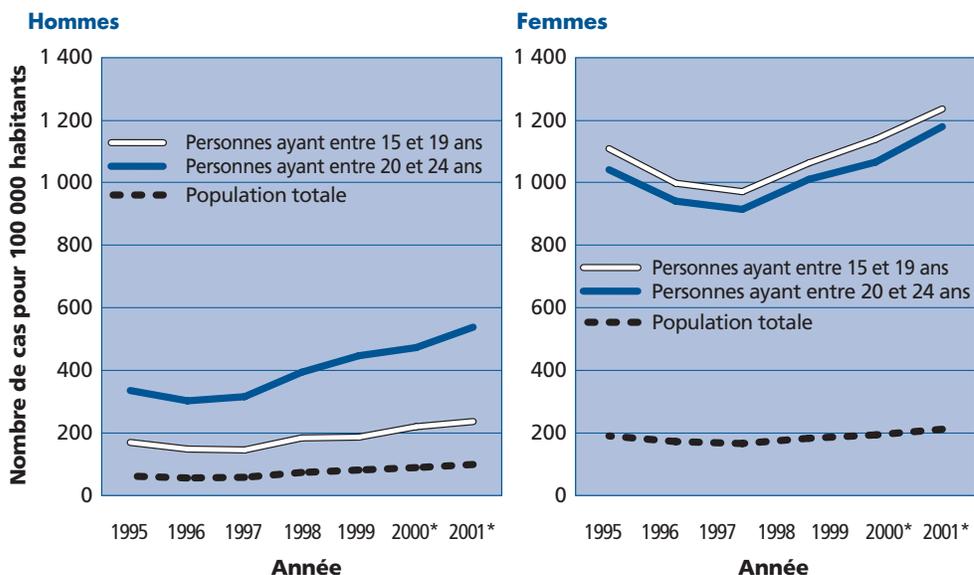
¹² Service correctionnel du Canada, Division des services de santé, administration centrale, statistiques mensuelles non publiées, 2001.

¹³ Santé Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, avril 2002.

¹⁴ *Ibidem*.

Cas de chlamydie

Selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Canada, de 1995 à 2001*



Source : Santé Canada, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

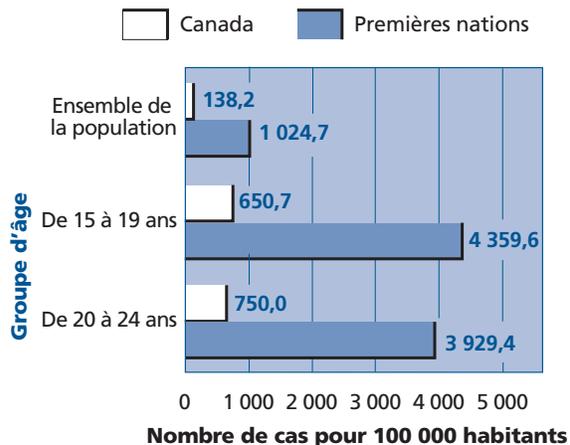
* Les données de 2000 et de 2001 sont préliminaires et susceptibles d'être modifiées.

Commentaires : La chlamydie constitue une maladie transmissible sexuellement courante, qui peut provoquer l'infertilité chez la femme ainsi que des grossesses ectopiques. En 1997, de nouveaux tests de diagnostic ont vu le jour, ce qui explique en partie l'accroissement des taux d'incidence.

Le nombre de cas déclarés est moins élevé chez les hommes que chez les femmes pour trois raisons possibles. Tout d'abord, les hommes ont tendance à éviter une intervention médicale en cas de chlamydie; deuxièmement, les hommes ont moins de possibilités de dépistage que les femmes; et troisièmement, ils sont moins enclins à subir des tests. Comme pour la plupart des maladies transmissibles sexuellement, les chiffres présentés sous-estiment peut-être les taux réels.

Cas de chlamydie

Selon le groupe d'âge, Canada et Premières nations (dans les réserves), 1999



Sources : Santé Canada, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes. Remarque : Les données pour les Premières nations couvrent toutes les régions à l'exception de l'Alberta et de certaines parties du Québec et de l'Ontario.

14. Promotion de la santé et prévention des maladies

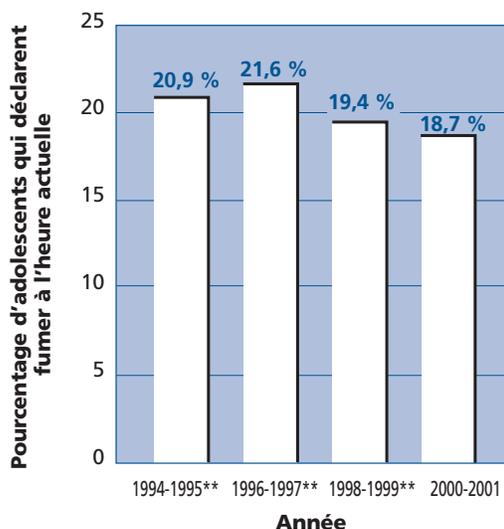
Description : Pourcentage d'adolescents qui fument à l'heure actuelle

Résultats : La prévalence du tabagisme chez les adolescents demeure élevée, environ un jeune sur cinq (âgés de 12 à 19 ans) déclarant fumer.

En 2000-2001, 19,8 % des jeunes filles ont déclaré fumer par rapport à 17,6 % des jeunes gens.

Adolescents qui fument à l'heure actuelle

Canada*, de 1994-1995 à 2000-2001



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

* Comprend les personnes ayant entre 12 et 19 ans.

** Les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population ne comprennent pas les territoires.

Commentaires : Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes effectuée en 2001, 39,3 % des non-fumeurs âgés de 12 à 19 ans ont déclaré être exposés à la fumée secondaire.

Le tabagisme est l'une des principales causes de maladies et de décès évitables au Canada. Selon les résultats récents de l'Enquête de la surveillance de l'usage du tabac au Canada (effectuée par Statistique Canada pour Santé Canada), le taux de tabagisme au sein de la population canadienne en général continue de baisser. En 2001, 5,4 millions de personnes (ou 22 % de la population âgée de 15 ans ou plus) étaient des fumeurs, comparativement à 24 % en 2000 et à 25 % en 1999. La majorité des nouveaux fumeurs étant des adolescents, il importe de comprendre le processus au tabagisme et de surveiller la qui mène prévalence chez les jeunes Canadiens.

En 2002, 48,3 % des répondants des Premières nations vivant dans les réserves (âgés de 18 ans ou plus) participant à l'enquête commandée par Santé Canada¹⁵ ont signalé fumer.

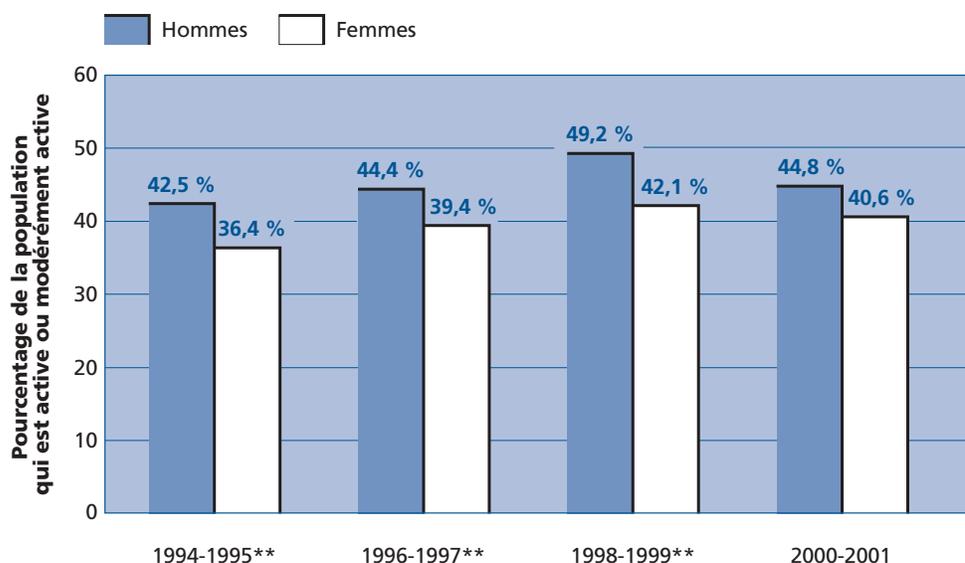
Description : Activité physique

Résultats : Pour chaque année présentée, le nombre de Canadiens ayant signalé faire de l'exercice régulièrement est plus élevé que celui des Canadiennes. En 2000-2001, 44,8 % des Canadiens ont signalé être actifs ou modérément actifs, par rapport à 40,6 % des Canadiennes.

¹⁵ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, analyse secondaire d'Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

Activité physique

Selon le sexe, Canada*, de 1994-1995 à 2000-2001



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

* Comprend les personnes de 12 ans ou plus qui vivent au sein d'un ménage.

** Les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population ne comprennent pas les territoires.

Dans une enquête de Santé Canada commandée en 2002¹⁶, la majorité (76,4 %) des répondants des Premières nations vivant dans les réserves se sont déclarés en très bonne forme ou en forme, tandis que seulement 5,4 % se sont déclarés en mauvaise forme.

Selon le Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes (2000), 36 % des membres des Forces régulières étaient actifs physiquement et 27 % l'étaient de manière modérée.

Commentaires : L'activité physique est associée à toute une série de bienfaits pour la santé, entre autres pour la santé du cœur, et réduit les risques de dépression.

Les données de 2000-2001 fournies pour la population canadienne proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et, pour la première fois, comprennent des données provenant des territoires et des provinces.

Les niveaux d'activité physique sont définis d'après les unités de kilocalories/kilogramme/jour (KKJ), où 1 KKJ correspond à peu près à l'énergie dépensée pour marcher ou courir un kilomètre. La proportion de population considérée comme faisant régulièrement de l'exercice physique incluait les personnes *actives* (dépensant au moins 3 KKJ) ou *modérément actives* (dépensant entre 1,5 et 2,9 KKJ).

¹⁶ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, analyse secondaire d'Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

INFORMATION SUR LA SANTÉ – DÉFIS ET PROCHAINES ÉTAPES

Chaque année, on recueille de grandes quantités d'information sur la santé des Canadiens, entre autres des statistiques de l'état civil comme les naissances et les décès, de l'information sur les services de première ligne et de l'information en dehors du secteur traditionnel de la santé sur des questions importantes comme les accidents de la route avec blessés, les maladies infectieuses et transmissibles, le logement et l'emploi. Ces données sont recueillies par le truchement des systèmes administratifs des hôpitaux, des systèmes de surveillance qui détectent les nouveaux problèmes de santé et dans le cadre des enquêtes locales, provinciales et nationales sur la santé.

Par le passé, la collecte de statistiques sur la santé de la population a été sporadique au Canada. On n'a pas encore établi de méthode détaillée, à long terme, entièrement coordonnée et pleinement financée visant la collecte de ces statistiques. Il reste encore beaucoup à faire pour élaborer, recenser et rendre compte des données de manière uniforme et comparable et pour améliorer la qualité de l'information.

L'Institut canadien d'information sur la santé travaille avec les administrations pour s'appuyer sur les données administratives produites par le système de santé afin d'établir et de rendre compte des indicateurs de rendement du système de santé. Statistique Canada peaufine son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour offrir de l'information ciblée et en temps opportun à l'échelle

régionale. Les administrations travaillent seules ou ensemble pour améliorer ces mesures et en rendre compte. Le travail du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, qui a alimenté le cadre de travail des premiers ministres et déterminé les indicateurs du présent rapport, se poursuivra sous les auspices d'un nouveau comité fédéral-provincial-territorial sur la gouvernance et l'imputabilité. Les prochains rapports sur les indicateurs comparables de la santé doivent être présentés en novembre 2004.

Les données recueillies sur la santé des Canadiens présentent des lacunes, en particulier dans certains groupes démographiques comme les Autochtones. Par exemple, l'incapacité de suivre de façon constante le traitement des Autochtones une fois qu'ils sont pris en charge par le système

provincial, le faible effectif de la population et la couverture insuffisante dans les statistiques du Recensement de 1996, entre autres problèmes, rendent l'information sur la santé des Autochtones moins fiable que l'information sur les Canadiens dans leur ensemble. Par ailleurs, il y a peu d'information disponible dans le système de santé pour établir une distinction entre les divers groupes autochtones.

Il existe également des problèmes dans la collecte des données sur la santé des Canadiens servis par le gouvernement fédéral. Souvent, les services de santé fournis à ces clients sont offerts à la fois par les systèmes fédéral, provinciaux et territoriaux, ce qui rend difficile l'obtention des données sur la santé auprès de sources administratives.

Le gouvernement du Canada est déterminé à fournir de l'information sur la santé des Canadiens et le système de santé. En 1999, il a investi 95 millions de dollars échelonnés sur quatre ans pour renforcer la capacité de toutes les administrations compétentes à rendre des comptes. En 2001, le gouvernement fédéral a renouvelé cet engagement et investi à nouveau 95 millions de dollars répartis sur quatre ans.

On a récemment à nouveau investi dans l'information sur la santé des populations des Premières nations vivant dans les réserves afin de résoudre les problèmes de qualité et de disponibilité des données. En partenariat avec les organisations autochtones, le gouvernement fédéral élabore des enquêtes et des bases de données comparables à celles visant la population non autochtone. Cependant, il s'agit d'un défi permanent, et des identificateurs propres à la population sont nécessaires dans les registres sur la santé, ce qui permettrait de suivre de près les services de santé et les résultats pour la population autochtone.



RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À la ministre de la Santé

J'ai vérifié les indicateurs nationaux de la santé présentés dans le rapport du gouvernement fédéral de septembre 2002 sur les indicateurs de la santé comparables. Ces indicateurs sont fondés sur l'engagement énoncé dans le communiqué sur la santé émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000. La Conférence des sous-ministres a défini les indicateurs spécifiques sur lesquels des rapports seraient fournis régulièrement à la population. L'élaboration de ce rapport sur les indicateurs de la santé incombe au gouvernement fédéral et ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les indicateurs de la santé en me fondant sur ma vérification. Cependant, elle ne s'étend pas à l'évaluation des résultats atteints ni à la pertinence des indicateurs de la santé.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les trois paragraphes suivants, j'ai effectué ma vérification conformément aux normes relatives aux missions de certification de 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 soient exempts d'inexactitudes importantes et répondent à des critères convenables. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de la santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères énoncés à l'annexe 1. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de la santé et de l'information fournie sur ces derniers. La vérification comprend également l'évaluation des décisions importantes fondées sur le jugement prises par la direction et incluses dans le rapport du gouvernement fédéral. De plus, la vérification se limite à l'information portant sur l'année la plus récente au cours de laquelle il y a eu compte rendu sur chacun des indicateurs.

Les données sur les sept indicateurs ci-dessous sont tirées des bases de données appropriées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS):

- taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde,
- taux de mortalité dans les 30 jours suivant une maladie vasculaire cérébrale,
- taux d'arthroplastie complète de la hanche,
- taux d'arthroplastie complète du genou,
- taux de réhospitalisation après un infarctus aigu du myocarde,
- taux de réhospitalisation pour cause de pneumonie,
- taux d'hospitalisation pour cause de conditions sérieuses qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires.

- taux d'hospitalisation pour cause de conditions sérieuses qui auraient pu bénéficier de soins ambulatoires.

Les documents sur le processus d'assurance de la qualité des systèmes de l'ICIS qui traitent les indicateurs susmentionnés sont inadéquats. De plus, l'étude de trois ans portant sur le contrôle de la compilation des données, qui donnera des renseignements sur la qualité des intrants, ne sera pas terminée avant deux ans. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude des données ni sur le caractère adéquat de l'information fournie au sujet des sept indicateurs.

Les données nationales sur les huit indicateurs de la surveillance des maladies ci-dessous sont tirées de trois bases de données de Santé Canada :

- taux d'incidence de la méningococcie invasive,
- taux d'incidence de la rougeole,
- taux d'incidence des infections invasives à *haemophilus influenzae* de type « B » chez les enfants,
- taux de prévalence du diabète,
- taux d'incidence de la tuberculose,
- diagnostic déclaré de VIH,
- taux d'incidence des infections *E. coli* producteurs de vérotoxines,
- taux d'incidence de l'infection à chlamydia.

La participation à ces bases de données est volontaire. Il n'existe pas d'ententes officielles entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur l'échange, les normes et les définitions des données. Les processus d'assurance de la qualité de ces bases de données sont inadéquats pour garantir l'exactitude des données. Dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs de la santé, Santé Canada déclare qu'il faut améliorer la qualité des données. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude des données ni sur le caractère adéquat de l'information fournie au sujet des indicateurs.

Le rapport du gouvernement fédéral présente les indicateurs de la santé pour l'ensemble du pays et pour des populations en particulier. De ces populations qui ont reçu des services de santé du gouvernement fédéral, seules les données comparables concernant les Premières nations sont présentées. Les données sont tirées de multiples sources et de divers ordres de gouvernement. Il y a absence de normes et de définitions communes sur les données. Les processus d'assurance de la qualité pour ces indicateurs sont inadéquats pour garantir l'exactitude des données. Dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs de la santé, Santé Canada déclare qu'il faut améliorer la qualité des données et la disponibilité de celles portant sur les Premières nations. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude des données sur les Premières nations ni sur le caractère adéquat de l'information fournie au sujet des indicateurs.

À mon avis, à l'exception des 15 indicateurs qui sont mentionnés dans les troisième et quatrième paragraphes ci-dessus et des indicateurs concernant les Premières nations soulignés dans le cinquième paragraphe, les 43 autres indicateurs de la santé compris dans le rapport du gouvernement fédéral et soumis à mon examen, donnent, à tous les égards importants, une image fidèle selon les critères de l'annexe 1 et fournissent l'information qu'exige l'engagement pris par les premiers ministres de rendre compte

aux Canadiens et Canadiennes. De plus, les dérogations aux critères pour 9 indicateurs de la santé sont signalées et décrites correctement à l'annexe 1 du rapport du gouvernement.

La direction a souligné l'absence de neuf indicateurs de la santé et expliqué que ces données provenaient des données administratives d'hôpitaux et d'installations qui ne sont pas encore normalisées ni recueillies d'une manière uniforme par les diverses administrations.

Le rapport du gouvernement fédéral comprend des indicateurs de rendement comparables produits par des gouvernements étrangers. Je n'ai examiné aucune des données provenant de sources de l'étranger présentées dans le rapport.

Je demeure optimiste devant le travail fait par Santé Canada pour la préparation du premier rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs de la santé.

Sheila Fraser

La vérificatrice générale du Canada,
Sheila Fraser, FCA

Ottawa, le 9 septembre 2002

ANNEXE 1 : Critères de vérification Santé Canada a reconnu la pertinence des critères énoncés ci-dessous pour le rapport du gouvernement fédéral sur la santé :

Intégralité

Les indicateurs de la santé respectent toutes les exigences en matière d'évaluation des résultats et de reddition de comptes relativement à l'engagement pris dans le communiqué sur la santé émis lors de la réunion des premiers ministres. Les indicateurs de la santé répondent aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées par la Conférence des sous-ministres.

Exactitude

Les indicateurs de la santé faisant l'objet du rapport reflètent correctement les faits à un niveau approprié d'exactitude.

Caractère adéquat de l'information fournie

Les indicateurs de la santé sont définis, leurs portées et leurs limites sont expliquées. Le rapport signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé par la Conférence des sous-ministres. Il présente également ce qu'on prévoit faire pour régler les cas de non-conformité.

ANNEXE 1 – INDICATEURS COMPARABLES DE LA SANTÉ

Liste des 67 indicateurs adoptés par les administrations fédérales, provinciales et territoriales

En septembre 2000, les premiers ministres ont enjoint les ministres de la Santé du Canada d'élaborer un cadre utilisant des indicateurs comparables adoptés conjointement pour rendre compte de l'état de santé, des résultats en matière de santé et de la qualité des services de santé. Les premiers ministres ont relevé 14 domaines d'indicateurs qui devront faire l'objet d'un rapport, et les administrations fédérales, provinciales et territoriales, en collaboration avec le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats présidé par l'Alberta, ont convenu de 67 indicateurs particuliers.

Le rapport du gouvernement fédéral renferme des données nationales sur 58 de ces 67 indicateurs. Les indicateurs pour lesquels on ne peut rendre compte s'appuient sur des données administratives provenant d'hôpitaux et d'installations, données qui ne sont pas encore uniformisées ou recueillies de façon comparable d'une administration à l'autre. Le rapport renferme également des données sur les populations des Premières nations pour 38 de ces indicateurs ainsi que des renseignements supplémentaires pour d'autres populations à l'égard desquelles le gouvernement fédéral a des responsabilités particulières en ce qui a trait à la prestation de soins de santé, comme les anciens combattants, le personnel militaire et les détenus de pénitenciers fédéraux.

DOMAINE D'INDICATEUR	INDICATEUR ET CODE DU CÉRIR	NUMÉRO DE L'INDICATEUR	RAPPORT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	
			Canada	Premières nations
État de santé				
1 Espérance de vie	1a Espérance de vie	1	✓	*
	1b Espérance de vie sans incapacité	2	✓	*
2 Mortalité infantile	2 Mortalité infantile	3	✓	*
3 Faible poids à la naissance	3 Faible poids à la naissance	4	✓	*
4 Auto-évaluation de la santé	4 Auto-évaluation de la santé	5	✓	*
Résultats en matière de santé				
5 Changement dans l'espérance de vie	5a Taux de mortalité suivant un cancer du poumon	6	✓	*
	5a Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate	7	✓	*
	5a Taux de mortalité suivant un cancer du sein	8	✓	*
	5a Taux de mortalité suivant un cancer colorectal	9	✓	*
	5a Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde	10	✓	*
	5a Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral	11	✓	*

DOMAINE D'INDICATEUR	INDICATEUR ET CODE DU CÉRIR	NUMÉRO DE L'INDICATEUR	RAPPORT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	
			Canada	Premières nations
	5b Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon	12	✓	
	5b Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer de la prostate	13	✓	
	5b Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du sein	14	✓	
	5b Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer colorectal	15	✓	
	5c Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde	16	✓	
	5d Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral	17	✓	
	5e Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde	18		
	5f Taux de survie dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral	19		
6 Amélioration de la qualité de vie	6a Taux d'arthroplasties complètes de la hanche	20	✓	*
	6b Taux d'arthroplasties complètes du genou	21	✓	*
7 Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures	7a Taux d'incidence du cancer du poumon	22	✓	*
	7a Taux d'incidence du cancer de la prostate	23	✓	*
	7a Taux d'incidence du cancer du sein	24	✓	*
	7a Taux d'incidence du cancer colorectal	25	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du poumon	26	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer de la prostate	27	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du sein	28	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer colorectal	29	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un infarctus aigu du myocarde	30	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un accident vasculaire cérébral	31	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'un suicide	32	✓	*
	7b Années potentielles de vie perdues par suite d'une blessure accidentelle	33	✓	*
	7ci Méningococcie invasive	34	✓	
	7cii Rougeole	35	✓	*
7ciii Maladie invasive à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	36	✓	*	
7d Prévalence du diabète	37	✓	*	

DOMAINE D'INDICATEUR	INDICATEUR ET CODE DU CÉRIR	NUMÉRO DE L'INDICATEUR	RAPPORT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL		
			Canada	Premières nations	
Qualité du service 8 Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement	8ai-iii Temps d'attente pour la chirurgie cardiaque – nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente, temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	38			
	8bi-iii Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente, temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	39			
	8bi-iii Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente, temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	40			
	8ci-ii Temps d'attente pour la radiothérapie associée au cancer du sein – nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente actuelle et temps d'attente médian	41			
	8ci-ii Temps d'attente pour la radiothérapie associée au cancer de la prostate – nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente actuelle et temps d'attente médian	42			
	8dia; 8diia Temps d'attente déclaré pour les consultations avec des spécialistes – temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	43	✓		
	8dib; 8diib Temps d'attente déclaré pour les services de diagnostic – temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	44	✓		
	8dic; 8diic Temps d'attente déclaré pour la chirurgie – temps d'attente médian et distribution du temps d'attente	45	✓		
	9 Satisfaction des patients	9a Ensemble des services de santé reçus	46	✓	*
		9b Services reçus à l'hôpital	47	✓	
9c Services reçus auprès d'un médecin de famille ou d'un autre médecin		48	✓		
9d Services communautaires reçus		49	✓		
10 Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée	10a Réadmission à l'hôpital – infarctus aigu du myocarde	50	✓		
	10c Réadmission à l'hôpital – pneumonie	51	✓		
11 Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, sept jours par semaine	11a(a)-(b) Difficulté à obtenir des services de santé quotidiens ou suivis	52	✓		

DOMAINE D'INDICATEUR	INDICATEUR ET CODE DU CÉRIR	NUMÉRO DE L'INDICATEUR	RAPPORT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	
			Canada	Premières nations
	11b(a)-(c) Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé	53	✓	
	11c(a)-(c) Difficulté à obtenir des soins immédiats	54	✓	
	11d Taux de personnes ayant un médecin de famille régulier	55	✓	*
12 Soins à domicile et soins communautaires	12a-b Admissions aux programmes de soins à domicile et admissions aux programmes de soins à domicile par habitant de 75 ans ou plus	56		
	12c Utilisation des services de soins à domicile	57		*
	12d Affections sensibles aux soins ambulatoires	58	✓	*
	13 Surveillance et protection de la santé publique	13a Tuberculose	59	✓
	13b VIH	60	✓	*
	13c <i>E. coli</i> à vérotoxine	61	✓	
	13d Chlamydie	62	✓	*
	13e Exposition à la fumée secondaire	63	✓	
14 Promotion de la santé et prévention des maladies	14a Usage du tabac	64	✓	*
	14b Activité physique	65	✓	*
	14c Poids corporel	66	✓	*
	14d Vaccination contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans ou plus	67	✓	

Remarques : Certains indicateurs (par exemple, dans les domaines d'indicateur 8, 11 et 12) comptent plusieurs catégories étroitement liées. L'astérisque (*) indique que les données sont disponibles pour les Premières nations.

ANNEXE 2 – INDICATEURS COMPARABLES DE LA SANTÉ

Tableaux de données

Les indicateurs décrits ci-après ont été élaborés conjointement par les administrations fédérales, provinciales et territoriales dans le cadre d'un processus d'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats.

La proposition pour l'établissement de rapports, préparée par le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, renferme une description, une définition et une justification du choix pour chacun des indicateurs. On peut accéder à la proposition ainsi qu'aux spécifications techniques relatives aux indicateurs à l'adresse www.cihi.ca

État de santé

1. Espérance de vie	50
a. Espérance de vie	50
b. Espérance de vie sans incapacité (EVS)	51
2. Mortalité infantile	52
3. Faible poids à la naissance	54
4. Auto-évaluation de la santé	56

Résultats en matière de santé

5. Changement dans l'espérance de vie	59
a. Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal, un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral	59
b. Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal	63
c. Taux de mortalité dans les 30 jours pour l'infarctus aigu du myocarde	64
d. Taux de mortalité dans les 30 jours pour l'accident vasculaire cérébral	64
e-f. Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde et dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral	65
6. Amélioration de la qualité de vie	66
a. Taux d'arthroplasties complètes de la hanche	66
b. Taux d'arthroplasties complètes du genou	67

7. Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures	68
a. Taux d'incidence du cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que du cancer colorectal	68
b. Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que d'un cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, d'un suicide ou d'une blessure accidentelle	72
c. Taux d'incidence de maladies pouvant être prévenues par un vaccin	74
(i) Méningococcie invasive	
(ii) Rougeole	
(iii) Maladie invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b	
d. Prévalence du diabète	78

Qualité du service

8. Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement	80
a. Temps d'attente pour la chirurgie cardiaque	80
(i) Nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente	
(ii) Temps d'attente médian pour la chirurgie	
(iii) Distribution du temps d'attente	
b. Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou	80
(i) Nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente	
(ii) Temps d'attente médian	
(iii) Distribution du temps d'attente	
c. Temps d'attente pour la radiothérapie	80
a) cancer du sein (i) Nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente (ii) Temps d'attente médian	
b) cancer de la prostate (i) Nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente (ii) Temps d'attente médian	
d. Temps d'attente déclaré pour les consultations avec des spécialistes, les services de diagnostic et la chirurgie	80
(i) Temps d'attente médian déclaré	
(ii) Distribution du temps d'attente déclaré	

9.	Satisfaction des patients	82
10.	Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée	88
	a. Réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde	88
	c. Réadmission pour la pneumonie	88
11.	Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, sept jours par semaine	89
	a. Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi	89
	b. Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé	89
	c. Difficulté à obtenir des soins immédiats	89
	d. Taux de personnes ayant un médecin de famille régulier	90
12.	Soins à domicile et soins communautaires	93
	a-b. Admissions aux programmes de soins à domicile; admissions aux programmes de soins à domicile par habitant de 75 ans ou plus	93
	c. Utilisation des soins à domicile	93
	d. Affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA)	93
13.	Surveillance et protection de la santé publique	95
	a. Tuberculose	95
	b. VIH	96
	c. <i>E. coli</i> à vérotoxine	97
	d. Chlamydie	98
	e. Exposition à la fumée secondaire	99
14.	Promotion de la santé et prévention des maladies	100
	a. Usage du tabac	100
	b. Activité physique	101
	c. Poids corporel	104
	d. Vaccination contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans ou plus	106

1. ESPÉRANCE DE VIE

1a. Espérance de vie

Description

L'espérance de vie représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre selon l'année de sa naissance. Cet indicateur reflète plusieurs déterminants, notamment le niveau de scolarité et la situation socio-économique, ainsi que la performance du système de santé. Le chiffre désigne généralement l'espérance de vie à la naissance, mais il peut aussi désigner l'espérance de vie à 65 ans – c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre au-delà de 65 ans.

Définition

Nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre, à partir de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou de l'âge de 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile.

CANADA

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, de 1979 à 1999

Année	Espérance de vie à la naissance (en années)			Espérance de vie à 65 ans (en années)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
1979	74,9	71,4	78,8	16,9	14,6	19,0
1980	75,2	71,7	78,9	16,8	14,5	18,9
1981	75,6	72,1	79,3	17,0	14,7	19,2
1982	75,8	72,4	79,4	16,9	14,7	19,1
1983	76,1	72,7	79,7	17,1	14,8	19,2
1984	76,4	73,1	79,9	17,3	15,0	19,4
1985	76,4	73,1	79,9	17,2	14,9	19,3
1986	76,6	73,3	79,9	17,3	15,0	19,3
1987	76,9	73,6	80,3	17,5	15,2	19,5
1988	77,0	73,6	80,3	17,5	15,1	19,5
1989	77,3	74,0	80,6	17,7	15,4	19,7
1990	77,6	74,4	80,8	17,9	15,7	19,9
1991	77,8	74,6	80,9	18,0	15,8	19,9
1992	78,0	74,8	81,2	18,2	15,9	20,1
1993	77,9	74,8	80,9	18,0	15,8	19,9
1994	78,0	75,0	81,0	18,1	16,0	19,9
1995	78,2	75,1	81,1	18,1	16,0	20,0
1996	78,4	75,5	81,2	18,2	16,1	20,0
1997	78,6	75,8	81,3	18,2	16,2	20,0
1998	78,8	76,0	81,5	18,3	16,3	20,1
1999	79,0	76,3	81,7	18,5	16,5	20,3

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès, Division de la démographie (estimations de la population).

PREMIÈRES NATIONS

Espérance de vie à la naissance, Premières nations (dans les réserves et à l'extérieur), années sélectionnées de 1975 à 2000*

	Espérance de vie à la naissance (en années)					
	1975	1980	1985	1990	1995	2000*
Hommes	59,2	60,9	63,9	66,9	68,0	68,9
Femmes	65,9	68,0	71,0	74,0	75,7	76,6

Source : Affaires indiennes et du Nord Canada, *Données ministérielles de base – 2001*.

* Les données de 2000 sont des estimations.

1b. Espérance de vie sans incapacité (EVSI)

Description

Indicateur lié à l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité correspond au nombre d'années qu'une personne moyenne pourrait s'attendre à vivre en bonne santé physique, c'est-à-dire sans incapacité modérée ou grave.

Définition

Nombre d'années qu'une personne moyenne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité modérée ou grave, à partir de la naissance (pour l'EVSI à la naissance) ou de l'âge de 65 ans (pour l'EVSI à 65 ans), d'après les statistiques de mortalité et les taux de prévalence d'incapacité, selon l'âge et le sexe, pour une période d'observation donnée, généralement une année civile.

CANADA ET PREMIÈRES NATIONS Espérance de vie sans incapacité à la naissance, selon le sexe, 1996

	Espérance de vie sans incapacité à la naissance (en années)	
	Canada	Premières nations
Les deux sexes	68,6	60,7
Hommes	66,9	58,2
Femmes	70,2	63,1

Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès, Division de la démographie (estimations de la population); Recensement de la population de 1996 (échantillon de 20 %); Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

CANADA Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, selon le sexe, 1996

	Espérance de vie sans incapacité à 65 ans (en années)
Les deux sexes	11,7
Hommes	10,9
Femmes	12,4

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

2. MORTALITÉ INFANTILE

Description

Le taux de mortalité infantile pour une année donnée correspond au nombre d'enfants (pour 1 000 naissances vivantes) qui meurent durant la première année de leur vie.

En règle générale, le taux de mortalité infantile ne tient pas compte des nouveau-nés de moins de 500 grammes.

Définition

Nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie, exprimé sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année en question.

CANADA Taux de mortalité infantile de 1979 à 1999

Année	Taux de mortalité infantile
1979	10,5
1980	10,0
1981	9,1
1982	8,6
1983	8,0
1984	7,7
1985	7,5
1986	7,4
1987	6,9
1988	6,7
1989	6,7
1990	6,2
1991	5,6
1992	5,6
1993	5,5
1994	5,7
1995	5,3
1996	4,8
1997	4,8
1998	4,5
1999	4,4

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès.

Remarque : Taux pour 1 000 naissances vivantes pour lesquelles le poids est de 500 grammes ou plus.

PREMIÈRES NATIONS

Les comparaisons du taux de mortalité infantile dans les collectivités des Premières nations et au Canada *tiennent compte* des nouveau-nés de moins de 500 grammes à la naissance.

Taux de mortalité infantile*, Canada et Premières nations (dans les réserves**), de 1979 à 1999

Année	Canada	Premières nations
1979	10,9	27,6
1980	10,4	23,7
1981	9,6	21,8
1982	9,1	17,1
1983	8,5	18,2
1984	8,1	18,9
1985	7,9	18,2
1986	7,9	17,5
1987	7,3	12,5
1988	7,2	12,6
1989	7,1	11,8
1990	6,8	11,2
1991	6,4	12,3
1992	6,1	12,8
1993	6,3	10,9
1994	6,3	..
1995	6,1	..
1996	5,6	..
1997	5,5	..
1998	5,3	..
1999	5,3	8,0

Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, bases de données sur les naissances et les décès; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

* Taux pour 1 000 naissances vivantes, incluant les nouveau-nés de moins de 500 grammes.

** Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

.. Aucune donnée disponible.

3. FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Description

Mesure la proportion de nouveau-nés dont le poids à la naissance se situe entre 500 et 2 500 grammes.

Définition

Proportion de naissances vivantes (poids à la naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né se situe entre 500 et 2 500 grammes.

CANADA Faible poids à la naissance de 1979 à 1999

Année	Taux de nouveau-nés de faible poids
1979	5,9
1980	5,8
1981	5,8
1982	5,6
1983	5,5
1984	5,5
1985	5,5
1986	5,4
1987	5,5
1988	5,6
1989	5,5
1990	5,5
1991	5,5
1992	5,4
1993	5,6
1994	5,7
1995	5,8
1996	5,7
1997	5,7
1998	5,7
1999	5,5

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

Remarques : Les taux correspondent à un pourcentage de toutes les naissances vivantes.

Comprend les nouveau-nés dont le poids à la naissance était supérieur à 500 grammes mais inférieur à 2 500 grammes.

PREMIÈRES NATIONS

Les comparaisons du taux de mortalité infantile dans les collectivités des Premières nations et au Canada *tiennent compte* des nouveau-nés de moins de 500 grammes à la naissance.

Faible poids à la naissance, Canada et Premières nations (dans les réserves*), 1999

	Pourcentage de toutes les naissances vivantes	
	Entre 500 et 2 500 grammes	Moins de 2 500 grammes
Canada	5,5	5,6
Premières nations	..	6,0

Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

* Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

.. Aucune donnée disponible.

4. AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ

Description

L'auto-évaluation de la santé permet de déterminer la proportion de personnes (âgées de 12 ans ou plus) qui ont évalué leur état de santé comme étant « très bon » ou « excellent » au cours de la dernière année pour laquelle les données d'enquête étaient disponibles.

Définition

Pourcentage des personnes âgées de 12 ans ou plus qui se disent en très bonne ou en excellente santé.

CANADA*

Auto-évaluation de la santé, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001

Année	Sexe	Pourcentage de personnes se disant en très bonne ou en excellente santé	Pourcentage de personnes se disant en excellente santé	Pourcentage de personnes se disant en très bonne santé
1994-1995**	Les deux sexes	63,1	25,5	37,6
	Hommes	65,5	26,8	38,6
	Femmes	60,8	24,2	36,5
1996-1997**	Les deux sexes	63,4	25,0	38,5
	Hommes	65,3	26,5	38,9
	Femmes	61,6	23,6	38,1
1998-1999**	Les deux sexes	65,2	25,7	39,5
	Hommes	67,3	28,3	39,0
	Femmes	63,2	23,1	40,1
2000-2001	Les deux sexes	61,4	25,6	35,8
	Hommes	62,9	27,3	35,7
	Femmes	59,9	24,0	35,9

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

* Comprend les personnes âgées de 12 ans ou plus au sein d'un ménage.

** Les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population ne comprennent pas les données se rapportant aux territoires.

CANADA*

Auto-évaluation de la santé, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage de personnes se disant en très bonne ou en excellente santé	Pourcentage de personnes se disant en excellente santé	Pourcentage de personnes se disant en très bonne santé
Les deux sexes	12-19 ans	70,8	30,0	40,8
	20-34 ans	73,0	31,8	41,2
	35-44 ans	66,7	28,9	37,8
	45-64 ans	55,8	22,7	33,1
	65 ans ou plus	36,5	11,9	24,5
	Total		61,4	25,6	35,8
Hommes	12-19 ans	73,4	32,3	41,1
	20-34 ans	75,0	33,8	41,2
	35-44 ans	66,8	29,1	37,7
	45-64 ans	56,3	24,0	32,2
	65 ans ou plus	36,7	13,2	23,5
	Total		62,9	27,3	35,7
Femmes	12-19 ans	68,0	27,5	40,5
	20-34 ans	70,9	29,7	41,2
	35-44 ans	66,6	28,8	37,8
	45-64 ans	55,4	21,3	34,0
	65 ans ou plus	36,3	10,9	25,3
	Total		59,9	24,0	35,9

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

* Comprend les personnes âgées de 12 ans ou plus au sein des ménages.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, auquel quelque 900 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Auto-évaluation de la santé, Premières nations (dans les réserves), 2002

Auto-évaluation de la santé	Pourcentage des répondants
Excellente	13,0
Très bonne	25,0
Bonne	33,0
Passable	20,0
Mauvaise	8,0
Non déclarée	1,0

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Auto-évaluation de la santé, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

		Pourcentage des membres des Forces régulières ayant répondu au sondage				
	Groupe d'âge	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Hommes	20-29 ans	30	45	23	2	0
	30-44 ans	19	43	31	6	1
	45-64 ans	17	40	35	8	1
Femmes	20-29 ans	28	49	20	3	0
	30-44 ans	21	42	29	6	2
	45-64 ans	17	42	32	8	1
Total		20	42	30	8	1

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

5. CHANGEMENT DANS L'ESPÉRANCE DE VIE

5a. Taux de mortalité suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal, un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou un accident vasculaire cérébral

Taux de mortalité, normalisés selon l'âge, suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal, un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.

Description

Les indicateurs de cette catégorie mesurent le taux de mortalité, pour 100 000 habitants, suivant quatre types fréquents de cancer grave (cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que cancer colorectal) et deux types de maladie cardiovasculaire (infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral).

Définition

Nombre de décès de personnes causés par l'une des affections indiquées, pour 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population type si les taux par âge réels observés dans une population donnée s'étaient produits dans la population type.

CANADA

Taux de mortalité selon le type de cancer et de maladie cardiovasculaire (taux normalisés selon l'âge), de 1979 à 1999

	Année	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal	Infarctus aigu du myocarde	Accident vasculaire cérébral
Les deux sexes	1979	40,9	26,7	29,8	25,6	148,1	64,5
	1980	42,2	25,7	29,7	25,0	143,3	61,3
	1981	42,1	27,1	30,1	24,8	138,1	60,8
	1982	44,8	26,0	29,7	23,6	132,7	59,0
	1983	45,4	26,7	30,4	23,2	125,5	54,7
	1984	47,4	27,4	30,7	23,6	120,5	53,0
	1985	47,1	28,9	31,8	23,4	114,7	51,2
	1986	47,6	29,4	32,0	22,9	111,8	50,5
	1987	48,2	29,4	31,3	22,9	105,2	48,1
	1988	50,2	30,7	31,4	22,5	100,7	47,9
	1989	50,2	29,7	31,2	21,5	93,9	47,5
	1990	49,9	30,1	31,3	21,1	88,0	44,7
	1991	50,6	31,2	30,1	20,4	83,9	44,0
	1992	50,1	31,0	30,4	20,5	80,2	43,6
	1993	51,4	31,0	29,4	20,1	78,2	44,7
	1994	50,5	30,7	30,0	19,9	73,2	43,1
	1995	49,1	31,0	28,7	20,0	71,2	42,2
1996	50,2	29,0	28,9	19,4	69,4	41,3	
1997	48,2	28,4	27,4	18,8	66,7	41,3	
1998	49,6	27,9	26,4	19,2	63,6	39,0	
1999	50,0	26,7	25,2	19,1	60,2	37,0	

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population), Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

Taux de mortalité, types de cancer sélectionnés, selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada, de 1979 à 1999

Année	Cancer du poumon		Cancer de la prostate chez l'homme et cancer du sein chez la femme		Cancer colorectal	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1979	71,7	16,3	26,7	29,8	28,6	23,3
1980	74,0	17,1	25,7	29,7	28,9	22,2
1981	73,2	17,9	27,1	30,1	29,2	21,6
1982	77,4	19,5	26,0	29,7	28,2	20,3
1983	78,4	19,9	26,7	30,4	27,7	19,9
1984	80,2	22,2	27,4	30,7	28,3	20,4
1985	78,0	23,8	28,9	31,8	28,6	19,8
1986	79,0	24,0	29,4	32,0	27,2	19,7
1987	78,6	25,3	29,4	31,3	27,5	19,6
1988	81,3	26,9	30,7	31,4	27,6	18,8
1989	81,1	27,0	29,7	31,2	26,8	17,6
1990	79,5	27,6	30,1	31,3	25,7	17,7
1991	78,8	29,5	31,2	30,1	25,1	16,8
1992	77,5	29,6	31,0	30,4	25,9	16,6
1993	77,9	31,7	31,0	29,4	24,7	16,6
1994	75,5	31,9	30,7	30,0	25,0	16,1
1995	73,2	31,3	31,0	28,7	25,1	16,2
1996	72,9	33,6	29,0	28,9	24,3	15,7
1997	69,9	32,3	28,4	27,4	23,5	15,2
1998	70,1	34,5	27,9	26,4	24,1	15,7
1999	70,3	34,8	26,7	25,2	24,1	15,2

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population), Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

Taux de mortalité, infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral, selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada, de 1979 à 1999

Année	Infarctus aigu du myocarde (IAM)		Accident vasculaire cérébral	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1979	214,6	94,1	71,1	59,3
1980	204,9	93,4	67,4	56,6
1981	200,3	88,9	67,5	56,0
1982	189,9	87,5	64,5	54,7
1983	180,5	82,2	58,9	51,3
1984	173,0	79,4	57,9	49,1
1985	165,2	75,5	55,7	47,6
1986	158,7	75,3	54,3	47,4
1987	149,0	71,0	52,9	44,3
1988	143,4	67,8	51,1	45,2
1989	134,0	62,9	52,1	44,0
1990	122,7	60,9	49,7	40,8
1991	117,2	58,0	48,2	40,7
1992	113,8	54,4	47,0	40,8
1993	111,0	53,1	48,6	41,5
1994	102,9	50,3	47,2	39,9
1995	98,8	50,0	46,9	38,7
1996	96,4	48,4	44,9	38,4
1997	92,8	46,6	44,7	38,4
1998	89,7	43,6	41,9	36,6
1999	84,5	41,6	40,1	34,6

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population), Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

PREMIÈRES NATIONS

Taux de mortalité suivant un cancer*, selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada et Premières nations (dans les réserves**), 1999

		Cancer du poumon	Cancer colorectal	Cancer de la prostate chez l'homme et cancer du sein chez la femme
Hommes	Canada	70,3	24,1	26,7
	Premières nations	60,6	24,0	33,0
Femmes	Canada	34,8	15,2	25,2
	Premières nations	33,4	16,8	23,3

Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes

Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Taux pour 100 000 habitants.

** Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

Taux de mortalité suivant une maladie cardiovasculaire*, selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada et Premières nations (dans les réserves), 1999

		Infarctus aigu du myocarde	Accident vasculaire cérébral
Hommes	Canada	84,5	40,1
	Premières nations	80,3	42,3
Femmes	Canada	41,6	34,6
	Premières nations	38,2	34,6

Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Taux pour 100 000 habitants.

5b. Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal

Taux de survie relative, normalisés selon l'âge, dans les cinq ans suivant un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi qu'un cancer colorectal.

Description

Les indicateurs de cette catégorie mesurent le taux de survie suivant quatre types fréquents de cancer grave (cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que cancer colorectal), exprimé en pourcentage de la population âgée de 15 à 99 ans.

Définition

Taux de survie observé après cinq ans chez le groupe de patients cancéreux étudiés comparativement au taux de survie prévu s'il avaient été soumis seulement aux taux de mortalité de la population générale avec caractéristiques semblables, notamment même âge, sexe et lieu de résidence.

CANADA

Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer, selon le sexe, types de cancer sélectionnés (taux normalisés selon l'âge), 1997

Sexe	Taux de survie relative		
	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme et cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal
Les deux sexes	15	..	58
Hommes	14	87	56
Femmes	17	82	59

Sources : Statistique Canada, Registre canadien du cancer; Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population), Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux exprimés en pourcentage de la population âgée de 15 à 99 ans.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

Les données visent uniquement les premiers cancers primitifs diagnostiqués chez un patient en 1992.

Données du Québec non incluses.

.. Sans objet.

5c. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Taux de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde.

Description

Le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde mesure la proportion de décès, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital de patients (âgés de 20 à 105 ans) ayant fait un infarctus aigu du myocarde.

Définition

Taux de décès à l'hôpital corrigé en fonction du risque, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission initiale dans un hôpital de soins actifs à la suite d'un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde (IAM).

CANADA

De 1997 à 1999, la moyenne triennale des taux de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde était de 12,6 %.

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

5d. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Taux de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral.

Description

Le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral mesure la proportion de décès, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital de patients (âgés de 20 à 105 ans) ayant subi un accident vasculaire cérébral.

Définition

Taux de décès à l'hôpital corrigé en fonction du risque, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission dans un hôpital de soins actifs pour un diagnostic d'accident vasculaire cérébral.

CANADA

De 1997 à 1999, la moyenne triennale des taux de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral était de 19,2 %.

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

5e-f. Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) et dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Taux de survie net dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM).

Taux de survie net dans les 180 jours suivant tout type d'accident vasculaire cérébral.

Description

Les indicateurs de cette catégorie mesurent le taux de survie à la suite de deux types de maladie cardiovasculaire (infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral).

Définition

Le taux de survie net pour les personnes présentant un nouveau cas d'infarctus aigu du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral est estimé au moyen du taux de survie par cause. Dans les cas des IAM, la survie est d'au moins 365 jours après l'admission initiale à l'hôpital, tandis que pour l'accident vasculaire cérébral, la survie est d'au moins 180 jours. Le taux de survie net permet de déterminer la mortalité attribuable à un IAM ou à un accident vasculaire cérébral, lorsque ceux-ci constituent la seule cause sous-jacente possible du décès.

À l'heure actuelle, aucune donnée n'est disponible pour le Canada.

6. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

6a. Taux d'arthroplasties complètes de la hanche

Description

Le taux d'arthroplasties complètes de la hanche correspond au taux de patients (selon l'âge et le sexe) ayant bénéficié d'une arthroplastie de la hanche alors qu'ils étaient hospitalisés dans un établissement de soins actifs.

Définition

Taux normalisés selon l'âge d'arthroplasties complètes de la hanche (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en établissement de soins actifs.

CANADA ET PREMIÈRES NATIONS

Taux d'arthroplasties de la hanche, selon le sexe, Canada et Premières nations (dans les réserves), de 1995-1996 à 1999-2000

Année	Canada			Premières nations*		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
1995-1996	56,8	53,0	59,4	..	..	..
1996-1997	56,3	53,1	58,7	..	..	..
1997-1998	55,8	51,6	58,9	..	..	..
1998-1999	57,0	54,5	58,6	..	..	..
1999-2000	59,5	56,0	62,0	57,7	52,0	63,5

Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, estimations internes; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

.. Données non disponibles.

* Les données pour les Premières nations visent l'année civile 1999.

6b. Taux d'arthroplasties complètes du genou

Description

Le taux d'arthroplasties complètes du genou correspond au taux de patients (selon l'âge et le sexe) ayant bénéficié d'une arthroplastie du genou alors qu'ils étaient hospitalisés en établissement de soins actifs.

Définition

Taux normalisés selon l'âge d'arthroplasties complètes du genou (unilatérales ou bilatérales) pratiquées sur des patients hospitalisés en établissement de soins actifs.

CANADA ET PREMIÈRES NATIONS

Taux d'arthroplasties du genou, selon le sexe, Canada et Premières nations (dans les réserves), de 1995-1996 à 1999-2000

Année	Canada			Premières nations*		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
1995-1996	55,6	48,9	61,3	..	..	..
1996-1997	58,1	51,5	63,9	..	..	..
1997-1998	59,9	53,2	65,6	..	..	..
1998-1999	61,4	55,0	67,1	..	..	..
1999-2000	65,6	59,0	71,4	75,5	66,9	86,7

Sources : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, estimations internes; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

.. Données non disponibles.

* Les données pour les Premières nations visent l'année civile 1999.

7. RÉDUCTION DU FARDEAU ASSOCIÉ AUX MALADIES, AUX AFFECTIONS ET AUX BLESSURES

7a. Taux d'incidence du cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que du cancer colorectal

Taux d'incidence, normalisés selon l'âge, du cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que du cancer colorectal.

Description

Les taux d'incidence du cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que du cancer colorectal déterminent le nombre de cas de cancers primitifs (pour 100 000 habitants) diagnostiqués au cours d'une année donnée.

Définition

Nombre de cas de cancers primitifs nouvellement diagnostiqués, au cours d'une année donnée, pour les sièges spécifiques, pour 100 000 habitants, qui seraient survenus dans la population type si les taux par âge réels observés dans une population donnée s'étaient produits dans la population type.

CANADA Taux d'incidence du cancer, types de cancer sélectionnés (taux normalisés selon l'âge), de 1976 à 2002*

	Année	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal
Les deux sexes	1976	43,3	62,1	84,6	49,3
	1977	45,4	67,9	84,4	51,2
	1978	49,3	74,0	86,1	53,7
	1979	48,8	72,0	87,3	53,1
	1980	49,0	71,4	83,3	51,2
	1981	53,7	78,5	86,5	53,7
	1982	55,3	77,8	86,0	53,8
	1983	57,6	79,6	89,3	55,2
	1984	59,1	80,9	90,3	55,0
	1985	58,0	85,0	92,2	56,4
	1986	59,6	86,1	88,6	54,5
	1987	60,0	89,6	91,1	54,2
	1988	61,1	90,4	97,8	53,4
	1989	60,4	91,8	96,4	52,3
	1990	60,9	99,8	96,0	52,5
	1991	60,6	112,3	100,1	51,7
	1992	61,4	125,3	102,0	52,1
	1993	62,7	140,4	99,2	51,3
	1994	60,2	129,4	98,9	51,6
	1995	59,7	111,3	98,7	50,3
1996	59,2	109,7	98,5	49,2	
1997	57,9	115,0	102,0	49,3	
1998*	..	113,7	102,6	..	
1999*	..	113,9	103,6	..	
2000*	..	116,0	104,4	..	
2001*	..	118,2	105,3	..	
2002*	..	120,3	106,1	..	

Source : Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Division de la démographie (estimations de la population).

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

.. Données non disponibles.

*Les données de 1998 à 2002 sont des estimations.

CANADA
Taux d'incidence du cancer, selon le sexe, types de cancer
sélectionnés (taux normalisés selon l'âge), de 1976 à 2002*

	Année	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme	Cancer colorectal
Hommes	1976	75,7	62,1	55,3
	1977	78,6	67,9	56,4
	1978	85,1	74,0	59,4
	1979	83,9	72,0	58,5
	1980	83,2	71,4	57,3
	1981	91,2	78,5	61,6
	1982	92,6	77,8	61,9
	1983	95,2	79,6	63,0
	1984	97,1	80,9	64,0
	1985	93,2	85,0	65,4
	1986	96,4	86,1	63,8
	1987	95,0	89,6	64,0
	1988	95,5	90,4	63,7
	1989	93,6	91,8	62,1
	1990	92,7	99,8	62,2
	1991	90,7	112,3	62,3
	1992	90,3	125,3	63,4
	1993	91,9	140,4	61,3
	1994	87,3	129,4	62,4
	1995	84,8	111,3	60,8
	1996	82,3	109,7	60,1
	1997	79,4	115,0	59,6
	1998*	79,3	113,7	61,3
	1999*	78,5	113,9	59,9
	2000*	76,9	116,0	59,6
	2001*	75,4	118,2	59,3
	2002*	73,9	120,3	59,0

Source : Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Division de la démographie (estimations de la population).

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

*Les données de 1998 à 2002 sont des estimations.

CANADA
Taux d'incidence du cancer, selon le sexe, types de cancer
sélectionnés (taux normalisés selon l'âge), de 1976 à 2002*

	Année	Cancer du poumon	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal
Femmes	1976	16,3	84,6	44,6
	1977	17,9	84,4	47,2
	1978	20,1	86,1	49,5
	1979	20,3	87,3	49,1
	1980	21,7	83,3	46,8
	1981	24,3	86,5	47,8
	1982	25,9	86,0	48,0
	1983	28,3	89,3	49,4
	1984	29,6	90,3	48,3
	1985	30,9	92,2	49,8
	1986	31,6	88,6	47,4
	1987	33,2	91,1	46,9
	1988	34,8	97,8	45,4
	1989	35,0	96,4	44,7
	1990	36,5	96,0	45,0
	1991	37,7	100,1	43,5
	1992	39,6	102,0	43,4
	1993	40,6	99,2	43,6
	1994	39,8	98,9	43,1
	1995	40,8	98,7	42,0
	1996	42,0	98,5	40,4
	1997	41,9	102,0	41,1
	1998*	42,9	102,6	43,1
	1999*	44,6	103,6	40,5
	2000*	45,5	104,4	40,1
	2001*	46,4	105,3	39,6
	2002*	47,3	106,1	39,2

Source : Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Division de la démographie (estimations de la population).

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

*Les données de 1998 à 2002 sont des estimations.

PREMIÈRES NATIONS

Taux d'incidence du cancer, selon le sexe (taux normalisés selon l'âge), Canada* et Premières nations (dans les réserves), 1999

Sexe		Cancer du poumon	Cancer colorectal	Cancer de la prostate chez l'homme et cancer du sein chez la femme
Hommes	Canada	78,5	59,9	113,9
	Premières nations	93,9	85,1	177,5
Femmes	Canada	44,6	40,5	103,6
	Premières nations	27,5	39,9	80,8

Sources : Statistique Canada; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, *Rapport sur la santé*, 1999.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Les données de 1999 au Canada sont des estimations et des prévisions.

7b. Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que d'un cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde (IAM), d'un accident vasculaire cérébral, d'un suicide ou d'une blessure accidentelle

Description

Les années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du poumon, de la prostate et du sein ainsi que d'un cancer colorectal, d'un infarctus aigu du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, d'un suicide ou d'une blessure accidentelle correspondent au nombre d'années de vie perdues « prématurément » en raison de l'une de ces affections. Il s'agit de la différence entre l'espérance de vie évaluée à 75 ans et l'âge du décès.

Définition

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'une cause quelconque – c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie.

Les années potentielles de vie perdues peuvent également être estimées pour une cause spécifique, auquel cas l'indicateur mesure le nombre d'années « perdues » lorsqu'une personne meurt avant l'âge de 75 ans à la suite d'une blessure, d'un cancer, d'un infarctus aigu du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral.

CANADA

Années potentielles de vie perdues, causes de décès sélectionnées, de 1979 à 1999

	Année	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal	Infarctus aigu du myocarde	Accident vasculaire cérébral	Suicide	Blessure accidentelle
Les deux sexes	1979	363,8	54,5	377,7	169,2	886,5	252,5	500,7	1 774,6
	1980	370,5	52,0	373,0	161,3	846,0	229,2	479,2	1 642,0
	1981	372,9	53,7	369,7	161,1	815,4	229,8	479,4	1 560,2
	1982	387,8	55,2	376,5	155,1	761,8	216,3	498,2	1 242,0
	1983	396,0	56,9	371,0	151,2	723,9	209,5	515,5	1 214,6
	1984	414,9	51,8	377,3	155,6	689,4	195,0	469,9	1 153,5
	1985	413,9	64,4	398,8	148,3	654,5	181,6	439,8	1 112,7
	1986	420,2	68,5	406,8	155,7	624,2	181,2	490,9	1 059,7
	1987	426,8	66,4	410,0	151,7	581,7	170,0	473,3	1 084,9
	1988	425,4	66,5	394,3	148,1	544,2	171,8	462,5	1 026,7
	1989	432,0	64,4	397,1	140,6	506,4	167,4	449,3	1 041,3
	1990	426,1	68,7	400,3	148,3	468,1	162,6	435,5	931,8
	1991	437,0	71,7	384,8	139,0	445,8	159,7	453,6	886,6
	1992	435,2	66,8	381,4	139,6	425,7	147,0	464,2	836,3
	1993	432,1	66,8	374,1	138,0	412,5	158,8	461,7	869,6
	1994	427,0	65,3	396,7	136,4	391,0	150,1	450,8	780,8
	1995	410,4	66,9	376,9	139,1	367,7	144,0	475,5	780,1
	1996	417,0	61,8	372,8	138,5	359,8	136,0	456,3	698,7
	1997	398,7	60,0	359,3	135,7	344,0	143,9	419,1	701,0
	1998	414,6	59,5	353,2	134,5	321,1	131,4	420,2	682,3
1999	417,9	55,6	338,5	134,7	312,1	123,1	453,2	706,6	

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

Remarque : Taux pour 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans.

Années potentielles de vie perdues, selon le sexe, causes de décès sélectionnées, Canada, de 1979 à 1999

	Année	Cancer du poumon	Cancer de la prostate chez l'homme	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal	Infarctus aigu du myocarde	Accident vasculaire cérébral	Suicide	Blessure accidentelle
Hommes	1979	544,4	54,5	..	173,6	1 377,4	272,1	766,0	2 696,3
	1980	552,7	52,0	..	168,9	1 309,3	242,3	740,3	2 465,1
	1981	541,2	53,7	..	174,1	1 256,2	237,3	745,5	2 388,0
	1982	558,2	55,2	..	165,3	1 173,3	228,7	786,3	1 883,6
	1983	573,0	56,9	..	164,2	1 117,1	221,6	812,8	1 849,9
	1984	588,3	51,8	..	162,2	1 063,5	210,2	747,5	1 755,5
	1985	565,4	64,4	..	163,3	1 007,0	191,3	705,7	1 674,3
	1986	578,1	68,5	..	172,6	955,8	191,3	777,7	1 589,5
	1987	574,6	66,4	..	166,3	886,1	188,7	748,6	1 637,6
	1988	574,5	66,5	..	165,1	834,0	178,5	730,5	1 579,8
	1989	581,1	64,4	..	163,4	778,7	178,7	705,6	1 544,6
	1990	567,1	68,7	..	170,2	709,6	183,1	694,6	1 405,1
	1991	568,8	71,7	..	162,8	679,1	175,2	734,3	1 330,0
	1992	553,2	66,8	..	159,6	656,6	154,5	738,4	1 254,0
	1993	540,5	66,8	..	159,0	632,6	174,6	741,8	1 276,7
	1994	529,1	65,3	..	157,4	594,2	160,3	719,8	1 169,0
	1995	502,9	66,9	..	161,2	552,4	157,2	763,6	1 158,2
	1996	485,1	61,8	..	156,7	544,6	145,6	721,3	1 036,0
	1997	474,2	60,0	..	156,8	526,2	155,8	666,3	1 041,3
1998	480,5	59,5	..	148,4	498,0	140,2	666,1	1 013,6	
1999	490,9	55,6	..	158,5	477,8	127,1	724,7	1 036,0	
Femmes	1979	181,4	..	377,7	164,9	391,0	232,7	232,8	844,0
	1980	186,7	..	373,0	153,7	378,8	216,0	215,9	811,8
	1981	203,3	..	369,7	148,1	371,2	222,2	211,3	726,1
	1982	216,1	..	376,5	144,8	347,4	203,9	208,1	595,8
	1983	217,8	..	371,0	138,1	328,0	197,4	216,3	575,0
	1984	240,5	..	377,3	149,0	312,9	179,6	190,5	547,8
	1985	261,5	..	398,8	133,3	299,9	172,0	172,3	547,8
	1986	261,4	..	406,8	138,7	290,9	170,9	202,6	527,2
	1987	278,2	..	410,0	137,1	275,6	151,3	196,6	529,2
	1988	275,5	..	394,3	130,9	252,7	165,2	193,0	470,6
	1989	282,1	..	397,1	117,7	232,5	156,1	191,5	535,1
	1990	284,2	..	400,3	126,2	225,2	142,1	174,9	455,7
	1991	304,4	..	384,8	115,1	210,9	144,1	171,1	440,5
	1992	316,4	..	381,4	119,5	193,3	139,5	188,3	416,0
	1993	322,9	..	374,1	116,9	191,0	142,9	179,9	459,9
	1994	324,2	..	396,7	115,3	186,5	139,8	180,1	390,2
	1995	317,4	..	376,9	116,9	181,8	130,8	185,5	399,6
	1996	348,6	..	372,8	120,2	173,8	126,3	189,7	359,2
	1997	322,7	..	359,3	114,6	160,5	131,9	170,0	358,0
1998	348,2	..	353,2	120,5	142,7	122,6	172,3	348,4	
1999	344,3	..	338,5	110,8	144,9	119,2	179,4	374,5	

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

Remarques : Taux pour 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans.

.. sans objet

PREMIÈRES NATIONS

Années potentielles de vie perdues*, causes de décès sélectionnées, Canada et Premières nations (dans les réserves**), 1999

Cause de décès	Canada	Premières nations
Blessure accidentelle	706,6	3 218,8
Suicide	453,2	1 495,8
Cancer du sein	338,5	292,5
Infarctus aigu du myocarde	312,1	220,5
Cancer du poumon	417,9	139,3
Accident vasculaire cérébral	123,1	127,4
Cancer colorectal	134,7	83,8
Cancer de la prostate	55,6	33,9

Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, Division de la démographie (estimations de la population); Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

* Taux pour 100 000 habitants âgés de 0 à 74 ans.

** Renferme les données pour la population vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves en Colombie-Britannique et en Alberta.

7c. Taux d'incidence de maladies pouvant être prévenues par un vaccin

Certaines maladies peuvent être prévenues par un vaccin et doivent être signalées à Santé Canada par les administrations de tous les niveaux.

7c(i). Méningococcie invasive

Taux d'incidence de la méningococcie invasive.

Description

Le taux d'incidence de la méningococcie correspond au nombre de nouveaux cas de méningococcie par année (pour 100 000 habitants de moins de 20 ans).

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés par année, par âge et par sérogroupe.

On parle de cas confirmé lorsque la maladie invasive est confirmée par analyse de laboratoire : isolation de la bactérie *Neisseria meningitidis* dans un site stérile en temps normal (sang, liquide céphalorachidien, articulations, ou liquide pleural ou péricardique) ou présence de l'antigène *N. meningitidis* dans le liquide céphalorachidien.

CANADA

Méningococcie invasive chez les personnes de moins de 20 ans, par sérotype, de 1990 à 2001*

Année	Groupe C	Total, autres sérotypes	Sérotype inconnu**	Total
1990	1,55	1,03	1,46	4,04
1991	2,07	1,14	0,91	4,12
1992	2,37	1,28	0,47	4,13
1993	1,37	1,23	0,48	3,09
1994	1,26	1,39	0,40	3,06
1995	0,84	1,37	0,25	2,46
1996	0,67	1,05	0,35	2,07
1997	0,59	1,31	0,17	2,07
1998	0,22	0,79	0,29	1,30
1999*	..	..	..	1,50
2000*	..	..	..	1,69
2001*	..	..	..	2,59

Sources : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses; ministères de la Santé provinciaux et territoriaux; laboratoires de tout le pays; Laboratoire national de microbiologie, Winnipeg.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants de moins de 20 ans.

La catégorie « Autres sérotypes » comprend les cas où le sérotype confirmé était A, B, W-135, X, Y ou Z ou ceux où le sérotype n'était pas disponible.

Total : comprend le sérotype C, les autres sérotypes et le sérotype inconnu.

Il s'agit des meilleures données disponibles à l'échelle nationale, fondées sur le Système national de surveillance accrue de Santé Canada.

.. Données non disponibles.

* Les données de 1999 à 2001 sont provisoires : elles sont en cours de validation et de vérification.

** Sérotype inconnu : comprend les cas où le sérotype était inconnu (information manquante) ou impossible à catégoriser.

7c(ii). Rougeole

Taux d'incidence de la rougeole.

Description

Le taux d'incidence de la rougeole correspond au nombre de nouveaux cas déclarés de rougeole par année (pour 100 000 habitants).

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés par année.

On parle de cas confirmé lorsque la maladie est confirmée par analyse de laboratoire et qu'il n'y a pas eu de vaccin antirougeoleux récent : isolation du virus de la rougeole dans un spécimen clinique approprié ou augmentation marquée du niveau des anticorps de la rougeole entre le sérum de phase aiguë et celui de phase convalescente, test sérologique positif de l'immuglobuline M (IgM) administré au moyen d'un dosage biologique recommandé ou cas clinique chez une personne présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.

CANADA Rougeole, de 1980 à 2001

Année	Taux déclaré
1980	56,55
1981	9,29
1982	4,24
1983	3,68
1984	15,92
1985	10,90
1986	57,24
1987	9,02
1988	2,28
1989	40,84
1990	3,73
1991	22,04
1992	9,66
1993	0,71
1994	1,80
1995	8,04
1996	1,13
1997	1,95
1998	0,04
1999	0,09
2000	0,64
2001	0,11

Source : Santé Canada, gouvernements provinciaux et territoriaux, maladies à déclaration obligatoire de surveillance accrue.

Remarques : Les données de 2001 sont provisoires.

Taux pour 100 000 habitants.

Depuis 1998, tous les cas de rougeole sont importés ou liés à l'importation.

PREMIÈRES NATIONS

On n'a signalé aucun cas de rougeole dans les collectivités des Premières nations (dans les réserves) en 1999.

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

7c(iii). Maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b

Taux d'incidence de la maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) chez les enfants.

Description

Le taux d'incidence de la maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) chez les enfants correspond au nombre de nouveaux cas de la maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b qui sont signalés chaque année (pour 100 000 enfants âgés de moins de cinq ans).

Définition

Taux de nouveaux cas déclarés chaque année chez les enfants de moins de cinq ans.

On parle de cas confirmé lorsque la maladie invasive est confirmée par analyse de laboratoire et qu'il n'y a pas eu d'immunisation récente au vaccin Hib : isolation de *Hæmophilus influenzae* de type b dans un site stérile en temps normal ou dans l'épiglotte chez une personne souffrant d'une épiglottite, ou présence de l'antigène *Hæmophilus influenzae* de type b dans le liquide céphalorachidien. La méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite aiguë suppurée et l'empyème sont des maladies invasives.

CANADA

Maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b, Canada, de 1990 à 2001

Année	Taux déclaré
1990	16,62
1991	9,60
1992	10,44
1993	3,33
1994	1,14
1995	1,06
1996	1,22
1997	1,56
1998	0,80
1999	0,77
2000	0,65
2001	0,92

Source : Santé Canada; gouvernement provinciaux et territoriaux; maladies à déclaration obligatoire de surveillance accrue.

Remarques : Taux pour 100 000 enfants âgés de moins de cinq ans. Les données de 2000 et de 2001 sont provisoires.

PREMIÈRES NATIONS

On n'a signalé aucun cas de maladie invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b dans les collectivités des Premières nations (dans les réserves) en 1999.

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

7d. Prévalence du diabète

Description

La prévalence du diabète correspond au nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus qui sont atteintes de diabète.

Définition

Proportion de personnes âgées de 20 ans ou plus atteintes de diabète à un moment donné.

CANADA

Prévalence du diabète, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Canada, de 1997-1998 à 1999-2000

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

Remarques : Les données ne comprennent pas le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

Les données sont provisoires.

Le Système national de surveillance du diabète est un nouveau système de déclaration; les données n'étant recueillies que depuis quelques années, il se peut que la prévalence du diabète soit sous-estimée.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats d'une enquête téléphonique commandée par Santé Canada, à laquelle environ 500 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Auto-évaluation de la santé – Prévalence du diabète, Premières nations (dans les réserves), 2002

Êtes-vous atteint du diabète?	Pourcentage des répondants (âgés de 18 ans ou plus)
Oui	9,7
Non	90,1
Ne sait pas	0,2

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, analyse secondaire d'Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

En 2000, seulement 1 % des répondants membres des Forces canadiennes ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué un diabète chez eux.

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000.

8. TEMPS D'ATTENTE POUR LES PRINCIPAUX SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

8a. Temps d'attente pour la chirurgie cardiaque

8a(i). Nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente

8a(ii). Temps d'attente médian pour la chirurgie

8a(iii). Distribution du temps d'attente

À l'heure actuelle, aucune donnée n'est disponible pour le Canada.

8b. Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou

8b(i). Nombre de mois pour arriver au début de la liste d'attente

8b(ii). Temps d'attente médian

8b(iii). Distribution du temps d'attente

À l'heure actuelle, aucune donnée n'est disponible pour le Canada.

8c. Temps d'attente pour la radiothérapie associée

(a) au cancer du sein (i) nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente, (ii) temps d'attente médian

(b) au cancer de la prostate (i) nombre de semaines pour arriver au début de la liste d'attente, (ii) temps d'attente médian

À l'heure actuelle, aucune donnée n'est disponible pour le Canada.

8d. Temps d'attente déclaré pour les consultations avec des spécialistes, les services de diagnostic et la chirurgie

8d(i). Temps d'attente médian déclaré

8d(ii). Distribution du temps d'attente déclaré

Temps d'attente médian et distribution du temps d'attente déclaré pour les consultations avec des spécialistes, les services de diagnostic et la chirurgie.

Description

Cet indicateur permet de comparer différents éléments relatifs au temps d'attente des patients, soit le temps d'attente médian pour les consultations avec des spécialistes, les chirurgies non urgentes et certains tests diagnostiques, ainsi que la durée des temps d'attente – c'est-à-dire moins d'un mois, entre un et trois mois ou plus de trois mois.

Définition

Le temps d'attente correspond au nombre de semaines entre le moment où un patient est dirigé vers un service spécialisé et le moment où il reçoit ce service, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

La médiane correspond au 50^e centile dans la distribution des temps d'attente, c'est-à-dire le point où la moitié des patients attend moins longtemps et l'autre moitié attend plus longtemps que le nombre médian de semaines. Le calcul de l'indicateur ne tient pas compte des patients n'ayant pas encore reçu le service.

Remarque : Les consultations avec des spécialistes comprennent uniquement les consultations concernant un nouveau problème de santé; les tests diagnostiques comprennent les examens d'imagerie par résonance magnétique, les tests tomodensitométriques (CT scan) et les angiographies non urgents; les chirurgies comprennent uniquement les cas non urgents.

CANADA

Service	Temps d'attente médian	Distribution		
		Moins d'un mois	D'un à trois mois	Plus de trois mois
Consultations avec des spécialistes	4,3 semaines	46,4 %	41,9 %	11,7 %
Chirurgies non urgentes	4,3 semaines	39,5 %	41,3 %	19,2 %
Tests diagnostiques sélectionnés	3,0 semaines*	54,7 %	36,1 %	9,1 %*

Source : Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, 2001.

* Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, auquel quelque 900 personnes ont participé.

Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

En 2002, 78 % des membres des Premières nations vivant dans les réserves ont indiqué avoir facilement accès à une infirmière et 59 % ont affirmé avoir facilement accès à un médecin de famille.

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

9. SATISFACTION DES PATIENTS

9. Satisfaction des patients

Description

La satisfaction des patients correspond au pourcentage d'adultes (personnes âgées de 15 ans ou plus) qui ont reçu des services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête et qui ont jugé la qualité de ces soins comme étant excellente ou très bonne, ainsi que le pourcentage d'adultes qui ont déclaré être très satisfaits ou assez satisfaits de la qualité des soins reçus.

Définition

Pourcentage d'adultes qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la qualité des soins pour : a) l'ensemble des services de santé reçus; b) les services reçus à l'hôpital; c) les services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin; et d) les services communautaires reçus.

CANADA

Satisfaction des patients – Ensemble des services de santé reçus, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés*, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage de la population ayant évalué la qualité des services de santé comme étant excellente ou très bonne	Pourcentage de la population ayant indiqué être très satisfaite ou assez satisfaite des services reçus
Les deux sexes	15-19 ans	85,0	86,5
	20-34 ans	80,0	81,8
	35-44 ans	81,2	83,3
	45-64 ans	87,2	85,0
	65 ans ou plus	90,2	89,3
	Total	84,4	84,6
Hommes	15-19 ans	86,7	89,2
	20-34 ans	78,6	81,4
	35-44 ans	79,6	82,0
	45-64 ans	87,3	85,1
	65 ans ou plus	91,2	88,8
	Total	84,0	84,4
Femmes	15-19 ans	83,3	83,8
	20-34 ans	81,1	82,1
	35-44 ans	82,6	84,4
	45-64 ans	87,1	85,0
	65 ans ou plus	89,5	89,6
	Total	84,7	84,8

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

* Comprend les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont reçu des services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Satisfaction des patients – Services reçus à l’hôpital, selon le sexe, groupes d’âge sélectionnés*, Canada, 2000-2001

Sexe	Groupe d’âge	Pourcentage de la population ayant évalué la qualité des services reçus à l’hôpital comme étant excellente ou très bonne	Pourcentage de la population ayant indiqué être très satisfaite ou assez satisfaite des services reçus à l’hôpital
Les deux sexes	15-19 ans	69,6	71,2
	20-34 ans	72,7	74,4
	35-44 ans	77,1	77,3
	45-64 ans	85,0	82,3
	65 ans ou plus	90,3	87,7
	Total	80,2	79,5
Hommes	15-19 ans	75,0	76,0
	20-34 ans	71,6	74,3
	35-44 ans	77,6	76,6
	45-64 ans	82,8	83,0
	65 ans ou plus	90,4	86,8
	Total	79,8	79,7
Femmes	15-19 ans	62,5	64,9
	20-34 ans	73,4	74,4
	35-44 ans	76,7	77,9
	45-64 ans	86,7	81,8
	65 ans ou plus	90,3	88,3
	Total	80,5	79,3

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

* Comprend les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont indiqué avoir reçu des services de santé au cours d’une visite à l’hôpital.

Satisfaction des patients – Services reçus d’un médecin de famille ou d’un autre médecin, selon le sexe, groupes d’âge sélectionnés*, Canada, 2000-2001

Sexe	Groupe d’âge	Pourcentage de la population ayant évalué la qualité des soins du médecin de famille ou d’un autre médecin comme étant excellente ou très bonne	Pourcentage de la population ayant indiqué être très satisfaite ou assez satisfaite des soins dispensés par le médecin de famille ou un autre médecin
Les deux sexes	15-19 ans	90,6	92,7
	20-34 ans	87,0	88,8
	35-44 ans	88,5	90,3
	45-64 ans	90,5	90,9
	65 ans ou plus	93,3	93,6
	Total	89,7	90,9
Hommes	15-19 ans	92,5	94,6
	20-34 ans	83,1	87,1
	35-44 ans	86,8	90,7
	45-64 ans	89,9	90,5
	65 ans ou plus	94,1	94,8
	Total	88,7	90,8
Femmes	15-19 ans	89,0	91,0
	20-34 ans	89,6	90,0
	35-44 ans	89,7	90,1
	45-64 ans	91,0	91,3
	65 ans ou plus	92,7	92,7
	Total	90,5	90,9

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

* Comprend les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont indiqué avoir reçu des services de santé d’un médecin de famille ou d’un autre médecin, à l’exception des services reçus au cours d’une visite à l’hôpital.

Satisfaction des patients – Services communautaires reçus, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés*, Canada, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage de la population ayant évalué la qualité des services communautaires reçus comme étant excellente ou très bonne	Pourcentage de la population ayant indiqué être très satisfaite ou assez satisfaite des services communautaires reçus
Les deux sexes	15-19 ans	75,5	78,2
	20-34 ans	72,3	77,6
	35-44 ans	75,3	82,8
	45-64 ans	80,4	82,5
	65 ans ou plus	89,8	89,5
	Total	77,8	81,7
Hommes	15-19 ans	86,3	85,4
	20-34 ans	70,2	76,5
	35-44 ans	73,1	79,0
	45-64 ans	77,6	82,0
	65 ans ou plus	85,4	82,7
	Total	76,3	80,1
Femmes	15-19 ans	68,4	73,5
	20-34 ans	73,8	78,3
	35-44 ans	76,6	85,2
	45-64 ans	82,7	83,0
	65 ans ou plus	92,5	93,6
	Total	78,8	82,8

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

* Comprend les personnes âgées de 15 ans ou plus qui ont indiqué avoir reçu des services de santé communautaires, à l'exception des services reçus au cours d'une visite à l'hôpital ou dans le cabinet d'un médecin.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002. Seules les quelque 700 personnes ayant indiqué avoir reçu des services de santé au cours des 12 mois précédant le sondage ont évalué la qualité des soins reçus. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Qualité des soins de santé reçus au cours des 12 mois précédant le sondage, Premières nations, 2002

Pourcentage des répondant ayant indiqué avoir reçu des services de santé au cours des 12 mois précédant le sondage	
Excellente	26
Bonne	40
Passable	25
Mauvaise	9

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Satisfaction à l'égard des connaissances du Système médical des Forces canadiennes, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Pourcentage des répondants membres des Forces régulières						
Sexe	Groupe d'âge	Très d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord	Très en désaccord
Hommes	20-29 ans	7	32	32	22	7
	30-44 ans	3	32	32	27	6
	45-64 ans	6	42	29	19	4
Femmes	20-29 ans	6	30	30	27	8
	30-44 ans	5	34	30	26	6
	45-64 ans	8	36	30	17	10
Total		4	34	31	25	6

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

Satisfaction à l'égard de l'information sur la santé personnelle communiquée par les fournisseurs du Système médical des Forces canadiennes, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Pourcentage des répondants membres des Forces régulières

Sexe	Groupe d'âge	Très d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord	Très en désaccord
Hommes	20-29 ans	7	29	32	22	10
	30-44 ans	3	30	28	28	11
	45-64 ans	5	37	26	25	8
Femmes	20-29 ans	8	24	27	29	16
	30-44 ans	4	27	20	36	14
	45-64 ans	6	30	19	32	13
Total		4	31	27	28	11

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

Confiance dans le niveau de soins fournis par le Système médical des Forces canadiennes, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Pourcentage des répondants membres des Forces régulières

Sexe	Groupe d'âge	Très d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord	Très en désaccord
Hommes	20-29 ans	6	30	31	20	13
	30-44 ans	3	26	31	26	13
	45-64 ans	7	37	28	22	7
Femmes	20-29 ans	4	26	33	24	13
	30-44 ans	5	22	34	25	15
	45-64 ans	4	27	37	22	11
Total		5	28	31	25	12

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

10. RÉADMISSION À L'HÔPITAL POUR UNE AFFECTION DONNÉE

10a. Réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde

Taux de réadmission pour l'infarctus aigu du myocarde.

Description

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients réadmis à l'hôpital pour une affection donnée, dans les 28 jours suivant une admission pour un infarctus aigu du myocarde.

Définition

Taux corrigé en fonction du risque de réadmission imprévue après admission pour un infarctus aigu du myocarde. Sont prises en compte les réadmissions survenant dans les 28 jours suivant la première tranche de soins et dans le cadre desquelles un acte médical ou un diagnostic pertinent ont été posés. La tranche de soins désigne toutes les hospitalisations continues en établissement de soins actifs, y compris les transferts.

CANADA

De 1997 à 1999, la moyenne triennale des taux de réadmission suivant un infarctus aigu du myocarde était de 7,3 %.

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

10c. Réadmission pour la pneumonie

Taux de réadmission pour la pneumonie.

Description

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients réadmis à l'hôpital pour une affection donnée, dans les 28 jours suivant une admission pour une pneumonie.

Définition

Taux corrigé en fonction du risque de réadmission imprévue après admission pour une pneumonie. Sont prises en compte les réadmissions survenant dans les 28 jours suivant la première tranche de soins et dans le cadre desquelles un acte médical ou un diagnostic pertinent ont été posés. La tranche de soins désigne toute hospitalisation continue en établissement de soins actifs, y compris les transferts.

CANADA

De 1997 à 1999, la moyenne triennale des taux de réadmission suivant une pneumonie était de 3,3 %.

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

11. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE, 24 HEURES PAR JOUR, SEPT JOURS PAR SEMAINE

11a. Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi

Pourcentage de la population ayant éprouvé de la difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi.

11b. Difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé

Pourcentage de la population ayant éprouvé de la difficulté à obtenir des informations et des conseils en matière de santé.

11c. Difficulté à obtenir des soins immédiats

Pourcentage de la population ayant éprouvé de la difficulté à obtenir des soins immédiats.

Description

Cette catégorie regroupe les indicateurs qui mesurent le pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus incapable d'obtenir les services de santé requis ou des informations et des conseils en matière de santé.

Définition

Pourcentage de personnes ayant eu besoin de services de santé de routine ou de suivi, de renseignements ou de conseils en matière de santé pour un problème de santé mineur au cours des 12 derniers mois, que ce soit pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille, et ayant eu des difficultés à les obtenir : a) durant les heures normales de travail, b) en soirée ou les fins de semaine, ou c) la nuit.

CANADA

Type de service	Heures normales de travail	Soirées et fins de semaine	Nuits
Services de santé quotidiens ou suivis	8,6 %	8,1 %	s.o.
Informations ou conseils en matière de santé	10,1 %	10,6 %	5,5 %*
Soins immédiats pour un problème de santé mineur	11,4 %	16,4 %	12,4 %*

Source : Statistique Canada, Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001.

* Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, auquel quelque 900 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Dix-sept pour cent des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas toujours eu accès aux services de santé dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois, soit parce que le temps d'attente était trop long, que les services n'étaient pas offerts dans la région ou que les services n'étaient pas offerts au moment où ils étaient requis.

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

11d. Taux de personnes ayant un médecin de famille régulier

Pourcentage de la population ayant un médecin de famille régulier.

Description

Pourcentage des participants à l'enquête (âgés de 15 ans ou plus) ayant répondu par l'affirmative à la question « Avez-vous un médecin de famille régulier? ».

Définition

Pourcentage des participants à l'enquête ayant répondu par l'affirmative à la question « Avez-vous un médecin de famille régulier? ».

CANADA

Au Canada, 87,7 % des répondants ont déclaré avoir un médecin de famille régulier en 2001.

Source : Statistique Canada, Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé effectué en 2002, auquel quelque 900 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Soixante-dix-sept pour cent des répondants membres des Premières nations ont indiqué avoir un médecin de famille régulier en 2001.

Source : Organisation nationale de la santé autochtone, résultats préliminaires du Sondage d'opinion de l'ONSA sur les soins de santé, juillet 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Personnes ayant indiqué avoir eu besoin d'un service de santé au cours des 12 derniers mois, mais ne l'ayant pas obtenu, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage des répondants membres des Forces régulières	
		Oui	Non
Hommes	20-29 ans	25	75
	30-44 ans	27	73
	45-64 ans	20	80
Femmes	20-29 ans	31	69
	30-44 ans	33	67
	45-64 ans	39	62
Total		26	74

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

Rendez-vous médicaux de routine, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage des répondants membres des Forces régulières		
		Très opportuns	Quelque peu opportuns	Pas opportuns
Hommes	20-29 ans	24	55	21
	30-44 ans	24	53	24
	45-64 ans	31	53	16
Femmes	20-29 ans	23	55	22
	30-44 ans	22	47	29
	45-64 ans	20	61	19
Total		25	53	22

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

Rendez-vous de routine avec des spécialistes, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage des répondants membres des Forces régulières		
		Très opportuns	Quelque peu opportuns	Pas opportuns
Hommes	20-29 ans	19	43	38
	30-44 ans	18	41	41
	45-64 ans	23	33	34
Femmes	20-29 ans	14	39	46
	30-44 ans	21	42	37
	45-64 ans	19	51	31
Total		19	42	39

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

Rendez-vous de routine avec des physiothérapeutes, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage des répondants membres des Forces régulières		
		Très opportuns	Quelque peu opportuns	Pas opportuns
Hommes	20-29 ans	28	47	25
	30-44 ans	32	46	22
	45-64 ans	38	43	19
Femmes	20-29 ans	34	43	23
	30-44 ans	36	47	17
	45-64 ans	43	46	12
Total		33	46	21

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

12. SOINS À DOMICILE ET SOINS COMMUNAUTAIRES

12a-b. Admissions aux programmes de soins à domicile; admissions aux programmes de soins à domicile par habitant de 75 ans ou plus

Admissions aux programmes de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant; admissions aux programmes de soins à domicile subventionnés par l'État, par habitant de 75 ans ou plus.

12c. Utilisation des soins à domicile

Pourcentage estimatif de la population bénéficiant d'entretien ménager, de soins infirmiers ou de services de relève.

CANADA

À l'heure actuelle, aucune donnée n'est disponible pour le Canada.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées de statistiques internes du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Elles ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Soixante-cinq pour cent des membres des Premières nations vivant dans les réserves et dans les collectivités inuits ont accès à des services de soins à domicile et dans la collectivité, et 97 % participent à l'élaboration de programmes et à la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

12d. Affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA)

Taux d'hospitalisation pour les affections sensibles aux soins ambulatoires.

Description

Cet indicateur mesure les taux d'hospitalisation (pour 100 000 habitants) pour des problèmes de santé chronique qui pourraient souvent être traités dans les collectivités – par exemple, le diabète, l'asthme, l'alcoolisme et la toxicomanie, la névrose, la dépression et l'hypertension.

Définition

Taux normalisés selon l'âge d'hospitalisation dans des établissements de soins actifs à la suite de troubles pour lesquels on pourrait éviter ou diminuer les admissions à l'hôpital grâce à des soins ambulatoires appropriés.

CANADA

Taux d'hospitalisation* pour les affections sensibles aux soins ambulatoires, taux normalisés selon l'âge, selon le sexe, de 1995-1996 à 1999-2000

Année	Les 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

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière; Statistique Canada, Recensement de la population du Canada de 1991.

Remarque : Taux normalisés selon l'âge de la population du Canada en 1991.

* Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants.

PREMIÈRES NATIONS

À la lumière de données provinciales provenant de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits estime que les affectations sensibles aux soins ambulatoires sont environ quatre fois plus élevées dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuits (soit 1 807 pour 100 000 habitants en 1997-1998) que dans le reste du pays. En raison de la difficulté à obtenir des données, ce ratio comprend toutes les collectivités des Premières nations et collectivités inuits dans les provinces, dans les réserves et à l'extérieur. On estime qu'environ la moitié des membres des Premières nations vivent dans des réserves plus ou moins éloignées. Les chiffres peuvent également être mal interprétés du fait qu'une même personne peut avoir été admise plus d'une fois au cours de la même année.

13. SURVEILLANCE ET PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

13a. Tuberculose

Taux d'incidence de la tuberculose.

Description

Le taux d'incidence de la tuberculose correspond au nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés chaque année pour 100 000 habitants.

Définition

Taux de nouveaux cas évolutifs et de cas de rechute de tuberculose déclarés, par année civile.

CANADA ET PREMIÈRES NATIONS Taux d'incidence de la tuberculose, Canada et Premières nations (dans les réserves), de 1990 à 2000*

Année	Canada	Premières nations
1990	7,2	69,4
1991	7,2	59,5
1992	7,4	74,8
1993	7,0	54,3
1994	7,1	56,3
1995	6,5	53,4
1996	6,3	49,0
1997	6,6	53,3
1998	5,9	41,6
1999	5,9	61,5
2000*	5,5	34,0

Sources : Santé Canada, Système canadien de déclaration des cas de tuberculose; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

Remarque : Taux pour 100 000 habitants.

* Les données pour 2000 sont provisoires jusqu'à la publication du rapport annuel intitulé *La tuberculose au Canada – 2000*.

Taux d'incidence de la tuberculose, selon le lieu de naissance, Canada, de 1996 à 1999

Année	Naissance au Canada	Naissance à l'étranger
1996	2,7	22,5
1997	2,8	23,9
1998	2,5	21,2
1999	2,6	20,8

Source : Santé Canada, Système canadien de déclaration des cas de tuberculose.

Remarque : Taux pour 100 000 habitants.

13b. VIH

Diagnostics d'infection par le VIH déclarés.

Description

Taux de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, déclarés chaque année par toutes les administrations au Canada, pour 100 000 habitants.

Définition

Nombre estimatif de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, d'après les nouveaux tests positifs pour le VIH.

CANADA Pourcentage de tests positifs pour le VIH déclarés, selon l'année du test, de 1995 à 2001

Année	Pourcentage
1995	10,2
1996	9,4
1997	8,5
1998	7,7
1999	7,3
2000	6,9
2001	7,1

Sources : Santé Canada, Le VIH et le sida au Canada, *Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*; Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, 2002.

Remarque : Les taux sont exprimés en résultats positifs pour 100 000 habitants.

PREMIÈRES NATIONS

Dans le cas des Premières nations, cet indicateur évalue le taux de tests positifs pour le VIH selon le sexe et les différentes catégories d'exposition.

Tests positifs pour le VIH, selon le sexe et la catégorie d'exposition, Autochtones et non-Autochtones, administrations sélectionnées, de 1998 à 2001

		Pourcentage de tests positifs pour le VIH	
		Autochtones	Non-Autochtones
Sexe	Hommes	54,4	80,2
	Femmes	45,6	19,8
Catégorie d'exposition	Contactés hétérosexuels	24,9	27,0
	Utilisation de drogues injectables	59,7	29,0
	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	8,3	33,7
	Autres catégories	7,1	10,3

Source : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, 2002.

Remarque : Les données comprennent la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Alberta, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

13c. *E. coli* à vérotoxine

Taux d'incidence d'*E. coli* à vérotoxine.

Description

Le taux d'incidence d'*Escherichia coli* correspond au nombre de cas d'infection signalés (et confirmés par une analyse de laboratoire) pour 100 000 habitants.

Définition

Taux de nouveaux cas signalés chaque année.

On parle de cas confirmé lorsqu'une infection avec ou sans symptôme est confirmée par analyse de laboratoire : isolation de la vérotoxine produisant la bactérie *Escherichia coli* dans un spécimen clinique approprié.

CANADA Taux d'incidence de la vérotoxine produisant la bactérie *E. coli*, de 1991 à 2001

Année	Taux total
1991	7,04
1992	6,05
1993	4,09
1994	4,07
1995	5,09
1996	4,20
1997	4,25
1998	4,91
1999	4,89
2000	5,77
2001	4,04

Source : Santé Canada, rapports sur les maladies à déclaration obligatoire.

Remarques : Les données de 2000 et de 2001 sont préliminaires et susceptibles d'être modifiées.

Les taux représentent les cas signalés pour 100 000 habitants.

13d. Chlamydirose

Taux d'incidence de la chlamydirose.

Description

Le taux d'incidence de la chlamydirose correspond au nombre d'infections génitales signalées (et confirmées par une analyse de laboratoire) par année, pour 100 000 habitants.

Définition

Taux d'incidence des infections génitales déclarées, par année civile.

On parle de cas confirmé lorsque l'infection est confirmée par analyse de laboratoire : isolation de *C. trachomatis* dans les prélèvements génito-urinaires à l'aide des techniques de laboratoire appropriées.

CANADA

Taux d'incidence de la chlamydirose, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, de 1995 à 2001

Année	Sexe	Total	Groupe d'âge	
			15-19 ans	20-24 ans
1995	Les deux sexes	126,8	627,6	683,7
	Hommes	61,9	169,6	335,6
	Femmes	190,4	1 109,1	1 041,7
1996	Les deux sexes	114,8	563,3	617,4
	Hommes	56,0	148,5	302,7
	Femmes	172,4	998,6	941,2
1997	Les deux sexes	112,7	548,5	611,2
	Hommes	58,1	145,6	315,9
	Femmes	166,2	971,6	914,9
1998	Les deux sexes	128,8	612,2	696,5
	Hommes	73,6	184,0	394,1
	Femmes	182,9	1 063,4	1 011,0
1999	Les deux sexes	138,2	650,7	750,0
	Hommes	81,4	186,7	446,9
	Femmes	193,7	1 138,9	1 066,0
2000*	Les deux sexes	151,1	714,4	818,7
	Hommes	89,1	220,0	472,8
	Femmes	211,8	1 236,1	1 179,4
2001*	Les deux sexes	161,0	738,5	881,8
	Hommes	99,1	236,4	538,2
	Femmes	221,0	1 266,8	1 236,2

Source : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS.

Remarques : Taux pour 100 000 habitants.

Estimations de la population fournies par Statistique Canada. En raison des retards dans la présentation des rapports, des différentes dates butoirs et de la date d'accès aux estimations de la population fournies par Statistique Canada, l'incidence peut varier légèrement lorsqu'on compare les données à celles d'autres publications nationales.

* Les données de 2000 et de 2001 sont préliminaires et seront vraisemblablement modifiées.

PREMIÈRES NATIONS

Taux d'incidence de la chlamydie, groupes d'âge sélectionnés, Canada et Premières nations (dans les réserves*), 1999

	Canada	Premières nations
Total	138,2	1 024,7
Groupe d'âge	15-19 ans	4 359,6
	20-24 ans	3 929,4

Sources : Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS; Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, statistiques internes.

Remarque : Taux pour 100 000 habitants.

* Les données pour les Premières nations couvrent toutes les régions à l'exception de l'Alberta, de 47 collectivités sur 144 en Ontario et de 29 collectivités sur 41 au Québec.

13e. Exposition à la fumée secondaire

Description

L'auto-évaluation de l'exposition à la fumée secondaire correspond au pourcentage de Canadiens non fumeurs âgés de 12 ans ou plus qui déclarent avoir été exposés à la fumée secondaire du tabac au Canada.

Définition

Proportion de Canadiens non fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire dans les lieux publics et en milieu de travail.

CANADA

Exposition à la fumée secondaire, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Exposition à la fumée secondaire (%)
Les deux sexes	12-19 ans	39,3
Hommes		38,3
Femmes		40,5
Les deux sexes	20 ans ou plus	25,8
Hommes		28,8
Femmes		23,1

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

Remarque : Comprend les Canadiens non fumeurs âgés de 12 ans ou plus qui ont été exposés à la fumée secondaire du tabac pendant la plupart des jours du mois précédant l'enquête.

14. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

14a. Usage du tabac

Pourcentage d'adolescents qui fument à l'heure actuelle.

Description

Le pourcentage d'adolescents qui fument correspond au taux de jeunes âgés de 12 à 19 ans (par rapport à l'ensemble de la population de ce groupe d'âge) qui ont déclaré être des fumeurs habituels ou fumer tous les jours.

Définition

Population âgée de 12 à 19 ans qui déclare faire partie des fumeurs habituels ou fumer tous les jours au moment de l'entrevue.

CANADA

Usage du tabac, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001

Année	Sexe	Fumeurs habituels qui fument tous les jours ou fumeurs occasionnels (%)	Fumeurs habituels qui fument tous les jours (%)	Fumeurs occasionnels (%)
1994-1995**	Les deux sexes	20,9	13,6	7,3
	Hommes	18,5	12,2	6,3*
	Femmes	23,5	15,1	8,4*
1996-1997**	Les deux sexes	21,6	15,8	5,9
	Hommes	20,0	14,9	5,1
	Femmes	23,3	16,6	6,7
1998-1999**	Les deux sexes	19,4	15,2	4,2
	Hommes	16,5	13,2	3,3*
	Femmes	22,4	17,4	5,0*
2000-2001	Les deux sexes	18,7	12,9	5,8
	Hommes	17,6	12,1	5,5
	Femmes	19,8	13,6	6,2

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

Remarques : Les fumeurs habituels sont définis comme des personnes qui fument tous les jours ou à l'occasion. Population âgée de 12 à 19 ans.

* Interpréter avec prudence (coefficient de variation élevé).

** Les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé dans la population ne comprennent pas les territoires.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats d'une enquête téléphonique commandée par Santé Canada, à laquelle environ 500 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Usage du tabac, Premières nations (dans les réserves), 2002

« En ce qui concerne l'usage du tabac (cigarettes, cigares ou pipe), veuillez indiquer le type de personne qui vous décrit le mieux. »	Pourcentage des répondants (âgés de 18 ans ou plus)
Je n'ai jamais fumé	18,9
J'ai déjà fumé, mais j'ai arrêté	32,8
Je suis un fumeur	48,3

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, analyse secondaire d'Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

14b. Activité physique

Description

L'activité physique regroupe deux indicateurs qui mesurent respectivement le pourcentage de personnes âgées de 12 ans ou plus qui ont déclaré être actives ou inactives physiquement.

Définition

Population âgée de 12 ans ou plus qui déclare être « active » ou « inactive » physiquement.

CANADA

Activité physique, selon le sexe, de 1994-1995 à 2000-2001

Année	Sexe	Pourcentage de la population considérée comme étant modérément active ou active* (%)	Pourcentage de la population considérée comme étant active (%)	Pourcentage de la population considérée comme modérément active (%)	Pourcentage de la population considérée comme étant inactive (%)
1994-1995**	Les deux sexes***	39,4	18,6	20,8	54,6
	Hommes***	42,5	21,9	20,6	49,3
	Femmes	36,4	15,4	21,0	59,8
1996-1997**	Les deux sexes	41,9	20,0	21,9	55,1
	Hommes	44,4	23,0	21,4	51,6
	Femmes	39,4	17,1	22,3	58,5
1998-1999**	Les deux sexes	45,5	21,9	23,7	51,3
	Hommes	49,2	24,6	24,5	46,9
	Femmes	42,1	19,2	22,8	55,5
2000-2001	Les deux sexes***	42,6	21,0	21,6	49,1
	Hommes***	44,8	23,7	21,1	44,2
	Femmes***	40,6	18,4	22,1	53,8

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

Remarques : Incluant la population de 12 ans ou plus.

* Regroupe les personnes actives – c'est-à-dire celles qui dépensent entre 3,0 kcal/kilo/jour – et les personnes modérément actives – c'est-à-dire celles qui dépensent entre 1,5 et 2,9 kcal/kilo/jour.

** Les données ne comprennent pas celles se rapportant aux territoires.

*** Certaines données devraient être interprétées avec discernement, le taux de non-réponse à certaines questions étant supérieur à 5 %.

Activité physique, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Canada, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage de la population considérée comme étant modérément active ou active* (%)	Pourcentage de la population considérée comme étant active (%)	Pourcentage de la population considérée comme étant modérément active (%)	Pourcentage de la population considérée comme étant inactive (%)
Les deux sexes	12-19 ans	59,5	38,4	21,1	27,7
	20-34 ans	44,5	22,5	22,0	47,2
	35-44 ans	40,0	18,1	21,9	53,3
	45-64 ans	39,5	17,1	22,4	53,6
	65 ans ou plus	34,5	15,2	19,3	56,1
Hommes	12-19 ans	63,9	44,2	19,7	21,1
	20-34 ans	46,4	25,3	21,1	42,9
	35-44 ans	40,1	19,1	21,0	50,0
	45-64 ans	39,7	18,0	21,7	50,8
	65 ans ou plus	40,6	19,5	21,2	46,1
Femmes	12-19 ans	54,8	32,3	22,5	34,6
	20-34 ans	42,7	19,7	23,0	51,6
	35-44 ans	39,9	17,1	22,8	56,6
	45-64 ans	39,3	16,1	23,2	56,4
	65 ans ou plus	29,7	11,8	17,8	63,8

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

Remarque : Certaines données devraient être interprétées avec discernement, le taux de non-réponse à certaines questions étant supérieur à 5 % (à l'exception de femmes dans les groupes d'âge 35-44 et 45-64 ans).

Regroupe les personnes actives – c'est-à-dire celles qui dépensent entre 3,0 kcal/kilo/jour – et les personnes modérément actives – c'est-à-dire celles qui dépensent entre 1,5 et 2,9 kcal/kilo/jour.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats d'une enquête téléphonique commandée par Santé Canada, à laquelle environ 500 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Activité physique, Premières nations (dans les réserves), 2002

« En ce qui concerne votre activité physique, combien d'heures par semaine consacrez-vous en moyenne à l'exercice physique – marche, jogging, danse aérobique, etc.? »	Pourcentage des répondants (âgés de 18 ans ou plus)
0 heure	5,9
Entre 1 et 25 heures	78,2
Entre 26 et 50 heures	10,4
Entre 51 et 75 heures	1,8
75 heures ou plus	2,4
Ne sait pas	1,3

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

Condition physique, Premières nations (dans les réserves), 2002

« Comment évalueriez-vous votre condition physique? »	Pourcentage des répondants (âgés de 18 ans ou plus)
Excellente	14,8
Assez bonne	61,6
Pas très bonne	18,2
Médiocre	5,4

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires.

Indice d'activité physique des membres des Forces régulières, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage des répondants membres des Forces régulières		
		Personnes actives	Personnes modérément actives	Personnes inactives
Hommes	20-29 ans	55	21	24
	30-44 ans	35	28	37
	45-64 ans	28	28	44
Femmes	20-29 ans	48	22	31
	30-44 ans	33	27	40
	45-64 ans	26	31	43
Total		36	27	37

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

14c. Poids corporel

Indice de masse corporelle.

Description

L'indice de masse corporelle correspond au pourcentage de la population âgée de 20 à 64 ans (à l'exception des femmes enceintes) regroupée selon les catégories suivantes : personnes présentant un poids insuffisant, personnes présentant un poids acceptable, personnes présentant un excès de poids et personnes présentant un poids excessif.

Définition

Pourcentage d'adultes qui déclarent un indice de masse corporelle (calculé) dans des catégories établies, allant du poids insuffisant au poids excessif.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé selon les données sur le poids et la taille fournies par les membres de la population âgés de 20 à 64 ans, à l'exception des femmes enceintes. En raison du taux de croissance différent des personnes de moins de 20 ans, l'IMC courant ne constitue pas un indicateur adéquat pour ce groupe. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré.

CANADA

Poids corporel, selon le sexe, 2000-2001

Sexe	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids insuffisant – IMC inférieur à 18,5	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids acceptable – IMC entre 18,5 et 24,9	Pourcentage de la population considérée comme ayant un excès de poids – IMC entre 25,0 et 29,9	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids excessif – IMC de 30,0 ou plus
Les deux sexes	2,6	48,3	32,5	14,9
Hommes	1,1	42,7	39,6	16,0
Femmes	4,2	54,1	25,3	13,9

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

Remarque : Comprend la population âgée de 20 à 64 ans au sein des ménages à l'exception des femmes enceintes.

Poids corporel, groupes d'âge sélectionnés, 2000-2001

Groupe d'âge	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids insuffisant – IMC inférieur à 18,5	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids acceptable – IMC entre 18,5 et 24,9	Pourcentage de la population considérée comme ayant un excès de poids – IMC entre 25,0 et 29,9	Pourcentage de la population considérée comme ayant un poids excessif – IMC de 30,0 ou plus
20-34 ans	4,3	57,1	26,1	11,3
35-44 ans	2,5	48,4	32,7	14,7
45-64 ans	1,3	40,9	37,8	18,2

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

Remarques : Comprend la population âgée de 20 à 64 ans au sein des ménages, à l'exception des femmes enceintes.

PREMIÈRES NATIONS

Les données ont été tirées des résultats d'une enquête téléphonique commandée par Santé Canada, à laquelle environ 500 personnes ont participé. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires. Il importe de signaler que les données de l'enquête téléphonique peuvent inclure les femmes enceintes, mais que ces dernières sont exclues des données canadiennes.

Poids corporel, Premières nations (dans les réserves), 2002

Pourcentage des répondants (âgés de 18 ans ou plus)	
Poids insuffisant	1,8
Poids acceptable	20,5
Excès de poids	41,1
Poids excessif	36,6

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, analyse secondaire d'Ipsos-Reid, Awareness and Knowledge Levels of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Peoples in Canada, 2002.

FORCES CANADIENNES

Les données ont été tirées du Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes effectué en 2000. Les questions ne répondaient pas nécessairement aux critères du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, mais portaient sur des enjeux similaires. Il importe de signaler que les données du sondage des Forces canadiennes peuvent inclure les femmes enceintes, mais que ces dernières sont exclues des données canadiennes.

Poids corporel, selon le sexe, groupes d'âge sélectionnés, Forces canadiennes, 2000

		Pourcentage des répondants membres des Forces régulières				
Sexe	Groupe d'âge	IMC inférieur à 20	IMC entre 20 et 24,9	IMC entre 25 et 26,9	IMC entre 27 et 29,9	IMC de 30 ou plus
		Poids insuffisant	Poids acceptable	Léger excès de poids	Excès de poids	Poids excessif
Hommes	20-29 ans	2	41	26	21	11
	30-44 ans	1	25	26	30	19
	45-64 ans	1	23	26	31	20
Femmes	20-29 ans	8	63	15	9	5
	30-44 ans	7	47	18	15	14
	45-64 ans	2	44	18	20	16
Total		2	29	25	27	18

Source : Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie dans les Forces canadiennes, 2000 (membres des Forces régulières âgés de 20 à 64 ans).

14d. Vaccination contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans ou plus

Immunisation contre l'influenza.

Description

La vaccination contre l'influenza correspond au pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont déclaré avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 à 24 derniers mois.

Définition

Personnes âgées de plus de 65 ans qui déclarent avoir reçu un vaccin contre l'influenza au cours de la dernière année.

CANADA

Vaccination contre l'influenza, personnes âgées de 65 ans ou plus, selon le sexe, 2000-2001

Sexe	Groupe d'âge	Pourcentage de la population ayant reçu un vaccin contre la grippe il y a moins d'un an	Pourcentage de la population ayant reçu un vaccin contre la grippe il y a un an ou plus	Pourcentage de la population n'ayant jamais reçu de vaccin contre la grippe
Les deux sexes	65 ans ou plus	63,0	7,7	23,6
Hommes		60,1	7,3	24,2
Femmes		65,2	8,0	23,1
Les deux sexes	65-74 ans	59,4	7,7	27,8
Hommes		56,0	8,4	28,5
Femmes		62,4	7,1	27,1
Les deux sexes	75 ans ou plus	68,4	7,6	17,3
Hommes		67,8	5,2	16,4
Femmes		68,7	9,1	17,9

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

Remarque : Les données dans les catégories « les deux sexes » et « hommes » devraient être interprétées avec discernement, le taux de non-réponse à certaines questions étant supérieur à 5 %.