

10<sup>e</sup> anniversaire

2009

# Indicateurs de santé



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 978-1-55465-541-0 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Health Indicators 2009*.

ISBN 978-1-55465-539-7 (PDF)

# Table des matières

<b>À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>À propos de Statistique Canada</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>Remerciements</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>Indicateurs de santé : 10 ans déjà!</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>Cadre conceptuel des indicateurs de santé</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>Point de mire : crises cardiaques et revascularisation cardiaque</b> . . . . .	<b>17</b>
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation. . . . .	18
Taux de revascularisations cardiaques . . . . .	20
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde . . . . .	24
Taux de réadmissions après un infarctus aigu du myocarde . . . . .	26
<b>Point de mire : accident vasculaire cérébral</b> . . . . .	<b>31</b>
Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation . . . . .	32
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral. . . . .	34
<b>Point de mire : la santé des femmes et des hommes — certaines interventions chirurgicales</b> . . . . .	<b>39</b>
Taux de césariennes . . . . .	40
Taux d'hystérectomies . . . . .	42
Taux de réadmissions à la suite d'une hystérectomie. . . . .	44
Taux de réadmissions à la suite d'une prostatectomie . . . . .	46
<b>Point de mire : fractures de la hanche</b> . . . . .	<b>51</b>
Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation . . . . .	52
Taux de fractures de la hanche à l'hôpital. . . . .	54
Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche . . . . .	56
<b>Point de mire : arthroplastie</b> . . . . .	<b>61</b>
Taux d'arthroplasties du genou . . . . .	62
Taux d'arthroplasties de la hanche . . . . .	64
<b>Point de mire : prévention des admissions à l'hôpital</b> . . . . .	<b>69</b>
Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure . . . . .	70
Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires . . . . .	74
Taux de réadmissions à la suite d'une crise d'asthme . . . . .	76
<b>Indicateurs de santé — une région à la fois</b> . . . . .	<b>81</b>
Profil des régions sanitaires . . . . .	82
État de santé . . . . .	86
Déterminants non médicaux de la santé. . . . .	92
Rendement du système de santé . . . . .	96
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé . . . . .	110
Remarques générales . . . . .	128
Index des indicateurs . . . . .	131
<b>Carte des régions</b> . . . . .	<b>132</b>
<b>Bon de commande</b> . . . . .	<b>135</b>



# À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.



Pour obtenir plus d'information, consultez notre site Web au [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

En date du 1<sup>er</sup> avril 2009, le Conseil d'administration de l'ICIS était composé des personnes suivantes :

- **M. Graham W. S. Scott**, C.M., c.r., président du Conseil; président, Graham Scott Strategies Inc.
- **M<sup>me</sup> Glenda Yeates**, membre d'office, présidente-directrice générale, ICIS
- **D<sup>r</sup> Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **D<sup>r</sup> Luc Boileau**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec
- **D<sup>r</sup> Karen Dodds**, sous-ministre adjointe, Santé Canada
- **D<sup>r</sup> Chris Eagle**, chef des opérations, milieu urbain, Alberta Health Services
- **M. Kevin Empey**, chef de la direction, Lakeridge Health Corporation
- **M. Donald Ferguson**, sous-ministre, ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick
- **D<sup>r</sup> Vivek Goel**, président et chef de la direction, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
- **M<sup>me</sup> Alice Kennedy**, chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
- **M. Denis Lalumière**, sous-ministre adjoint, Planification stratégique, évaluation et qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- **M. Gordon Macatee**, sous-ministre, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique
- **D<sup>r</sup> Cordell Neudorf**, président, Conseil de l'ISPC; médecin hygiéniste en chef, Saskatoon Health Region
- **D<sup>r</sup> Brian Postl**, vice-président du Conseil; président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg
- **M. Ron Sapsford**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
- **M. Munir Sheikh**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M. Howard Waldner**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority



# À propos de Statistique Canada

**Statistique Canada** est autorisé, en vertu de la *Loi sur la statistique*, à recueillir, compiler, analyser, résumer et publier des statistiques portant sur la santé et le bien-être des Canadiens. Il mène des enquêtes auprès des Canadiens et recueille des données administratives afin de mieux comprendre l'état de santé de la population, les caractéristiques et comportements qui favorisent la santé ou suscitent des risques de maladie, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats pour la santé.

Il renseigne les Canadiens grâce à l'analyse et la diffusion de l'information tirée de ses banques de données. Chaque mois, Statistique Canada publie *Rapports sur la santé*, une revue répertoriée et évaluée par des pairs consacrée à la recherche sur la santé de la population et les services de santé.

## **Comment obtenir d'autres renseignements**

Pour de plus amples renseignements sur ce produit ou sur la vaste gamme de services et de données disponibles de Statistique Canada, visitez le site Web [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca), écrivez à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca) ou téléphonez, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, aux numéros ci-dessous :

### **Centre de contact national de Statistique Canada**

Ligne sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements : 1-800-263-1136

Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants : 1-800-363-7629

Télécopieur : 1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements : 1-613-951-8116

Télécopieur : 1-613-951-0581

### **Programme des services de dépôt**

Service de renseignements : 1-800-635-7943

Télécopieur : 1-800-565-7757

## **Normes de service à la clientèle**

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, il s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par ses employés. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées dans le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca), sous À propos de nous, à la rubrique Offrir des services aux Canadiens.



# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les nombreux organismes et les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Le rapport *Indicateurs de santé 2009* a grandement bénéficié de l'apport de nos intervenants partout au pays. Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui, dans les régions sanitaires, les provinces et les territoires, ont bien voulu nous prêter assistance en examinant les indicateurs et en nous communiquant leurs suggestions judicieuses.

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les experts suivants pour leurs judicieux conseils dans le cadre de l'élaboration du rapport :

- **D<sup>r</sup> Douglas Manuel**, scientifique principal, Institut de recherche en santé d'Ottawa; titulaire d'une chaire en santé publique appliquée des IRSC et de l'ASPC; conseiller médical principal, Statistique Canada
- **D<sup>r</sup> Eric Bohm**, professeur adjoint de chirurgie, Université du Manitoba; directeur de recherche, Joint Replacement Group, Université Concordia
- **D<sup>r</sup> Gary F. Teare**, directeur, Quality Measurement and Analysis Health Quality Council, Saskatchewan
- **M<sup>me</sup> Helen Johansen**, Ph. D., analyste principale, Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada; professeure auxiliaire, Université d'Ottawa
- **D<sup>r</sup> Jack Tu**, professeur de médecine, University of Toronto; scientifique principal, Institut de recherche en services de santé
- **D<sup>re</sup> Jan Christilaw**, présidente, BC Women's Hospital and Health Centre; professeure clinicienne d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia
- **D<sup>r</sup> John Millar**, directeur exécutif, Population Health, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique
- **D<sup>r</sup> Michael J. Dunbar**, professeur agrégé de chirurgie, Dalhousie University; directeur de la recherche en orthopédie, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
- **D<sup>r</sup> Michael D. Hill**, président, Information and Evaluation Committee, Canadian Stroke Strategy; professeur agrégé de neurologie et d'épidémiologie, University of Calgary; directeur, Stroke Unit, Foothills Medical Centre
- **D<sup>re</sup> Min Gao**, directrice, Health Statistics, Cardiac Services, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique
- **M<sup>me</sup> Patrice Lindsay**, Ph. D., spécialiste du rendement et des normes, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; scientifique associée, Institut de recherche en services de santé; chercheure associée, Institut de recherche en santé d'Ottawa
- **D<sup>r</sup> Stephen J. Phillips**, professeur de médecine, Dalhousie University; directeur, Acute Stroke Program, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des experts ni des organismes auxquels ils sont associés.

L'équipe de l'ICIS responsable de l'élaboration de ce rapport comprend :

- **M<sup>me</sup> Helen Angus**, vice-présidente, Recherche et Analyse
- **M<sup>me</sup> Indra Pulcins**, Ph. D., directrice, Indicateurs et Mesure du rendement
- **D<sup>r</sup> Eugene Wen**, gestionnaire, Indicateurs de santé
- **M<sup>me</sup> Chantal Courris**, Ph. D., méthodologiste principale
- **D<sup>e</sup> Yana Gurevich**, méthodologiste
- **D<sup>e</sup> Yanyan Gong**, chef d'équipe
- **M<sup>me</sup> Carolyn Sandoval**, chargée de projet
- **D<sup>e</sup> Zeerak Chaudhary**, chargée de projet
- **M<sup>me</sup> Annette Marcuzzi**, chargée de projet
- **M<sup>me</sup> Brooke Kinniburgh**, analyste principale
- **M. Jeremy Herring**, analyste principal
- **M. Dragos Daniel Capan**, analyste principal
- **M. Jun Liang**, analyste principal
- **M<sup>me</sup> Kathy Nguen**, analyste principale
- **M<sup>me</sup> Sharon Relova**, analyste principale
- **D<sup>e</sup> Liudmila Husak**, analyste principale
- **M<sup>me</sup> Anisha Abreo**, analyste principale
- **M<sup>me</sup> Emily St. Denis**, analyste

Le Projet des indicateurs de santé, une initiative conjointe de l'ICIS et de Statistique Canada, produit de l'information sur une vaste gamme d'indicateurs de santé. Pour les besoins du rapport *Indicateurs de santé 2009*, Statistique Canada a fourni des données et des indicateurs sur l'état de santé, sur les déterminants non médicaux de la santé et sur les caractéristiques du système de santé et de la collectivité. Statistique Canada et l'ICIS collaborent également à la production de la publication en ligne *Indicateurs de santé*, qui fournit des données supplémentaires sur les indicateurs de santé. Nous souhaitons notamment exprimer notre reconnaissance à **Brenda Wannell**, **Tim Johnston** et **Lawson Greenberg** de Statistique Canada, qui ont contribué au présent rapport imprimé.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'aide et l'appui généreux de nombreux autres employés de l'ICIS, qui ont compilé et validé les données, travaillé à la conception graphique et Web, à la traduction, aux communications et à la distribution, et qui ont apporté un soutien constant à l'équipe principale.





## Indicateurs de santé : 10 ans déjà!

Depuis 1999, l'ICIS et Statistique Canada travaillent conjointement sur le projet des indicateurs de santé, afin d'élaborer et de fournir un vaste éventail d'indicateurs pour les régions sanitaires à l'échelle du pays. Le premier rapport *Indicateurs de santé* a été publié en 2000 avec le rapport *Les soins de santé au Canada*. Il comprenait alors 13 indicateurs qui ont fourni les toutes premières données comparatives sur un éventail de mesures de la santé et du système de santé pour 63 grandes régions sanitaires du Canada ainsi que pour les provinces et territoires. Le rapport avait pour but de présenter de l'information objective et à jour pour appuyer une prise de décisions fondées sur les faits à l'intention des intervenants à l'échelle régionale, provinciale et nationale. Les indicateurs visaient à répondre à deux questions : Comment se portent les Canadiens? et Comment se porte le système de santé du Canada? Cette année, l'ICIS et Statistique Canada célèbrent la 10<sup>e</sup> publication de ce rapport intitulé cette année *Indicateurs de santé 2009*.

Les indicateurs doivent tenir compte des besoins en information de leurs utilisateurs — les décideurs, les gestionnaires du système de santé, les professionnels de la santé et le public. Afin de mieux comprendre les types d'indicateurs qu'il y a lieu d'élaborer et de publier, l'ICIS a convoqué en 1999 la première Conférence consensuelle sur les indicateurs de santé de la population. Cette conférence était organisée en collaboration avec les Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population et les services de santé, de même qu'avec Santé Canada et Statistique Canada. À cette occasion, les participants se sont entendus sur un modèle conceptuel à adopter pour mener le projet Cadre conceptuel des indicateurs de santé. Ils ont également donné leur avis sur le choix d'une première série d'indicateurs pouvant être compilés à partir des sources de données existantes. Deux autres conférences consensuelles ont eu lieu depuis afin de cerner les nouveaux défis et les besoins en information dans le domaine de la santé et des soins de santé.

### Qu'est-ce qu'un indicateur?

Un indicateur de santé est une mesure unique (habituellement exprimée en termes quantitatifs) qui évalue une dimension essentielle de la santé (comme le nombre de personnes victimes d'une crise cardiaque ou qui se fracturent la hanche), du système de santé (comme la fréquence à laquelle les patients retournent à l'hôpital pour d'autres soins après leur traitement) ou d'autres facteurs connexes. Il peut nous aider à mieux comprendre la santé des Canadiens, la façon dont fonctionne le système de santé et les aspects qui doivent être améliorés. Les indicateurs de santé peuvent servir à éclairer les politiques de santé, à gérer le système de santé, à affiner notre compréhension des déterminants globaux de la santé, de même qu'à déceler les inégalités relatives à l'état de santé et les résultats de santé de certaines populations.

### Le Web : une mine de renseignements

La publication en ligne *Indicateurs de santé*, une ressource interactive en ligne gratuite, est produite conjointement par l'ICIS et Statistique Canada. Elle fournit un large éventail d'indicateurs de santé produit par ces deux organismes. Elle donne un accès facile aux derniers résultats des indicateurs de santé, de même qu'aux données relatives à toutes les autres années ayant déjà été couvertes, aux cartes, aux notes techniques intégrales et à d'autres renseignements importants.

**La publication en ligne *Indicateurs de santé*** : Pour en savoir plus sur les dernières évaluations de la santé des Canadiens, d'une région à l'autre, consultez le [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs) ou le [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca).

La liste des indicateurs de santé s'est allongée au cours des 10 dernières années afin de répondre aux besoins grandissants en information. Elle comprend maintenant de nouveaux indicateurs sur l'utilisation des ressources, les résultats pour la santé, les temps d'attente et la sécurité des patients. Cette année, trois nouveaux indicateurs sont présentés : le taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, le taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation et le taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation. Lorsque de nouveaux indicateurs sont élaborés, les intervenants régionaux, provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres experts sont consultés au sujet de questions allant des définitions jusqu'aux détails techniques. Les régions et les provinces examinent les résultats des indicateurs et formulent des suggestions et observations qui sont prises en compte lors des révisions et des améliorations.

Il est également important de voir comment les indicateurs sont utilisés. Certains indicateurs ont été adoptés dans le cadre d'ententes de rendement régionales ou provinciales ou de fiches de rendement des systèmes. Bon nombre de provinces et territoires utilisent les indicateurs de santé pour déterminer les aspects prioritaires à analyser plus à fond, alors que d'autres s'en servent pour trouver des possibilités d'amélioration.

Au cours des 10 dernières années, le document *Indicateurs de santé* est passé d'un petit encart dans le rapport *Les soins de santé au Canada* à un rapport annuel à part entière dont le nombre d'indicateurs à l'échelle régionale, provinciale et nationale ne cesse d'augmenter. De plus, il existe d'incroyables possibilités d'étendre l'utilité de cette publication dans l'avenir, afin d'aider le système de santé à faire face à de nouveaux défis et à poursuivre ses buts à l'aide de preuves objectives et d'information valable.

Comme les rapports des années précédentes, *Indicateurs de santé 2009* présente les dernières données disponibles sur le système de santé et la santé de la population dans les régions sanitaires, les provinces et les territoires du Canada. Pour son 10<sup>e</sup> anniversaire, le rapport présente en outre les tendances nationales au fil du temps pour certains indicateurs en mettant l'accent sur les six thèmes suivants : crises cardiaques et revascularisation cardiaque; accident vasculaire cérébral; santé des femmes et des hommes — certaines interventions chirurgicales; fractures de la hanche; arthroplasties et prévention des admissions à l'hôpital.

## Points saillants du rapport

**Crises cardiaques et revascularisation cardiaque :** De 2003-2004 à 2007-2008<sup>\*</sup>, les taux de nouveaux événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation, les taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une admission pour une crise cardiaque ainsi que les taux de réadmissions à la suite d'une crise cardiaque ont diminué au Canada<sup>\*</sup>. De 1998-1999 à 2007-2008, le taux global de revascularisations cardiaques (comme les angioplasties et les pontages coronariens) a connu une augmentation marquée. L'attente pour une revascularisation chez les patients victimes d'une crise cardiaque a été moins longue que par le passé.

**Accident vasculaire cérébral :** De 2003-2004 à 2007-2008, le taux de nouveaux événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation a diminué au Canada<sup>\*</sup>, mais le taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une admission pour un accident vasculaire cérébral est demeuré le même.

**La santé des femmes et des hommes — certaines interventions chirurgicales :** De 2001-2002 à 2007-2008, le taux de césariennes a continué d'augmenter. De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'hystérectomies au Canada a diminué. On n'a pas observé de changement significatif dans les taux<sup>\*</sup> de réadmissions imprévues à la suite d'une hystérectomie ou d'une prostatectomie.

**Fractures de la hanche :** De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'hospitalisations à la suite d'une fracture de la hanche, qui représente les fractures de la hanche dans la collectivité, a diminué au Canada<sup>\*</sup>, mais le taux de fractures de la hanche survenues dans des hôpitaux de soins de courte durée est demeuré le même.

**Arthroplasties :** De 1998-1999 à 2006-2007, les taux d'arthroplasties du genou et de la hanche ont connu une augmentation marquée au Canada<sup>\*</sup>.

### Prévention des admissions à l'hôpital :

On a constaté des améliorations dans certains indicateurs liés aux hospitalisations qui peuvent être évités. De 2001-2002 à 2007-2008, les taux d'hospitalisations liées à des blessures ou à des conditions propices aux soins ambulatoires ont diminué; cependant, les taux de réadmissions imprévues après un congé de l'hôpital à la suite d'une crise d'asthme n'ont pas changé de façon significative.

### Qu'en est-il du Québec?

Au moment de la publication, l'ICIS n'avait pas accès aux données du Québec sur les séjours à l'hôpital de 2006-2007 et 2007-2008. Dans la mesure du possible, les données antérieures du Québec ont été incluses dans l'analyse. Cependant, la province a été exclue de l'analyse lorsque la disponibilité des données avait une incidence sur les tendances nationales.

## Pour en savoir davantage

On peut se procurer gratuitement les points saillants et le texte intégral du rapport *Indicateurs de santé 2009* en français et en anglais sur le site Internet de l'ICIS au [www.icis.ca](http://www.icis.ca). Pour commander d'autres exemplaires gratuits du rapport, veuillez communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé  
Bureau des commandes  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120

Comme d'habitude, nous serons ravis de connaître votre opinion au sujet de cette publication. Veuillez transmettre vos commentaires sur ce rapport ainsi que vos suggestions sur les indicateurs ou les priorités en ce qui concerne l'élaboration de futurs indicateurs à [indicateurs@icis.ca](mailto:indicateurs@icis.ca).

\* À l'exclusion du Québec.



# Cadre conceptuel des indicateurs de santé



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada



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



## Point de mire : crises cardiaques et revascularisation cardiaque

La crise cardiaque, ou l'infarctus aigu du myocarde (IAM), est l'une des principales causes de décès au Canada<sup>1</sup>. Quelque 18 000 Canadiens en décèdent chaque année<sup>2</sup>. Les crises cardiaques sont des urgences constituant un danger de mort. Elles surviennent lorsque les artères coronaires, les vaisseaux sanguins transportant le sang jusqu'au muscle cardiaque pour en assurer le fonctionnement, sont soudainement obstruées. L'apport insuffisant de sang endommage le muscle cardiaque, affaiblissant ainsi ses fonctions ou l'arrêtant complètement, ce qui peut s'avérer fatal.

Certaines personnes présentent des caractéristiques qui augmentent leurs risques d'être victimes d'une crise cardiaque. Cela dit, cette affection est évitable dans bien des cas<sup>3</sup>, à condition que les personnes et les professionnels de la santé prennent les bonnes mesures. Il est possible de réduire considérablement le risque d'une crise cardiaque en adoptant un style de vie sain et un régime équilibré, en étant actif et en s'abstenant de fumer. Les dispensateurs de soins de santé peuvent informer les patients des facteurs influant sur leur santé, les encourager à adopter un mode de vie plus sain et s'assurer qu'ils prennent les médicaments appropriés après une crise cardiaque pour éviter une autre.

De nouvelles approches en matière de soins, qui mettent l'accent sur la réouverture rapide des artères (par des anticoagulants ou la revascularisation cardiaque), augmentent les chances de survie des patients après une crise cardiaque<sup>4-6</sup>. La revascularisation cardiaque, par angioplastie ou pontage coronarien, permet de rétablir la circulation sanguine vers le muscle cardiaque. Bien que tous les patients victimes d'une crise cardiaque n'aient pas besoin d'une revascularisation<sup>7</sup>, les recherches suggèrent qu'une telle intervention pratiquée aussitôt après une crise cardiaque a des avantages chez les patients admissibles<sup>8</sup>. Cette technique n'est pas seulement utilisée pour traiter les crises cardiaques; elle sert également à ouvrir les artères qui rétrécissent, mais qui ne sont pas encore bloquées chez un grand nombre de patients.

La présente section porte sur plusieurs indicateurs liés aux crises cardiaques :

- taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation, un nouvel indicateur ajouté cette année;
- taux d'angioplasties et de pontages coronariens;
- taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM;
- taux de réadmissions imprévues à la suite d'une sortie pour une crise cardiaque.

## Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation

Les crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde ou IAM) sont un sujet de grande préoccupation pour les cliniciens, les planificateurs des soins de santé et les organismes publics en raison de la mortalité et de la morbidité qui y sont associées, de leur coût pour le système de santé et la société et du fait que nombre d'entre elles pourraient être évitées<sup>3</sup>. Ainsi, d'importants efforts sont déployés pour en réduire le nombre.

Jusqu'à tout récemment, les statistiques pancanadiennes sur les crises cardiaques se limitaient au nombre d'hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque. Celles-ci ne permettaient pas de dresser un profil exact, car les patients admis plus d'une fois à l'hôpital pour la même crise cardiaque, ou transférés dans un autre établissement, étaient comptés deux fois ou plus. Pour la première fois cette année, un nouvel indicateur, le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation, a été créé pour mesurer uniquement les nouveaux épisodes de cas de crises cardiaques admis à l'hôpital, plutôt que toutes les hospitalisations liées à celles-ci. Cela dit, cet indicateur ne permet toujours pas de brosser un portrait complet du nombre de crises cardiaques subies chaque année, car il se limite aux patients admis à l'hôpital sans tenir compte de ceux décédés avant d'y arriver.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisé selon l'âge de nouveaux événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation en soins de courte durée, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus. Un nouvel événement est défini comme étant une première hospitalisation à la suite d'une crise cardiaque ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence<sup>1</sup>.

### Pourquoi est-ce important?

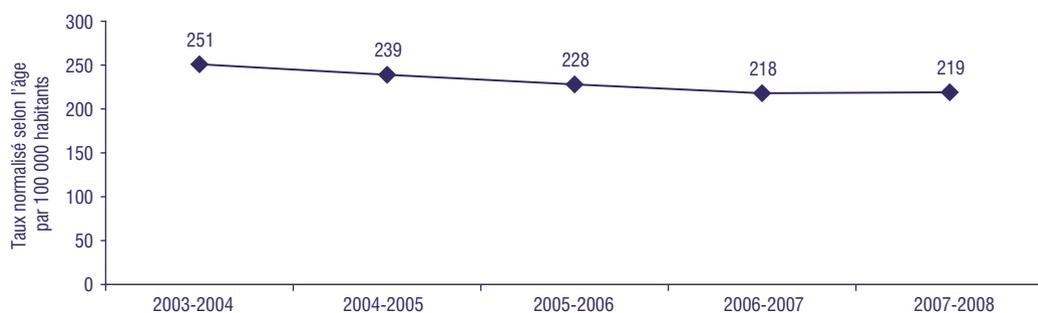
Le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation donne une estimation de l'incidence des crises cardiaques dans la collectivité. Le suivi des taux au fil du temps et entre les différents territoires et provinces peut servir de point de départ à l'évaluation de l'effet des programmes de prévention et de traitement, à la planification des ressources de santé et à l'estimation des coûts.

### Principales constatations

- Le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation au Canada\* a baissé significativement au cours des cinq dernières années. De 2003-2004 à 2007-2008, on a constaté une réduction de 13 %, après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1).
- En 2007-2008, 49 220 Canadiens\* ont été hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque; 1 678 personnes, soit environ 3,4 %, ont été victimes de plus d'une crise cardiaque au cours de cet exercice.
- Les taux d'événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation hospitalisés varient à l'échelle du pays. En 2007-2008, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador ont présenté un taux deux fois plus élevé de cas de crises cardiaques hospitalisés que les résidents de la Colombie-Britannique.
- Au cours des cinq dernières années, les taux d'événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation ont diminué environ au même rythme pour les deux sexes; toutefois, les taux des hommes sont restés invariablement supérieurs à ceux des femmes pour tous les groupes d'âge.
- L'écart entre les sexes s'atténue avec l'âge : les hommes étaient victimes de crises cardiaques quatre fois plus que les femmes entre 20 et 44 ans, alors que cette proportion passe à une fois et demie chez ceux âgés de 65 ans ou plus (figure 2).
- En 2007-2008\*, les taux d'événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation étaient 66 % plus élevés chez les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés que chez celles vivant dans les quartiers les plus riches (figure 3). De 2003-2004 à 2007-2008, les taux\* d'événements de crises cardiaques menant à une hospitalisation ont diminué pour tous les groupes de revenus; toutefois, la baisse a été plus marquée chez ceux vivant dans les quartiers les plus riches (17 %), celle-ci n'étant que de 10 % chez ceux vivant dans les quartiers les plus défavorisés (10 %).

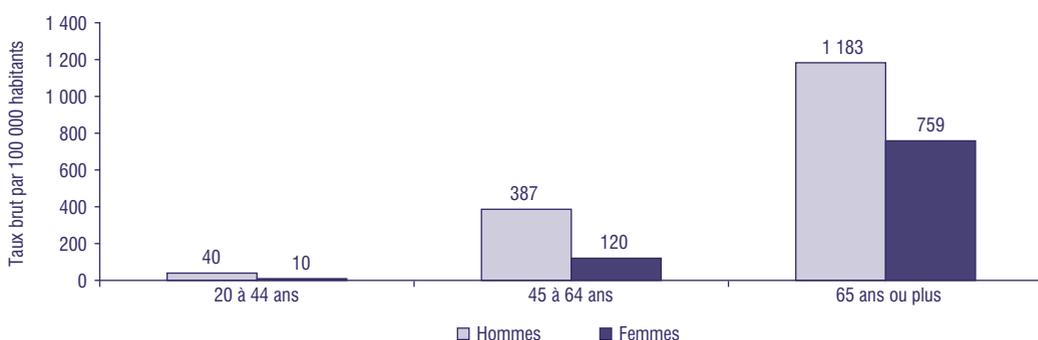
\* À l'exclusion du Québec.

i. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

**Figure 1 Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation, Canada**

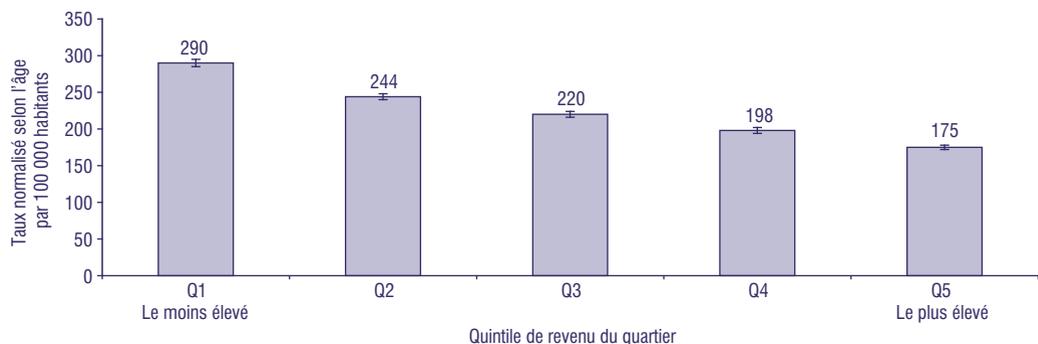
Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux pour toutes les années excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 n'inclut pas le Manitoba en raison de différences dans la définition de l'IAM dans l'ICD-9-CM et la CIM-10-CA. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008**

Remarque : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 3 Taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2007-2008**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le premier quintile affiche le revenu de quartier le plus bas et le cinquième quintile, le plus élevé. Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2007-2008 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux de revascularisations cardiaques

La revascularisation cardiaque sert à rétablir ou à améliorer l'apport de sang vers le muscle cardiaque afin de réduire les symptômes de la maladie coronarienne, comme les douleurs à la poitrine et la faiblesse. La revascularisation peut améliorer la qualité de vie des patients<sup>9,10</sup> et réduire la mortalité<sup>5,6,10,11</sup>.

Il existe deux types de revascularisation : le pontage coronarien et l'angioplastie coronarienne. Le pontage coronarien, aussi connu sous le nom de pontage aortocoronarien, est une chirurgie majeure consistant à pratiquer une incision dans la poitrine du patient. Des vaisseaux sanguins prélevés d'autres parties du corps sont rattachés à l'artère coronaire pour contourner les obstructions et rétablir la circulation sanguine vers le muscle cardiaque. L'angioplastie coronarienne, aussi appelée intervention coronarienne percutanée ou ICP, ne nécessite pas d'incision dans la poitrine. Toutefois, elle ne peut être utilisée pour traiter tous les types d'obstruction. Cette intervention consiste à insérer un cathéter dans une artère coronaire puis à gonfler un petit ballonnet à l'extrémité afin de dilater le segment rétréci de l'artère et ainsi permettre au sang de circuler jusqu'au muscle cardiaque. Les endoprothèses coronariennes, de minuscules tubes semblables à des cages, sont souvent insérées au même moment pour que l'artère reste ouverte.

Jusqu'au début des années 1990, le traitement privilégié pour traiter la maladie coronarienne était le pontage aortocoronarien, car les artères dégagées à la suite d'une angioplastie rétrécissaient souvent de nouveau. La situation a changé lorsqu'on a commencé à insérer des endoprothèses, qui amélioraient la sécurité et l'efficacité de l'angioplastie<sup>12,13</sup>. Les médicaments antiplaquettaires puissants mis au point à la même époque sont venus réduire encore davantage les complications liées à cette intervention<sup>12</sup>. Les endoprothèses à élution de médicaments (souvent enduites de médicament à résorption lente) ont fait leur apparition en 2002; celles-ci diminuent le risque d'un nouveau rétrécissement et réduisent encore plus la nécessité d'autres interventions<sup>14,15</sup>.

Certaines améliorations ont également été apportées au pontage coronarien, notamment une intervention avec effraction minimale, permettant de traiter certains patients sans procéder à l'ouverture de la poitrine. Une autre nouvelle approche, la technique à cœur battant, permet de pratiquer un pontage coronarien sur certains patients sans avoir à arrêter le cœur. Néanmoins, l'angioplastie permet une convalescence plus aisée et plus rapide que le pontage coronarien, et elle nécessite moins de ressources hospitalières. Cela en fait donc une solution attirante tant pour les patients que pour les dispensateurs de soins. Ainsi, les taux de pontages aortocoronariens ont baissé, tandis que ceux de l'angioplastie ont monté en flèche au cours des dernières années.

### Définition des indicateurs

Le taux d'interventions coronariennes percutanées désigne le taux d'interventions coronariennes percutanées pratiquées dans des hôpitaux de soins de courte durée, des établissements de chirurgie d'un jour ou des laboratoires de cathétérisme, normalisé selon l'âge par 100 000 habitants de 20 ans ou plus.

Le taux de pontages aortocoronariens désigne le taux de pontages aortocoronariens pratiqués dans des hôpitaux de soins de courte durée, normalisé selon l'âge par 100 000 habitants de 20 ans ou plus.

Le taux de revascularisations cardiaques est le taux des deux interventions précédentes combinées, normalisé selon l'âge.

### Pourquoi est-ce important?

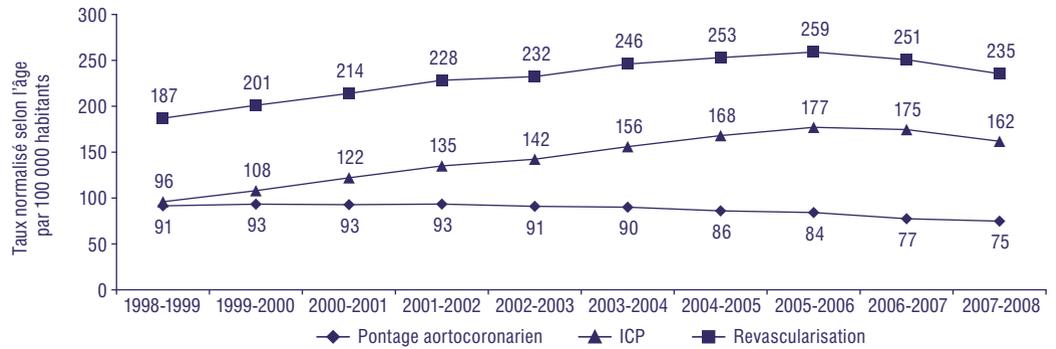
Les taux d'interventions de revascularisation cardiaque donnent des renseignements qui peuvent être utilisés pour allouer les ressources humaines de la santé, planifier les services de santé et établir le budget. Les importantes variations régionales des taux de vascularisation sont attribuables à de nombreux facteurs, notamment la prévalence de la maladie coronarienne dans la population, la disponibilité des services et les modes de pratique des dispensateurs. Le suivi des taux au fil du temps et entre les différents territoires et provinces donne des renseignements utiles sur les modes de soins partout au pays.

## Principales constatations

- Au Canada\*, le taux global de revascularisations cardiaques a augmenté de 39 % après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique, passant de 187 par 100 000 habitants en 1998-1999 à 259 (un taux maximal) par 100 000 habitants en 2005-2006 (figure 1). Les taux ont commencé à diminuer par la suite.
  - Le nombre d'angioplasties pratiquées au Canada\* a plus que doublé au cours des 10 dernières années. En 1998-1999, on comptait à peine plus de 17 000 congés à la suite d'une angioplastie, alors que ce chiffre était de plus de 36 000 en 2007-2008. Un taux maximal de 177 angioplasties par 100 000 habitants a été atteint en 2005-2006, par rapport à 96 par 100 000 habitants en 1998-1999, soit une hausse de 84 % après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1).
  - Les taux de pontages aortocoronariens ont baissé de 18 %, passant de 91 par 100 000 habitants en 1998-1999 à 75 par 100 000 habitants en 2007-2008 (figure 1).
- Les taux de revascularisations cardiaques variaient à l'échelle du pays. En 2007-2008\*, le taux global de revascularisation se situait entre 212 et 286 par 100 000 habitants (figure 2).
- Le choix de la technique de revascularisation varie également selon la province. En 2007-2008, l'angioplastie représentait 58 % des revascularisations cardiaques à Terre-Neuve-et-Labrador, mais 75 % en Alberta (figure 3).
- Au cours des 10 dernières années\*, le taux de revascularisations chez les hommes était environ trois fois supérieur à celui des femmes, bien que les hommes présentaient un taux de cas de crises cardiaques hospitalisés seulement deux fois supérieur à celui des femmes.
- La revascularisation cardiaque est de plus en plus utilisée pour traiter les patients âgés. Au cours des 10 dernières années\*, les taux de ces interventions ont quadruplé chez les patients de 85 ans ou plus. L'augmentation pour les autres groupes d'âge se situait entre 19 et 35 %.
- Au cours des dernières années, l'insertion des endoprothèses est devenue pratique courante. On y a eu recours dans 96 % des angioplasties en 2007-2008\*.

\* À l'exclusion du Québec.

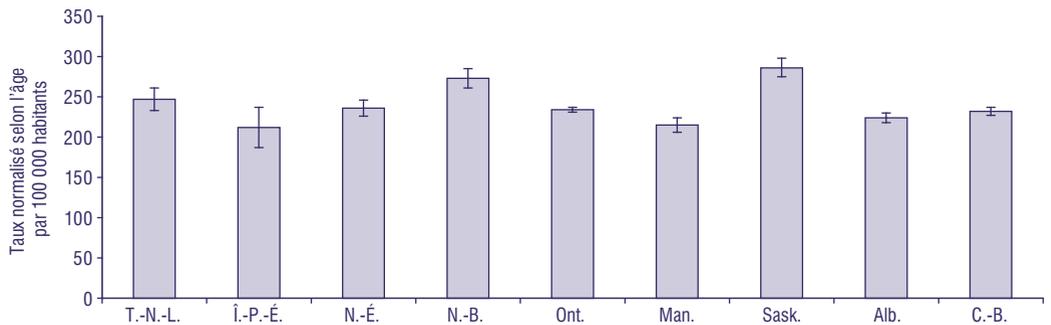
**Figure 1 Taux de revascularisations, Canada**



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux pour toutes les années excluent le Québec; les données du Québec de 2006-2007 et 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. La tendance relative à chaque type d'intervention est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

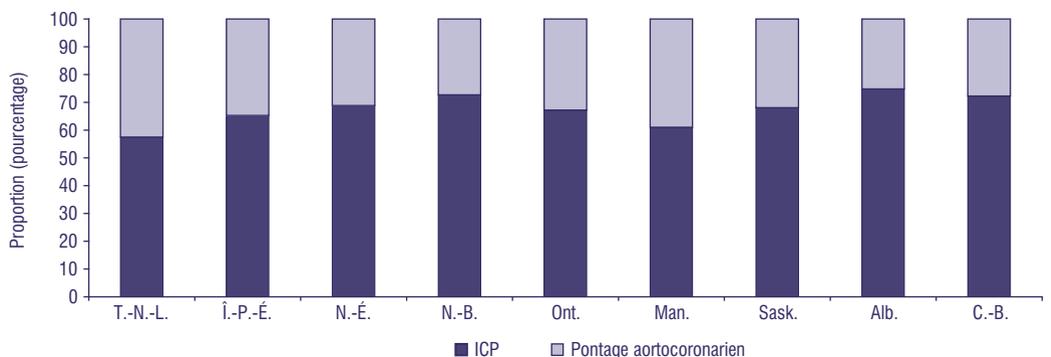
**Figure 2 Taux de revascularisations par province, Canada, 2007-2008**



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les données du Québec de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 3 Types de revascularisations, par province, Canada, 2007-2008**



Remarques : Les données du Québec de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

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

Le risque de décéder à l'hôpital après une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde ou IAM) dépend de plusieurs facteurs. Certains, comme l'âge, ne peuvent être modifiés après un IAM. Toutefois, les percées en matière de traitement, particulièrement sur le moment de rouvrir les artères coronaires pour rétablir la circulation sanguine, augmentent considérablement les chances de survie des patients<sup>4-6</sup>. D'autres pratiques liées aux soins, comme respecter les directives des spécialistes et les pratiques exemplaires, jouent un rôle important dans l'atteinte de meilleurs résultats<sup>16</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée pour une crise cardiaque<sup>ii</sup>.

### Pourquoi est-ce important?

Les taux de mortalité à la suite d'une crise cardiaque peuvent refléter la qualité des soins et l'efficacité du traitement offert à l'hôpital, ainsi que les soins fournis dans la collectivité. Le suivi au fil du temps de la mortalité à l'hôpital après une crise cardiaque peut servir à revoir les modes de pratique, à améliorer les soins et à évaluer les progrès réalisés.

### Principales constatations

- Au Canada<sup>\*</sup>, en 2007-2008, le taux, ajusté selon les risques<sup>iii</sup>, de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission pour une crise cardiaque était de 9,1 %, contre 10,2 % en 2003-2004, soit une baisse de 11 % sur cinq ans (figure 1).
- Des variations du taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM ont été constatées à l'échelle du pays. De 2005-2006 à 2007-2008<sup>iv</sup>, les taux à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique étaient significativement supérieurs au taux national, alors que les taux au Manitoba et en Alberta étaient significativement inférieurs.
- Les taux de mortalité<sup>\*</sup> ont diminué pour tous les groupes d'âge. Toutefois, la plus forte baisse, soit 41 %, a été observée chez les patients âgés de 20 à 44 ans. La plus faible amélioration (11 %) a été constatée chez les patients de 85 ans ou plus.
- De 2003-2004 à 2007-2008, les taux de mortalité<sup>\*</sup> chez les femmes ont diminué environ au même rythme que chez les hommes. Toutefois, en 2007-2008<sup>\*</sup>, ils sont restés environ 6 % supérieurs à ceux des hommes, après avoir tenu compte de l'âge et des autres maladies.
- Un plus grand nombre de patients victimes d'une crise cardiaque subissent désormais une revascularisation dans les 30 jours suivant leur hospitalisation pour un IAM, soit 45 % en 2007-2008, contre 34 % en 2003-2004 (figure 2).
- Au cours des cinq dernières années, les patients ayant subi une revascularisation dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour une crise cardiaque ont affiché des taux de mortalité plus bas que les patients qui n'en ont pas subi. La revascularisation a été pratiquée sur des patients plus jeunes et présentant moins de comorbidités, mais même après avoir tenu compte de ces différences, le risque de décès était significativement plus bas que chez les patients qui n'ont pas subi cette intervention (figure 2).
- La revascularisation est également pratiquée plus tôt que par le passé. En 2007-2008, 43 % des patients victimes d'une crise cardiaque ont subi une revascularisation le jour même ou le jour suivant leur admission à l'hôpital pour une crise cardiaque, contre 28 % en 2003-2004 (figure 3).

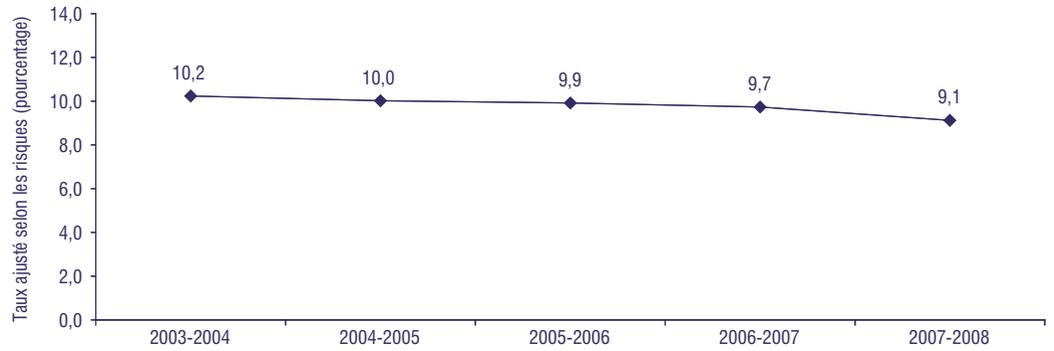
\* À l'exclusion du Québec.

ii. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe et certains diagnostics de comorbidité. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.ics.ca/indicateurs](http://www.ics.ca/indicateurs).

iii. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008.

iv. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

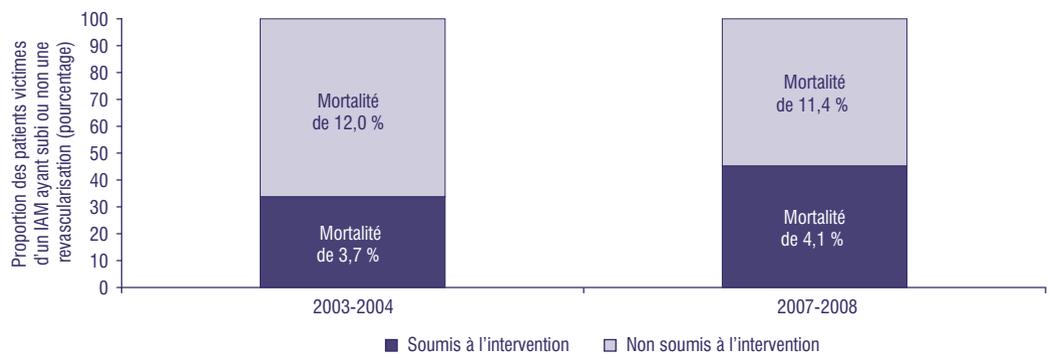
**Figure 1 Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM, Canada**



Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008, inclusivement. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

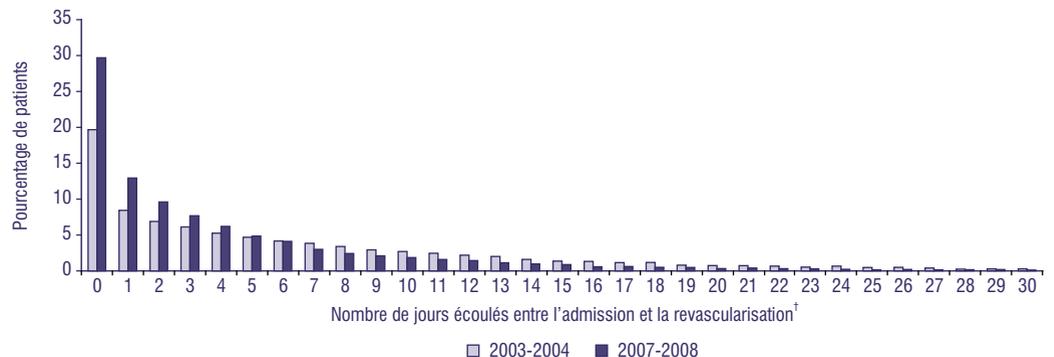
**Figure 2 Proportion des patients ayant subi ou non une revascularisation dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital pour une crise cardiaque et taux, ajusté selon les risques, de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, Canada**



Remarque : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 3 Nombre de jours écoulés entre l'admission à l'hôpital pour une crise cardiaque et la revascularisation, Canada**



Remarques : † Tronqué à 30 jours. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Taux de réadmissions après un infarctus aigu du myocarde

Les crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde ou IAM) peuvent être mortelles, mais plus de 90 % des patients admis à l'hôpital pour cette raison y survivent. Après leur congé, la plupart des patients récupèrent à domicile ou dans un autre établissement de soins de santé. Toutefois, certains patients retournent à l'hôpital peu après leur congé en raison d'autres problèmes de santé, comme une autre crise cardiaque, une douleur persistante à la poitrine ou une insuffisance cardiaque<sup>17</sup>, ou encore parce qu'ils ont besoin d'autres soins.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de réadmissions imprévues dans les 28 jours suivant la sortie de l'établissement<sup>v</sup>. Sauf indication contraire, les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

### Pourquoi est-ce important?

Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, elles sont souvent perçues comme une mesure de la qualité des soins reçus au cours du séjour initial et après le congé de l'hôpital. Le risque de réadmission après un IAM peut être lié aux différences dans le respect par le dispensateur des directives cliniques à l'hôpital et après le congé, à l'observance du traitement par le patient après son congé ou à la qualité des soins de suivi dans la collectivité. D'autres facteurs comprennent l'accès à un diagnostic ou à des technologies de traitement appropriées (angiogrammes ou angioplasties) au cours du séjour initial à l'hôpital ainsi qu'à la qualité globale des soins offerts à l'hôpital.

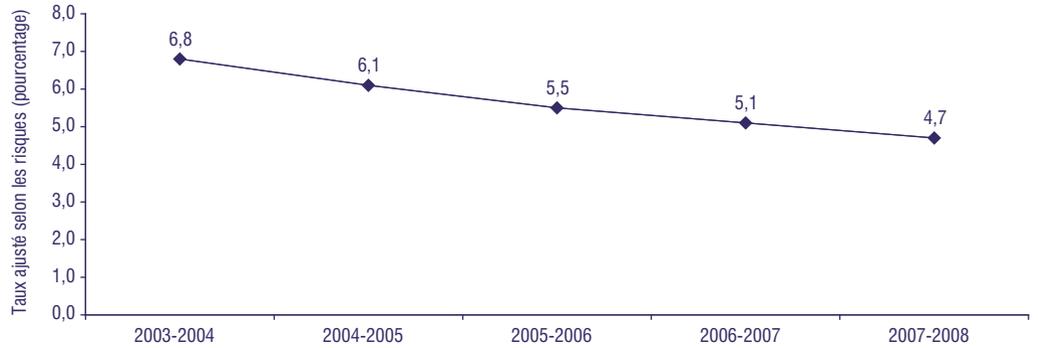
### Principales constatations

- En 2007-2008<sup>†</sup>, le taux annuel canadien de réadmissions imprévues après un congé pour une crise cardiaque, ajusté selon les risques<sup>v</sup>, était de 4,7 %, contre 6,8 % en 2003-2004, soit une baisse de 31 % au cours des cinq dernières années (figure 1).
- Dans l'ensemble, la baisse des taux de réadmissions à la suite d'un IAM a été observée dans toutes les provinces et la variation des taux a diminué au cours des cinq dernières années. En 2003-2004, les taux se situaient entre 9,7 % et 4,4 %, alors qu'en 2007-2008, les taux provinciaux se situaient entre 6,1 % et 4,0 % (figure 2).
- Les réadmissions ont eu lieu peu après le congé. Près de la moitié (45 %) des réadmissions imprévues après une crise cardiaque sont survenues dans la première semaine après le congé.
- La maladie coronarienne était la principale cause de réadmission à l'échelle du pays; elle représentait environ 90 % de tous les retours non prévus à l'hôpital.
- Au cours des cinq dernières années, la durée des réadmissions après une crise cardiaque était la même que pour l'hospitalisation initiale. En 2007-2008, la durée médiane du séjour tant pour l'hospitalisation initiale que la réadmission était de cinq jours.
- Dans l'ensemble, environ un tiers des patients qui ont subi une revascularisation lors de l'épisode de soins initial sont retournés à l'hôpital par rapport à ceux qui n'en avaient pas subi.

\* À l'exclusion du Québec.

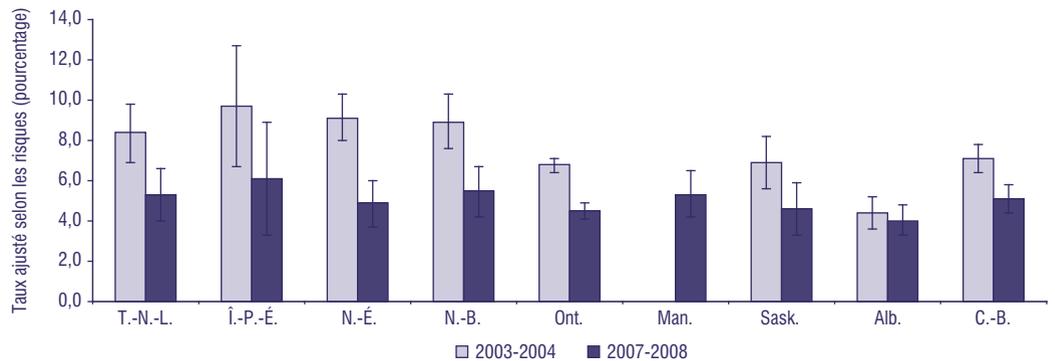
v. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe et les admissions précédentes pour des cas d'IAM. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

vi. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008.

**Figure 1 Taux annuel de réadmissions à la suite d'une crise cardiaque, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 n'inclut pas le Manitoba en raison des différences dans la collecte de données. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 2 Taux de réadmissions à la suite d'une crise cardiaque par province, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 du Manitoba n'est pas présenté en raison des différences dans la collecte de données. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Références

1. Statistique Canada, *Leading Causes of Death in Canada, 2000–2004* [Les principales causes de décès au Canada, 2000-2004] (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2008. Consulté le 16 mars 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2008000/tbl/t001-eng.pdf>>. N° 84-215-XWE au catalogue.
2. Statistique Canada, *Mortality, Summary List of Causes 2004* [Mortalité : liste sommaire des causes] (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2004. Consulté le 16 mars 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/84f0209x2004000-eng.pdf>>. N° 84-F0209-XIE au catalogue.
3. Fondation des maladies du cœur du Canada, *The Growing Burden of Heart Disease and Stroke in Canada 2003*, Ottawa (Ont.), FMCC, 2003.
4. Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne de cardiologie et Association canadienne des médecins d'urgence pour la Emergency Cardiac Care Coalition, « Recommendations for Ensuring Early Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 4 (1996), p. 483-487.
5. M. Labinaz et coll. et CCN Consensus Panel on Access to Urgent PCI for ST Segment Elevation Myocardial Infarction, « Delivery of Primary Percutaneous Coronary Intervention for the Management of Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Summary of the Cardiac Care Network of Ontario Consensus Report », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 22, n° 3 (2006), p. 243-250.
6. A. A. Bavry et coll., « Benefit of Early Invasive Therapy in Acute Coronary Syndromes: A Meta-Analysis of Contemporary Randomized Clinical Trials », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 48, n° 7 (2006), p. 1319-1325.
7. S. B. King 3rd et coll., « 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 51, n° 2 (2008), p. 172-209.
8. R. L. McNamara et coll., « Effect of Door-to-Balloon Time on Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 47, n° 11 (2006), p. 2180-2186.
9. C. M. Norris et coll., « Health-Related Quality of Life Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease Treated With Cardiac Surgery, Percutaneous Coronary Intervention or Medical Management », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 12 (2004), p. 1259-1266.
10. K. A. Eagle et coll., « ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary and Recommendations: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Circulation*, vol. 100, n° 13 (1999), p. 1464-1480.
11. C. R. Thompson et coll., « Revascularization Use and Survival Outcomes After Cardiac Catheterization in British Columbia and Alberta », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 14 (2004), p. 1417-1423.
12. Cardiac Care Network of Ontario, *Consensus Panel on Target Setting: Final Report and Recommendations* (en ligne), Toronto (Ont.), Cardiac Care Network of Ontario, 2004. Consulté le 29 mars 2009. Internet : <[http://www.ccn.on.ca/pdfs/Cons\\_Panel\\_Target\\_Setting\\_FRR.pdf](http://www.ccn.on.ca/pdfs/Cons_Panel_Target_Setting_FRR.pdf)>.

13. S. N. Hoffman et coll., « A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Coronary Artery Bypass Graft With Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: One- to Eight-Year Outcomes », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 41, n° 8 (2003), p. 1293-1304.
14. M. N. Babapulle et coll., « A Hierarchical Bayesian Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials of Drug-Eluting Stents », *The Lancet*, vol. 364, n° 9434 (2004), p. 583-591.
15. A. Kastrati et coll., « Analysis of 14 Trials Comparing Sirolimus-Eluting Stents With Bare-Metal Stents », *New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 10 (2007), p. 1030-1039.
16. H. M. Krumholz et coll., « ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures », *Circulation*, vol. 118, n° 24 (2008), p. 2596-2648.
17. J. Tu et coll., « Outcomes of Acute Myocardial Infarction in Canada », dans *Canadian Cardiovascular Atlas*, J. Tu, W. Ghali, L. Pilote et S. Brien (dir.), Toronto (Ont.), ICES, 2006, p. 68-76.



## Point de mire : accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les autres maladies cérébro-vasculaires constituent la troisième cause de mortalité au Canada, après le cancer et les maladies cardiaques. Ils sont à l'origine de près de 15 000 décès par année<sup>1</sup>. De nombreuses personnes qui survivent à un AVC souffrent d'une incapacité. Les conséquences d'un AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité des dommages. Ces conséquences vont de déficiences très légères à une perte dévastatrice de fonctions, comme la mobilité, la parole, la vision ou la mémoire. Plus de la moitié des survivants souffrant de conséquences invalidantes ont besoin d'assistance pour vaquer à leurs activités quotidiennes<sup>2</sup>.

Les patients ayant subi un AVC passent en moyenne environ trois semaines à l'hôpital, mais la convalescence peut durer plusieurs mois après leur sortie de l'hôpital. La plupart des survivants ont besoin de réadaptation afin de rétablir les fonctions endommagées par l'AVC. Certains patients souffrant d'incapacités durables peuvent aussi avoir besoin d'assistance à long terme<sup>3</sup>.

La prévention des AVC et l'amélioration des soins aux victimes d'AVC sont une priorité pour les dispensateurs et les planificateurs de soins et le public. Par exemple, la Stratégie canadienne de l'AVC, une initiative conjointe du Réseau canadien contre les accidents cérébro-vasculaires et de la Fondation des maladies du cœur du Canada, travaille à l'adoption d'une approche intégrée pour la prévention, le traitement et la réadaptation liés à l'AVC dans chaque province et territoire<sup>4</sup>.

La présente section porte sur deux indicateurs liés aux AVC :

- taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) menant à une hospitalisation — un nouvel indicateur ajouté cette année;
- taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour un accident vasculaire cérébral.

## Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une cause importante de mortalité et de souffrances au Canada; pourtant, il peut être prévenu<sup>5</sup>. Diverses initiatives ont été mises en place pour réduire le nombre d'AVC.

Jusqu'à cette année, les statistiques pancanadiennes sur les occurrences d'AVC se limitaient au nombre d'hospitalisations distinctes associées. Les chiffres d'une année donnée étaient toutefois surestimés, car les statistiques comprenaient les transferts entre hôpitaux et les réadmissions. Pour régler ce problème, le taux d'événements d'AVC menant à une hospitalisation a été introduit cette année. Ce nouvel indicateur a été créé pour mesurer uniquement les nouveaux événements d'AVC admis à l'hôpital au lieu de toutes les hospitalisations liées à des AVC. Par contre, comme seules les personnes hospitalisées sont prises en compte, cette mesure ne comprend pas les patients décédés avant leur arrivée à l'hôpital, les patients qui ne se présentent pas à l'hôpital pour recevoir des soins ni les patients traités sans être admis.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisé selon l'âge de nouveaux événements d'AVC menant à une hospitalisation en soins de courte durée, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus. Un nouvel événement est défini comme étant une première hospitalisation à la suite d'un AVC ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence<sup>i</sup>.

### Pourquoi est-ce important?

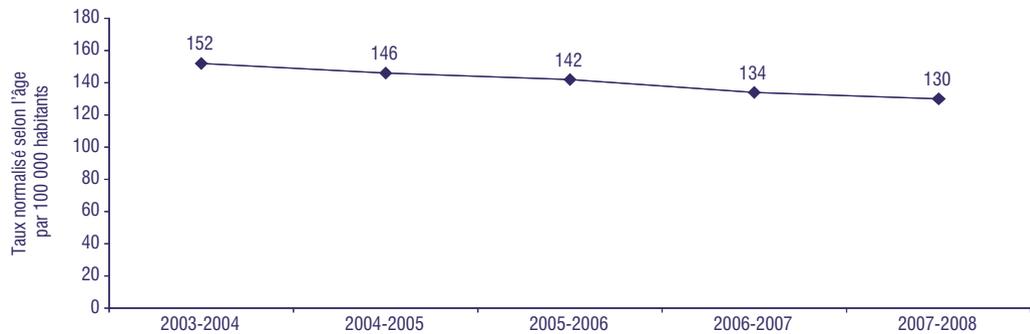
Le suivi des AVC au fil du temps peut aider à mieux évaluer l'efficacité des efforts de prévention des AVC. Une compréhension des variations entre les provinces et territoires et au fil du temps pourrait mettre en évidence des différences dans le mode de vie, la sensibilisation aux signes et symptômes d'un AVC ou la prestation des soins de prévention, ainsi que d'autres facteurs. Cet indicateur peut fournir une estimation à propos et utile à des fins de planification et d'évaluation des stratégies de prévention, d'allocation des ressources de santé et d'estimation des coûts.

### Principales constatations

- Au cours des cinq dernières années, le taux d'événements d'AVC menant à une hospitalisation a baissé de façon significative au Canada\*. De 2003-2004 à 2007-2008, le taux a baissé de 14 %, après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1). Le nombre de nouveaux événements d'AVC menant à une hospitalisation est passé de 32 097 en 2003-2004 à 30 542 en 2007-2008.
- En 2007-2008, 29 874 Canadiens\* ont été hospitalisés à la suite d'un nouvel événement d'AVC, 646 (2,2 %) ont subi plus d'un AVC au cours de la même année.
- De 2003-2004 à 2007-2008, les taux d'événements d'AVC menant à une hospitalisation ont baissé significativement dans la plupart des provinces, et les variations à l'échelle du pays se sont réduites. En 2007-2008\*, les taux provinciaux normalisés selon l'âge étaient de 121 à 155 AVC par 100 000 habitants, alors qu'en 2003-2004, ils étaient de 131 à 193 par 100 000 habitants.
- Les taux d'événements d'AVC menant à une hospitalisation étaient supérieurs dans les groupes d'âge élevés (hommes et femmes). En fait, 75 % des événements d'AVC menant à une hospitalisation sont survenus dans le groupe des 65 ans ou plus.
- En 2007-2008\*, les taux d'événements d'AVC menant à une hospitalisation étaient 54 % plus élevés chez les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés que chez celles vivant dans les quartiers les plus riches (figure 3). De 2003-2004 à 2007-2008, le taux d'AVC menant à une hospitalisation a diminué dans tous les groupes de revenu, cette baisse étant toutefois plus marquée chez les personnes vivant dans les quartiers les plus riches (de 15 % à 20 %) que chez celles vivant dans les quartiers les plus défavorisés (de 11 % à 12 %).

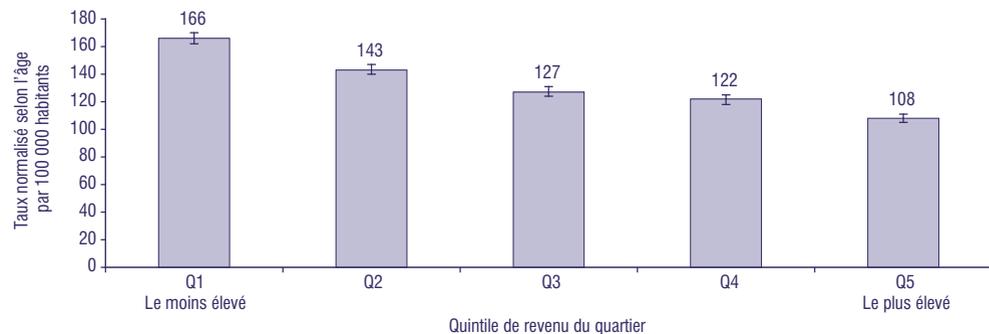
\* À l'exclusion du Québec.

i. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

**Figure 1** Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation, Canada

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

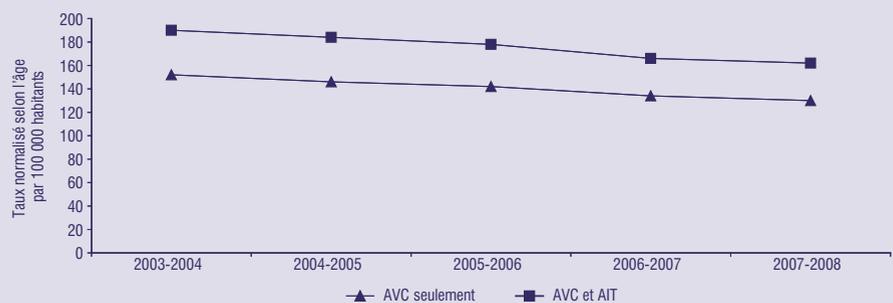
**Figure 2** Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2007-2008

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le premier quintile affiche le revenu de quartier le plus bas et le cinquième quintile, le plus élevé. Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2007-2008 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

### Accidents ischémiques transitoires

Les patients victimes d'un accident ischémique transitoire (AIT), ou mini-AVC, ressentent les symptômes d'un AVC, qui disparaissent en 24 heures et ne causent aucune perte permanente des fonctions cérébrales. Un AIT est un avertissement sérieux dont les patients et les médecins doivent tenir compte pour prendre les mesures préventives. Jusqu'à 20 % des victimes d'un AIT présenteront un AVC dans les trois mois qui suivent, plus particulièrement au cours de la première semaine<sup>6</sup>. Des directives de traitement récentes recommandent que les victimes d'AIT soient immédiatement suivies et traitées par un neurologue<sup>7</sup>. Les victimes d'un AIT sont souvent examinées au service d'urgence ou dans une clinique communautaire, sans être nécessairement admis à l'hôpital. Aucune donnée pancanadienne n'est actuellement disponible sur les consultations externes. Par contre, les données sur les hospitalisations fournissent une image partielle du fardeau des AIT.

**Figure 3** Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation et taux d'accidents ischémiques transitoires, Canada

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est causé soit par le blocage d'une artère dans le cerveau (accident ischémique cérébral), soit par la rupture de vaisseaux sanguins ou une hémorragie dans le cerveau (accident hémorragique cérébral). Bien qu'environ un seul AVC sur cinq découle d'une hémorragie, le taux de mortalité des victimes de ce type d'accident est plus élevé. L'âge, l'état de santé général et les dommages cérébraux peuvent aussi influencer sur les risques de décès à la suite d'un AVC<sup>8,9</sup>.

La qualité des soins prodigués aux patients victimes d'un AVC est un autre facteur important. Par exemple, l'accès rapide aux technologies d'imagerie comme la tomographie par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est essentiel pour différencier le type d'AVC et déterminer le traitement approprié<sup>7</sup>. Pourtant, les données soumises par les hôpitaux à l'ICIS ne précisaient aucune catégorie pour environ 30 % des AVC. Un traitement thrombolytique (anticoagulants) à temps peut être bénéfique pour les victimes d'accidents ischémiques<sup>7,10</sup>, de même que l'intervention d'un spécialiste ou d'une équipe spécialisée en AVC<sup>8,9</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral<sup>ii</sup>.

### Pourquoi est-ce important?

Les taux, ajustés selon les risques, de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral peuvent refléter, entre autres, la gravité de l'accident, l'efficacité initiale du traitement et la qualité des soins. Un nombre croissant de données probantes et de directives sur l'amélioration du traitement chez les victimes d'AVC est offert, comme les récentes *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2008)*<sup>7</sup>, rédigées par un groupe d'experts de partout au pays. Les variations du taux de mortalité suivant un AVC peuvent découler de différences dans les normes de soins ainsi que d'autres facteurs comme la détection précoce des symptômes et l'obtention de soins médicaux le plus tôt possible. Le suivi du pourcentage de patients décédés à l'hôpital à la suite d'un AVC peut servir à revoir les modes de traitement, à améliorer les soins et à évaluer les progrès réalisés.

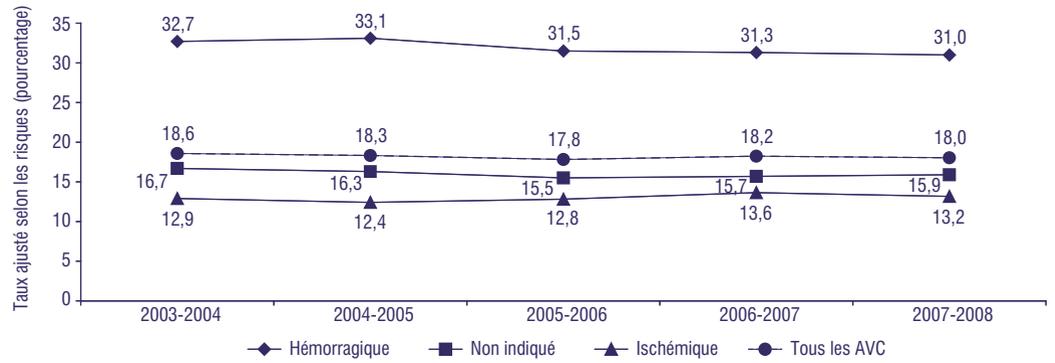
### Principales constatations

- De 2003-2004 à 2007-2008, les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour un AVC n'ont pas changé au Canada<sup>\*</sup>. Les taux de mortalité à l'hôpital pour différents types d'AVC sont eux aussi restés stables (figure 1).
- Au cours des cinq dernières années, les taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'un AVC ne se sont améliorés que chez les patients de 20 à 44 ans (baisse de 28 %). Ils n'ont pas changé pour les autres groupes d'âge (figure 2).
- À l'échelle nationale, des variations importantes ont été observées dans les taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'un AVC. De 2005-2006 à 2007-2008<sup>iii</sup>, les taux, ajustés selon les risques, de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un AVC étaient significativement inférieurs au taux national à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Alberta, alors qu'ils étaient plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse.
- Les taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'un AVC étaient associés au type de dispensateur de soins. Les victimes d'AVC dont le médecin principal était un neurologue ou un neurochirurgien étaient 40 % moins susceptibles de décéder à l'hôpital que celles qui n'étaient pas traitées par un spécialiste, après avoir pris en compte les caractéristiques du patient. En 2003-2004, le médecin principal d'environ 23 % seulement des victimes d'AVC était un neurologue ou un neurochirurgien; ce taux était relativement similaire, environ 25 %, en 2007-2008.

\* À l'exclusion du Québec.

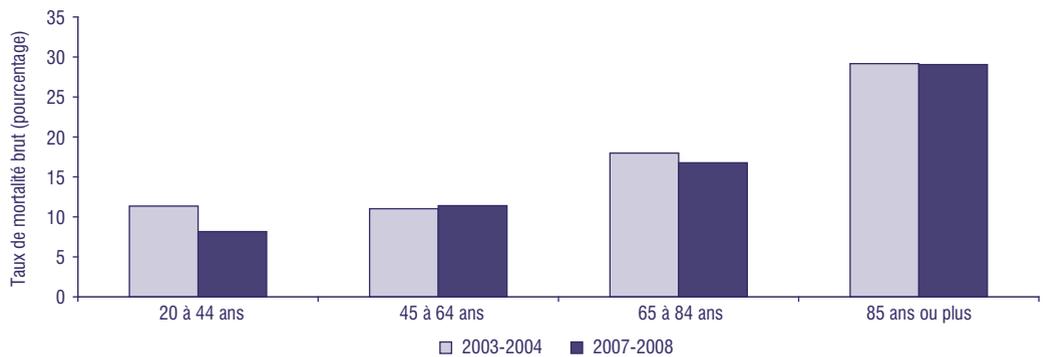
ii. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe, le type d'AVC et certaines comorbidités avant l'admission. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

iii. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Figure 1 Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un AVC, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux ont été ajustés selon les risques à l'aide des données de 2003-2004 à 2007-2008.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un AVC selon l'âge, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. La différence est statistiquement significative pour les 20 à 44 ans ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Références

1. Statistique Canada, *Leading Causes of Death in Canada, 2000–2004* [Les principales causes de décès au Canada, 2000-2004] (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2008. Consulté le 16 mars 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2008000/tbl/t001-eng.pdf>>. N° 84-215-XWE au catalogue.
2. C. D. Wolfe et coll., « Variations in Care and Outcome in the First Year After Stroke: A Western and Central European Perspective », *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 75, n° 12 (2004), p. 1702-1706.
3. C. D. Wolfe, « The Impact of Stroke », *British Medical Bulletin*, vol. 56, n° 2 (2000), p. 275-286.
4. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur du Canada, *Canadian Stroke Strategy—About Us* [À propos — RCCAC] (en ligne). Consulté le 16 mars 2009. Internet : <<http://www.canadianstrokestrategy.ca/eng/aboutus/aboutus.html>>.
5. Fondation des maladies du cœur du Canada, *The Growing Burden of Heart Disease and Stroke in Canada 2003*, Ottawa (Ont.), FMCC, 2003.
6. M. F. Giles et P. M. Rothwell, « Risk of Stroke Early After Transient Ischemic Attack: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Lancet Neurology*, vol. 6, n° 12 (2007), p. 1063-1072.
7. P. Lindsay et coll., Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group pour la Stratégie canadienne de l'ACV (initiative conjointe du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation canadienne des maladies du cœur), « Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2008) », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 179, n° 12 (2008), p. S1-S25.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada 2006* [Les soins de santé au Canada 2006], Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
9. G. Saposnik et coll., Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires pour le Stroke Outcome Research Canada Working Group, « Variables Associated With 7-Day, 30-Day, and 1-Year Fatality After Ischemic Stroke », *Stroke*, vol. 39, n° 8 (2008), p. 2318-2324.
10. The ATLANTIS, ECASS and NINDS rt-PA Study Group Investigators, « Association of Outcome With Early Stroke Treatment: Pooled Analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Stroke Trials », *The Lancet*, vol. 363, n° 9411 (2004), p. 768-774.





## Point de mire : la santé des femmes et des hommes — certaines interventions chirurgicales

Bien que bon nombre de problèmes de santé touchent autant les femmes que les hommes, certaines affections sont sexospécifiques, notamment en ce qui concerne les organes reproducteurs. En fait, la césarienne, l'hystérectomie et la prostatectomie figurent parmi les interventions chirurgicales les plus courantes chez les adultes canadiens. Plus de 78 000<sup>i</sup> césariennes ont été pratiquées au Canada\* en 2007-2008, ce qui en fait l'intervention la plus courante chez les Canadiennes. L'hystérectomie<sup>i</sup> (l'ablation chirurgicale de l'utérus) figure au deuxième rang des interventions les plus courantes chez les femmes et la prostatectomie occupe la même position chez les hommes, après l'angioplastie coronarienne<sup>i</sup>. Ces deux interventions sont habituellement pratiquées pour des motifs non liés à un cancer.

À l'instar de toutes les autres interventions chirurgicales, l'hystérectomie et la prostatectomie présentent des risques de complications pouvant nécessiter la réhospitalisation du patient. Bien que les taux de réadmissions ne soient pas élevés, ces interventions sont courantes. Donc, même un faible taux peut se traduire par plusieurs jours supplémentaires à l'hôpital et par des coûts pour le patient et le système de santé.

La présente section examine plusieurs indicateurs :

- taux de césariennes;
- taux d'hystérectomies;
- taux de réadmissions à la suite d'une hystérectomie;
- taux de réadmissions à la suite d'une prostatectomie.

\* À l'exclusion du Québec.

i. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux de césariennes

Si le taux d'accouchements par césarienne était, il n'y a pas très longtemps, très peu élevé, la situation a évolué au fil des ans. Environ 5 % des Canadiennes ont accouché par césarienne dans les années 1960. Ce pourcentage est passé à près de 20 % à la fin des années 1980<sup>1,2</sup> pour dépasser les 25 % de nos jours<sup>ii</sup>.

Plusieurs explications possibles de cette augmentation ont été suggérées, notamment les caractéristiques des femmes et les facteurs liés à la pratique en soins obstétricaux. Les femmes plus âgées<sup>1,2</sup>, obèses<sup>3</sup>, qui accouchent de leur premier enfant<sup>1</sup> ou qui ont des naissances multiples<sup>2</sup> courent davantage de risques de subir une césarienne. Au Canada, on assiste à une hausse du nombre d'accouchements par des mères plus âgées<sup>4</sup> ainsi que du nombre de femmes qui ont leur premier enfant à un âge plus avancé<sup>5</sup>. Les naissances multiples sont également à la hausse au Canada<sup>6</sup>, principalement en raison du recours accru aux traitements de la stérilité. Les femmes ayant déjà accouché par césarienne sont plus susceptibles de subir une césarienne lors des grossesses ultérieures. Certaines pratiques obstétriques pourraient également contribuer à une hausse du taux de césariennes, notamment la surveillance accrue du fœtus<sup>7</sup>, le recours à l'anesthésie péridurale<sup>7</sup> et un usage moins fréquent des forceps<sup>6-9</sup>.

Les césariennes sont habituellement pratiquées pour protéger la santé du fœtus ou de la mère, par exemple si le fœtus est en état de détresse ou se présente par le siège ou encore si le travail est lent ou difficile<sup>2</sup>. Une césarienne peut également être pratiquée dans certains cas en l'absence de risque médical ou à la demande de la mère<sup>10</sup>.

La hausse du taux de césariennes est particulièrement inquiétante parce qu'elle est associée à une hausse des maladies et de la mortalité maternelles<sup>7</sup>, en plus d'entraîner un supplément de coûts<sup>11</sup>. En décembre 2008, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié, de concert avec d'autres organisations, un énoncé de politique encourageant la promotion et la protection des accouchements normaux, c'est-à-dire sans intervention comme la césarienne<sup>12</sup>. En 2004, le taux de césariennes dans les 26 pays qui ont soumis des données à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) variaient de 13,6 % dans les Pays-Bas à 37,9 % au Mexique; le taux canadien était légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE établie à 23,6 %<sup>13</sup>. Même si le Canada n'a encore défini aucun taux limite de césariennes, plusieurs recommandations ont été formulées. L'initiative américaine « Healthy People 2010 » (population en santé) suggère que le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 15 % pour des naissances à faible risque dans le cas des mères primipares ou 68 % pour les mères avec un antécédent de césarienne<sup>14</sup>.

## Définition de l'indicateur

Nombre de femmes qui accouchent par césarienne dans un hôpital de soins de courte durée, sur 100 accouchements.

## Pourquoi est-ce important?

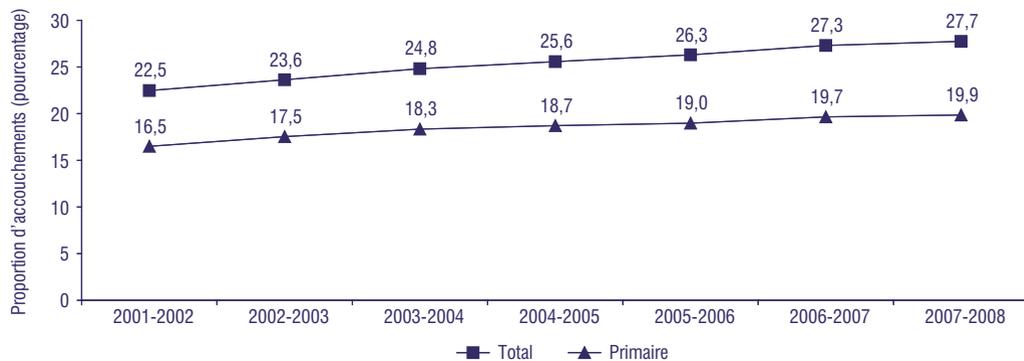
Le suivi du taux de césariennes au fil du temps et entre les différents territoires, provinces et régions permet de surveiller les pratiques cliniques et de comprendre les modes d'utilisation. Les variations peuvent servir d'indicateur de la pertinence des soins ainsi que des résultats maternels et néonataux.

## Principales constatations

- Le taux canadien de césariennes a augmenté de 23 % en sept ans, passant de 22,5 % en 2001-2002 à 27,7 % en 2007-2008<sup>\*</sup> (figure 1).
- De 2001-2002 à 2007-2008, le taux de césariennes a augmenté dans la majorité des provinces, et continuait d'afficher d'importants écarts à l'échelle du pays. En 2007-2008<sup>\*</sup>, le taux variait de 6,7 % au Nunavut et 19,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 31,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 31,3 % en Colombie-Britannique (figure 2).
- Au cours des sept dernières années, le taux de césariennes primaires ou de premières césariennes a augmenté de 21 % (figure 1). L'augmentation a surtout eu lieu de 2001-2002 à 2004-2005.
- Moins d'une femme sur cinq (18 %) ayant déjà subi une césarienne a accouché par voie vaginale en 2007-2008<sup>\*</sup>, alors que 82 % ont subi une nouvelle césarienne, ce qui représente une hausse par rapport aux 73 % enregistrés en 2001-2002.
- De 2001-2002 à 2007-2008, le taux de césariennes a augmenté chez les mères de tout âge<sup>\*</sup> (figure 3) et les femmes de 35 ans ou plus ont enregistré une proportion croissante de naissances : 16,8 % en 2001-2002 et 18,5 % en 2007-2008.

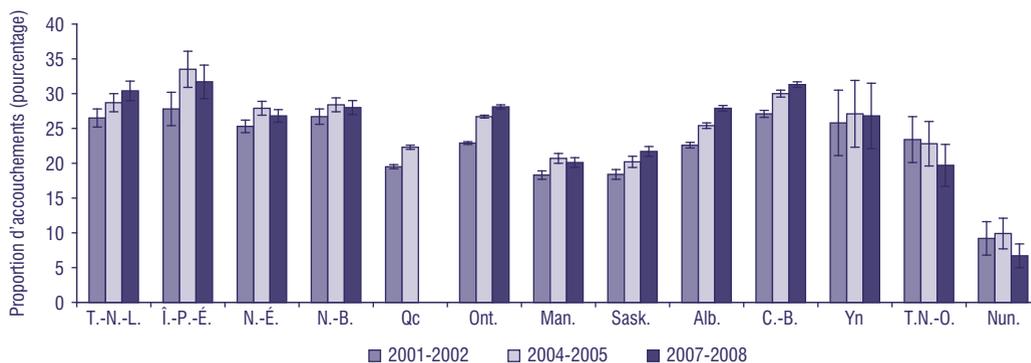
\* À l'exclusion du Québec.

ii. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 1 Taux de césariennes, Canada**


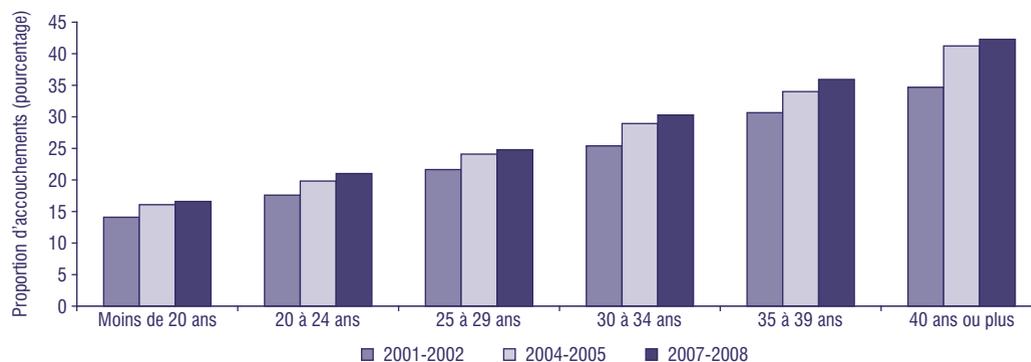
Remarques : Les taux de 2006-2007 et 2007-2008 excluent le Québec; les données n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux de césariennes par province et territoire, Canada**


Remarques : Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 3 Taux de césariennes par âge de la mère, Canada**


Remarque : Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux d'hystérectomies

Bien que le taux d'hystérectomies soit à la baisse depuis le début des années 1980<sup>15</sup>, l'ablation totale ou partielle de l'utérus demeure la deuxième intervention la plus courante chez les Canadiennes, après la césarienne. On estime que plus d'un quart des Canadiennes de plus de 45 ans aurait subi une hystérectomie<sup>16</sup>.

Plus de 36 000 interventions<sup>iii</sup> ont été pratiquées en 2007-2008\*. Environ 90 % de celles-ci ont été réalisées pour des raisons autres que le traitement d'un cancer, par exemple pour des menstruations irrégulières, des fibromes ou à la suite d'un prolapsus génital.

L'hystérectomie peut être pratiquée par voie vaginale, par laparoscopie ou au moyen d'une incision de l'abdomen. La méthode utilisée dépend de l'expérience du chirurgien, du motif de l'intervention ainsi que des caractéristiques et préférences de la patiente<sup>17,18</sup>. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada encourage si possible l'hystérectomie vaginale plutôt qu'abdominale<sup>17</sup> parce qu'elle est moins intrusive, que la période de convalescence est moins longue et qu'elle est moins coûteuse<sup>18</sup>. Le recours continu à l'hystérectomie abdominale peut résulter de la formation, de l'expérience ou de l'habileté des chirurgiens<sup>19,20</sup>. On a suggéré que la décision d'opter pour une hystérectomie abdominale tiendrait plus de la familiarité du chirurgien avec l'intervention et d'autres facteurs qu'aux caractéristiques de la patiente<sup>20</sup>.

## Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon l'âge, d'hystérectomies pratiquées dans des hôpitaux de soins de courte durée ou des établissements de chirurgie d'un jour, par 100 000 femmes de 20 ans ou plus.

## Pourquoi est-ce important?

Comme c'est le cas dans d'autres interventions chirurgicales, divers facteurs peuvent expliquer les variations du taux d'hystérectomies, notamment des différences dans les données démographiques, les modèles de pratique des chirurgiens et l'accessibilité aux services<sup>15</sup>. Le niveau approprié d'utilisation n'est toutefois pas connu. Le suivi de ces taux au fil des ans et entre les différentes provinces peut cependant servir à mieux comprendre les modèles d'utilisation.

## Principales constatations

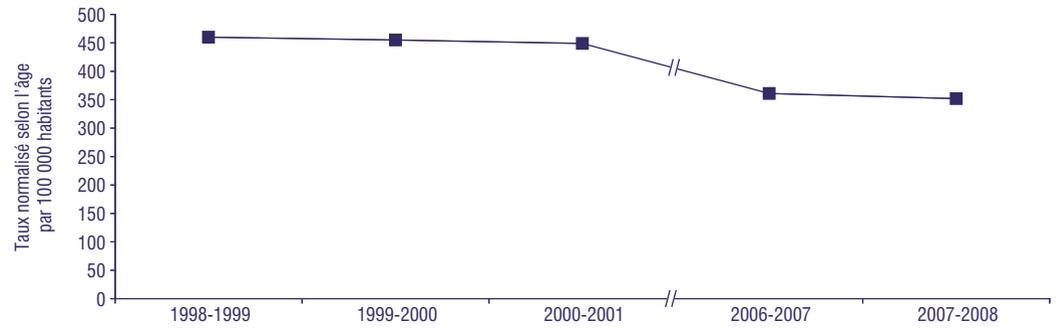
- De 1998-1999 à 2007-2008\*, le taux d'hystérectomies a baissé de 23 % au Canada, en tenant compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1).
- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'hystérectomies a baissé dans la plupart des provinces et territoires. En 2007-2008 par contre, d'importantes variations étaient observées entre les provinces et territoires, allant de 172 par 100 000 au Nunavut à 595 par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Au cours des 10 dernières années\*, le taux d'hystérectomies a baissé dans tous les groupes d'âge. La baisse la plus marquée (30 %) concernait les femmes de moins de 45 ans, alors que celles âgées de 45 à 54 ans affichaient le taux le plus élevé par rapport aux autres groupes (figure 3).
- Le taux a nettement diminué pour les affections bénignes et malignes. De 1998-1999\* à 2007-2008\*, le taux d'hystérectomies liées à des cancers gynécologiques<sup>iv</sup> a baissé de 19 %, alors que le taux d'hystérectomies pour affections bénignes a baissé de 24 %.
- L'approche chirurgicale variait selon le motif de l'intervention. En 2007-2008\*, les hystérectomies abdominales représentaient environ 85 % des hystérectomies liées à un cancer et trois hystérectomies sur cinq (60 %) n'étaient pas liées à un diagnostic de cancer gynécologique. En 1998-1999\*, 90 % des hystérectomies liées à un cancer et 67 % (deux-tiers) des hystérectomies non liées à un cancer étaient pratiquées par voie abdominale.

\* À l'exclusion du Québec.

iii. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

iv. Tumeur maligne de l'appareil reproducteur féminin (vulve, vagin, col de l'utérus, corps utérin, utérus, ovaire, trompe utérine ou placenta) ou tumeur *in situ* de l'appareil reproducteur féminin.

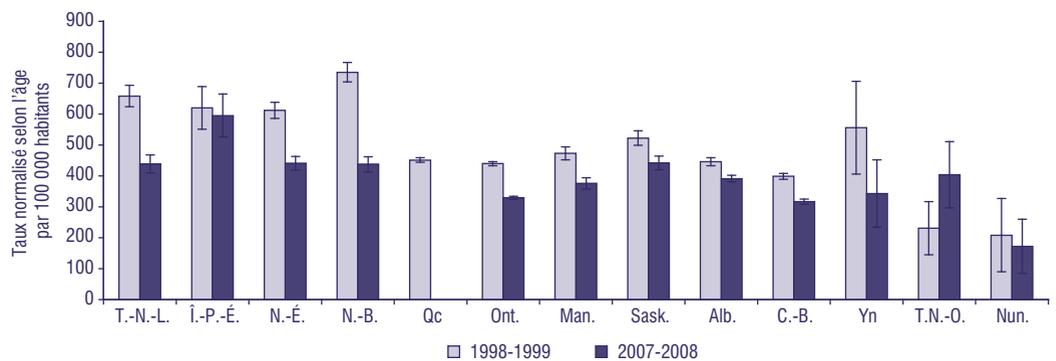
Figure 1 Taux d'hystérectomies, Canada



Remarques : Les taux comprennent les femmes de 20 ans ou plus. Les taux de 2006-2007 et 2007-2008 excluent le Québec; les données n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. En raison des changements apportés aux systèmes de codification, le total et le sous-total des hystérectomies n'ont pu être compilés de façon uniforme que pour 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001, 2006-2007 et 2007-2008. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

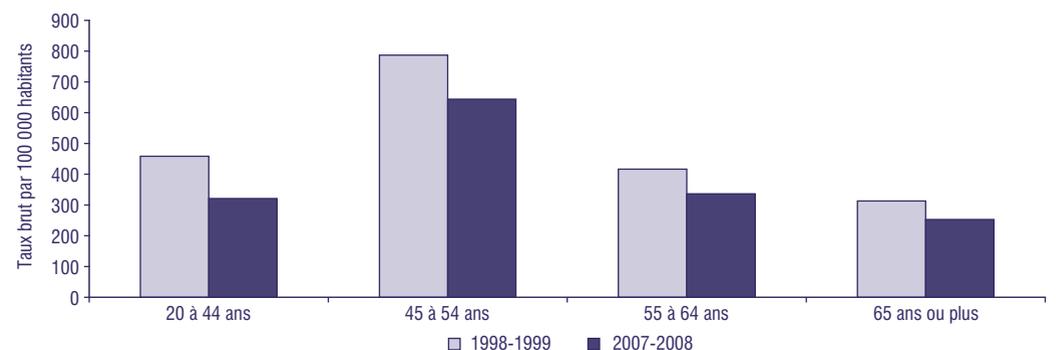
Figure 2 Taux d'hystérectomies par province et territoire, Canada



Remarques : Les taux comprennent les femmes de 20 ans ou plus. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3 Taux d'hystérectomies selon l'âge, Canada



Remarque : Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Taux de réadmissions à la suite d'une hystérectomie

Dans la plupart des cas, les femmes ne présentent pas de complications nécessitant une réadmission urgente non prévue à l'hôpital après une hystérectomie, mais cela peut arriver. Les principales raisons d'un retour à l'hôpital sont une infection postopératoire, des saignements ou des douleurs abdominales<sup>21</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de réadmissions imprévues à la suite d'une hystérectomie pratiquée pour une affection bénigne. Les réadmissions désignent les admissions urgentes dans les 7 ou 28 jours suivant la sortie de la patiente, selon l'état<sup>v</sup>. Sauf indication contraire, les taux sont établis en fonction de données totalisées sur trois ans.

### Pourquoi est-ce important?

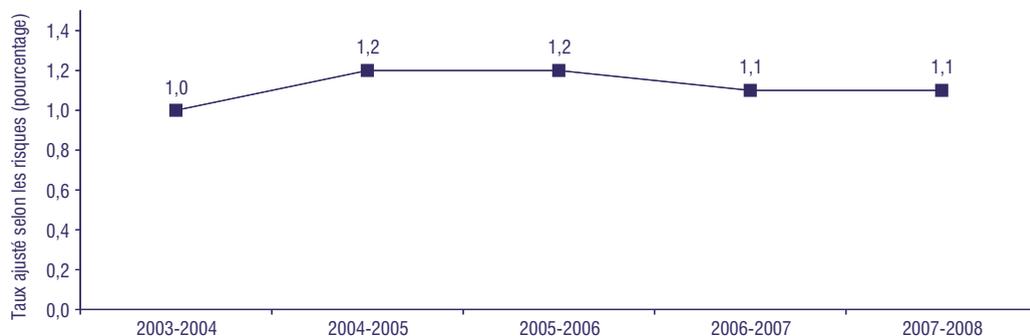
Le taux de réadmissions est une mesure de la qualité des soins. Bien que la réadmission à la suite d'une intervention chirurgicale puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réadmissions signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques, y compris la prévention des infections, la planification des sorties et la relation avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires.

### Principales constatations

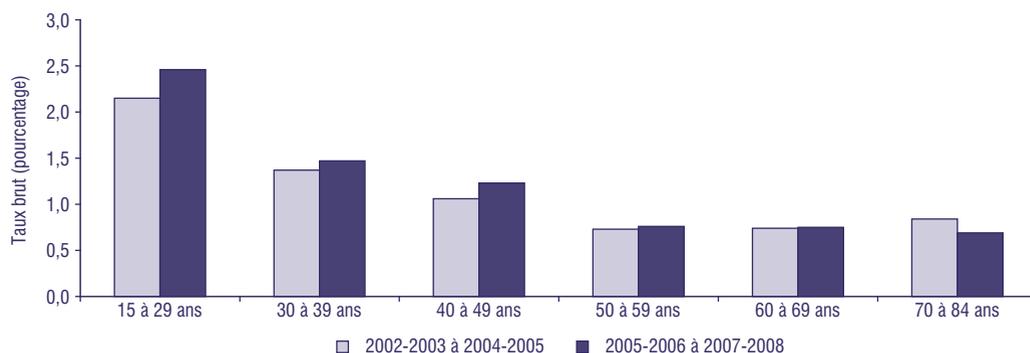
- De 2003-2004 à 2007-2008, le taux annuel de réadmissions imprévues à la suite d'une hystérectomie, ajusté selon les risques, n'a pas changé de façon significative au Canada\* (figure 1).
- Le taux national de réadmissions était stable, mais on observe des variations provinciales. De 2005-2006 à 2007-2008, les taux de réadmissions étaient significativement supérieurs en Saskatchewan et au Manitoba, soit 1,9 % contre 1,1 % à l'échelle nationale.
- Le taux de réadmissions est généralement plus élevé chez les femmes plus jeunes (figure 2). Même si les femmes de moins de 30 ans représentent une faible proportion des cas d'hystérectomie, de 2005-2006 à 2007-2008, 2,5 % d'entre elles ont été réhospitalisées de façon imprévue à la suite d'une hystérectomie, alors que ce taux n'était que de 0,7 % pour les femmes de 70 à 84 ans.
- Toutes périodes confondues, plus de 90 % des réadmissions à la suite d'une hystérectomie étaient attribuées à une infection postopératoire (figure 3). De 2005-2006 à 2007-2008, environ 94 % des réadmissions chez les femmes de 30 à 49 ans et deux-tiers des réadmissions chez les femmes de 70 à 84 ans réhospitalisées après une hystérectomie étaient attribuées à une infection. Les infections des voies urinaires étaient la deuxième cause la plus fréquente de réadmission chez les patientes plus âgées.

\* À l'exclusion du Québec.

v. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : les groupes d'âge. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

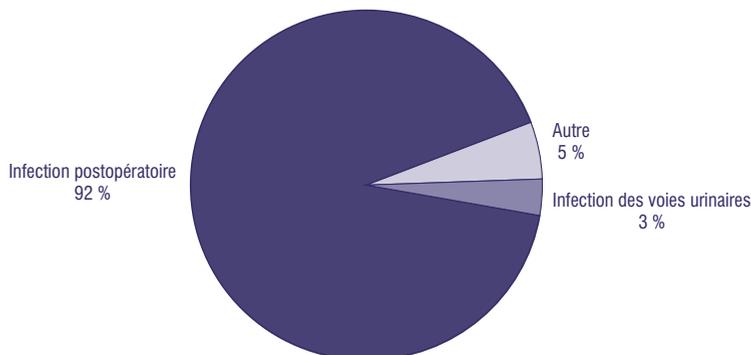
**Figure 1 Taux annuel de réadmissions à la suite d'une hystérectomie, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 exclut les données du Manitoba, sauf Winnipeg, en raison des différences dans la collecte de données. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques à l'aide des données de 2003-2004 à 2007-2008.  
Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 2 Taux de réadmissions à la suite d'une hystérectomie selon l'âge, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux excluent le Manitoba, sauf Winnipeg, avant 2004-2005 en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de réadmissions des 40 à 49 ans a augmenté significativement de 2002-2003 à 2004-2005 et de 2005-2006 à 2007-2008 ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 3 Causes des réadmissions à la suite d'une hystérectomie, Canada, 2005-2006 à 2007-2008**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. « Autre » comprend les complications respiratoires, la rétention urinaire, les complications cardiaques, les iléus paralytiques et l'anémie posthémorragie aiguë.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Taux de réadmissions à la suite d'une prostatectomie

Environ 16 000 prostatectomies<sup>vi</sup> sont pratiquées chaque année au Canada<sup>\*</sup> pour des affections non liées au cancer. La plupart de ces interventions sont réalisées en raison d'une hyperplasie bénigne de la prostate, qui peut occasionner des difficultés à uriner, la rétention urinaire et des infections fréquentes des voies urinaires. Les hommes de 50 ans auraient 35 % de probabilité de recevoir un traitement des symptômes liés aux voies urinaires en raison d'une hyperplasie de la prostate<sup>22</sup>.

Divers traitements sont offerts, allant d'une prostatectomie ouverte et résection transurétrale de la prostate à des techniques minimalement invasives<sup>23</sup>. La résection transurétrale de la prostate a été pendant des dizaines d'années la méthode de traitement standard pour les cas d'hyperplasie de la prostate<sup>23, 24</sup> et demeure l'intervention la plus courante chez les occidentaux<sup>25</sup>.

Si la plupart des hommes ne développent pas de complications nécessitant une réhospitalisation imprévue à la suite d'une prostatectomie, certains patients doivent être réadmis, la plupart du temps pour des problèmes de rétention urinaire et d'infection des voies urinaires ou pour une reprise<sup>24</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de réadmissions imprévues à la suite d'une prostatectomie pratiquée pour une affection bénigne. Dans un tel cas, la réadmission correspond à une admission urgente à l'hôpital pour des raisons particulières dans les 28 jours suivant la sortie du patient<sup>vii</sup>. Sauf indication contraire, les taux sont établis en fonction de données totalisées sur trois ans.

### Pourquoi est-ce important?

Le taux de réadmissions est une mesure de la qualité des soins. Bien que la réadmission à la suite d'une intervention chirurgicale puisse dépendre de facteurs sur lesquels l'hôpital n'exerce aucun contrôle direct, un taux élevé de réadmissions signale aux hôpitaux concernés qu'ils doivent examiner de plus près leurs pratiques et leur relation avec les médecins communautaires et le système de soins communautaires.

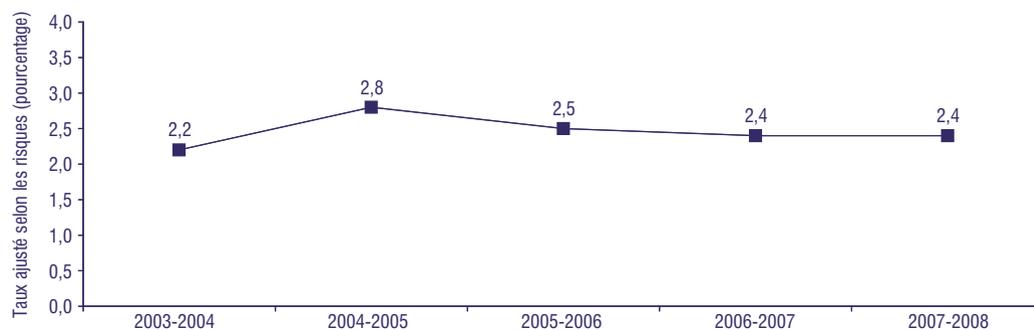
### Principales constatations

- De 2003-2004 à 2007-2008, le taux annuel de réadmissions imprévues à la suite d'une prostatectomie, ajusté selon les risques, n'a pas changé de façon significative au Canada<sup>\*</sup> (figure 1).
- Le taux variait à l'échelle du pays. De 2005-2006 à 2007-2008, le taux au Nouveau-Brunswick (3,2 %) était significativement supérieur au taux national (2,4 %), alors que celui du Manitoba (1,4 %) était statistiquement inférieur.
- De 2005-2006 à 2007-2008, le taux de réadmissions chez les hommes de moins de 60 ans a baissé de façon significative comparativement à la période de 2002-2003 à 2004-2005 (figure 2). Aucun changement significatif n'a été constaté pour les autres groupes d'âge.
- Les réadmissions après une prostatectomie sont survenues peu après la sortie des patients. Près de la moitié des réadmissions imprévues se produisent dans la première semaine suivant la sortie (45 % pour 2005-2006 à 2007-2008<sup>\*</sup>).
- De 2005-2006 à 2007-2008<sup>\*</sup>, les principales causes de réadmission des patients ayant subi une prostatectomie étaient l'hématurie (sang dans l'urine — 40 %), la rétention urinaire (17 %), l'infection des voies urinaires (11 %) ou des complications de nature hémorragique (11 %) (figure 3). Un tiers des réadmissions nécessitaient une intervention chirurgicale d'urgence, la plupart à la vessie (75 %).

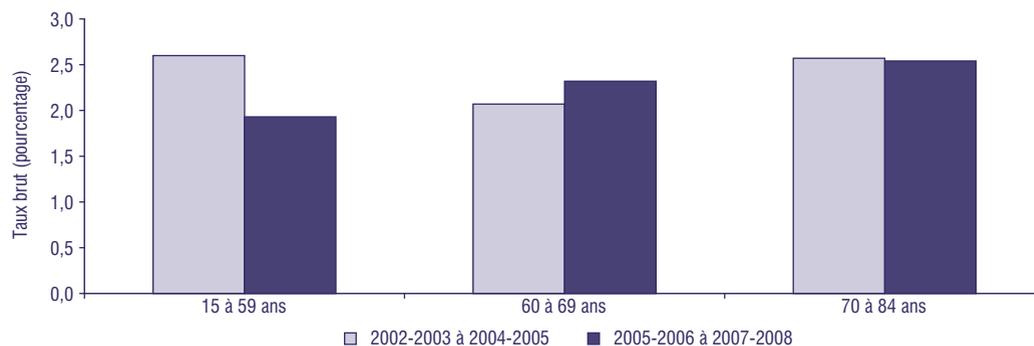
\* À l'exclusion du Québec.

vi. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

vii. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge et certaines comorbidités avant l'admission. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

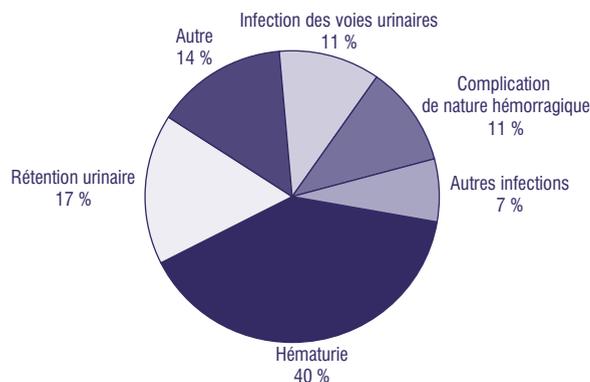
**Figure 1 Taux annuel de réadmissions à la suite d'une prostatectomie, Canada**


Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 excluent les données du Manitoba, sauf Winnipeg, en raison des différences dans la collecte de données. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques à l'aide des données de 2003-2004 à 2007-2008. Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 2 Taux de réadmissions à la suite d'une prostatectomie selon l'âge, Canada**


Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux excluent les données du Manitoba, sauf Winnipeg, avant 2004-2005 en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de réadmissions des 15 à 59 ans a diminué significativement de 2002-2003 à 2004-2005 et de 2005-2006 à 2007-2008 ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 3 Causes des réadmissions à la suite d'une prostatectomie, Canada, 2005-2006 à 2007-2008**


Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. « Autre » désigne les diagnostics comprenant les complications respiratoires, l'hypertrophie de la prostate et les complications cardiaques. « Autres infections » comprend les infections postopératoires, les infections intestinales et la pneumonie.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Références

1. F. C. Nozoton, P. J. Placek et S. M. Taffel, « Comparisons of National Caesarean-Section Rates », *New England Journal of Medicine*, vol. 316, n° 7 (1987), p. 386-389.
2. W. J. Millar, C. Nair et S. Wadhwa, « Declining Cesarean Section Rates: A Continuing Trend? », *Health Reports*, vol. 8, n° 1 (1996), p. 17-24.
3. A. Vahratian et coll., « Maternal Pre-Pregnancy Overweight and Obesity and the Risk of Cesarean Delivery in Nulliparous Women », *Annals of Epidemiology*, vol. 15, n° 7 (2005), p. 467-474.
4. Statistique Canada, *Table 102-4505—Live Births, Crude Birth Rate, Age-Specific and Total Fertility Rates, Canada, Provinces and Territories, Annual* [Tableau 102-4505 — Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge, et indice synthétique de fécondité, Canada, provinces et territoires, annuel] (base de données CANSIM) (en ligne), mis à jour le 25 septembre 2008. Consulté le 10 mars 2009. Internet : <[http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII\\_1-eng.htm](http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm)>.
5. Statistique Canada, *Report on the Demographic Situation in Canada 2005 and 2006* [Rapport sur l'état de la population du Canada : 2005 et 2006] (en ligne), 22 avril 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/91-209-x2004000-eng.pdf>>.
6. Agence de la santé publique du Canada, *Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition* [Rapport sur la santé périnatale au Canada — édition 2008], Ottawa (Ont.), ASPC, 2008.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians, Task Force on Cesarean Delivery Rates, *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington (D.C.), American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Giving Birth in Canada: Regional Trends From 2001–2002 to 2005–2006* [Donner naissance au Canada : tendances régionales de 2001-2002 à 2005-2006], Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Giving Birth in Canada: A Regional Profile* [Donner naissance au Canada : Un profil régional], Ottawa (Ont.), ICIS, 2004.
10. G. L. Gossman, J. M. Joesch et K. Tanfer, « Trends in Maternal Request Cesarean Delivery From 1991 to 2004 », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 108, n° 6 (2006), p. 1506-1516.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Giving Birth in Canada: The Cost* [Donner naissance au Canada : les coûts], Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
12. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada, Association canadienne des sages-femmes, Collège des médecins de famille du Canada et Société de la médecine rurale du Canada, « Joint Policy Statement on Normal Childbirth », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 30, n° 12 (2008), p. 1163-1165.
13. Organisation de coopération et de développement économiques, *Health at a Glance 2007: OECD Indicators* [Panorama de la santé 2007 — Indicateurs de l'OCDE], Paris (France), OCDE, 2007.
14. U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010 (2nd ed.): Understanding and Improving Health et Objectives for Improving Health* (deux vol.), Washington (D.C.), Government Printing Office, novembre 2000.
15. W. J. Millar, « Hysterectomy, 1981/82 to 1996/97 », *Health Reports*, vol. 12, n° 2 (2001), p. 9-22.

16. J. A. Snider et J. E. Beauvais, « Pap Smear Utilization in Canada: Estimates After Adjusting the Eligible Population for Hysterectomy Status », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 19, n° 1 (1998), p. 19-24.
17. G. Lefebvre et coll., Clinical Practice Gynaecology Committee and Executive Committee and Council, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « SOGC Clinical Guidelines: Hysterectomy », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 24, n° 1 (2002), p. 37-61.
18. N. Johnson et coll., « Surgical Approach to Hysterectomy for Benign Gynaecological Disease », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (en ligne), n° 2, art. CD003677, DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub3 (2006). Consulté le 12 mars 2009. Internet : <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003677.html>>.
19. G. McCracken et G. G. Lefebvre, « Vaginal Hysterectomy: Dispelling the Myths », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 29, n° 5 (2007), p. 424-428.
20. S. R. Kovac, « Clinical Opinion: Guidelines for Hysterectomy », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 191, n° 2 (2004), p. 635-640.
21. S. S. Meltomaa et coll., « One-Year Cohort of Abdominal, Vaginal, and Laparoscopic Hysterectomies: Complications and Subjective Outcomes », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 189, n° 4 (1999), p. 389-395.
22. J. E. Oesterling, « Benign Prostatic Hyperplasia: A Review of Its Histogenesis and Natural History », *The Prostate Supplement*, vol. 6 (1996), p. 67-73.
23. O. Reich, C. Gratzke et C. G. Stief, « Techniques and Long-Term Results of Surgical Procedures for BPH », *European Urology*, vol. 49, n° 6 (2006), p. 970-978.
24. W. K. Mebust et coll., « Transurethral Prostatectomy: Immediate and Postoperative Complications: A Cooperative Study of 13 Participating Institutions Evaluating 3,885 Patients », *The Journal of Urology*, vol. 141, n° 2 (1989), p. 243-247.
25. O. Reich et coll., Urology Section of the Bavarian Working Group for Quality Assurance, « Morbidity, Mortality and Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospective Multicenter Evaluation of 10,654 Patients », *The Journal of Urology*, vol. 180, n° 1 (2008), p. 246-249.



## Point de mire : fractures de la hanche

La fracture de la hanche est une blessure grave, particulièrement pour les personnes âgées. Ses complications peuvent affecter l'autonomie et la qualité de vie, et même constituer un danger de mort. On estime que 10 % à 20 % des personnes qui se cassent la hanche meurent dans les six mois suivants, que 50 % d'entre elles sont incapables de marcher sans aide et que 25 % nécessitent des soins à domicile de longue durée<sup>1</sup>.

La majorité des fractures de la hanche ont lieu dans la collectivité; toutefois, beaucoup d'entre elles peuvent survenir dans les établissements de soins de santé. Dans la plupart des cas, les fractures de la hanche sont provoquées par l'impact d'une chute sur les os fragiles d'une personne âgée. Les chutes sont particulièrement dangereuses pour les femmes âgées, qui sont victimes de 80 % des fractures de la hanche<sup>2</sup>. Elles surviennent pour diverses raisons, notamment les dangers environnementaux (p. ex. un tapis mal placé ou un éclairage insuffisant), la prescription de médicaments psychotropes inappropriés aux personnes âgées et les questions relatives à la sécurité dans les établissements de soins. D'autres raisons peuvent comprendre les facteurs liés aux patients, comme les troubles d'équilibre ou de vision<sup>3,4</sup>.

Les fractures de la hanche entraînent presque toujours une admission à l'hôpital, la plupart du temps pour une réparation chirurgicale de la fracture. Bien que tous les patients ne soient pas médicalement aptes à subir une chirurgie, la recherche suggère qu'une opération pratiquée le plus tôt possible est bénéfique pour les patients, et qu'il peut être néfaste de la remettre à plus tard<sup>5-8</sup>.

La présente section porte sur trois indicateurs liés aux fractures de la hanche :

- taux d'événements de fractures de la hanche — un nouvel indicateur visant à calculer le nombre de fractures de la hanche dans la collectivité;
- taux de fractures de la hanche à l'hôpital;
- temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.

## Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation

La prévention des fractures de la hanche est un élément clé de la santé des personnes âgées. Les stratégies mettent l'accent sur la prévention des chutes des personnes âgées vulnérables<sup>9,10</sup> et sur l'importance de conserver des os et des muscles solides tout au long de la vie<sup>11,12</sup>.

Jusqu'à cette année, les statistiques pancanadiennes sur les fractures de la hanche se limitaient au nombre d'hospitalisations liées à celles-ci, y compris les fractures de la hanche à l'hôpital et les transferts entre hôpitaux pour la même fracture de la hanche. Cette année, un nouvel indicateur, le taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation, a été ajouté pour améliorer l'estimation du nombre de nouvelles fractures de la hanche survenant dans la collectivité.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisé selon l'âge de nouvelles fractures de la hanche menant à une admission dans un hôpital de soins de courte durée, par 100 000 habitants de 65 ans ou plus. Une nouvelle fracture de la hanche est définie comme étant la toute première hospitalisation à la suite d'une fracture de la hanche ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence<sup>i</sup>.

### Pourquoi est-ce important?

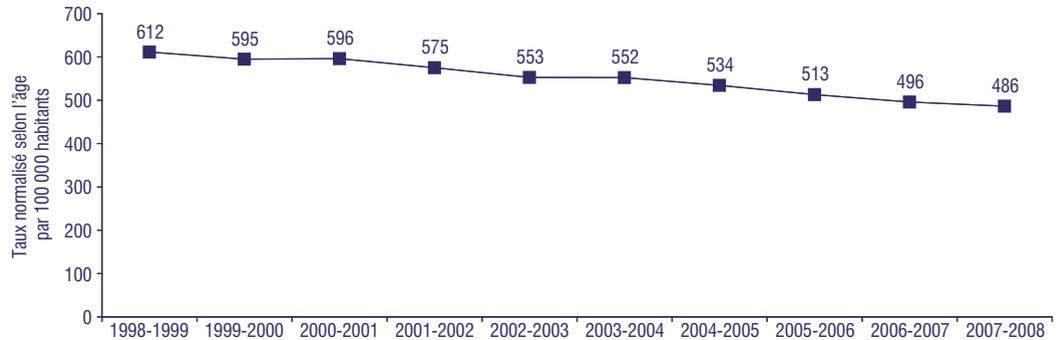
Cet indicateur donne une estimation utile et à jour du risque de fracture de la hanche dans la collectivité. Le suivi des taux d'événements de fractures de la hanche au fil du temps et dans l'ensemble du pays peut servir de point de départ à l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention, à la planification des ressources et à l'établissement du budget.

### Principales constatations

- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation a chuté de 21 % au Canada\*, et ce, après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1).
- Les taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation variaient dans l'ensemble du pays. En 2007-2008, les taux les plus élevés ont été recensés à Terre-Neuve-et-Labrador (601 par 100 000 habitants) et à l'Île-du-Prince-Édouard (592 par 100 000 habitants). Dans le reste du pays, les taux variaient de 476 par 100 000 habitants en Ontario à 517 par 100 000 habitants en Nouvelle-Écosse. De 1998-1999 à 2007-2008, les taux ont baissé dans la plupart des provinces (figure 2).
- Au cours des 10 dernières années\*, le taux a baissé de 18,9 % pour les hommes et de 19,9 % pour les femmes, mais le taux de ces dernières est demeuré presque deux fois plus élevé que celui des hommes (figure 3).
- De 1998-1999 à 2007-2008, les taux d'événements de fractures de la hanche\* chez les femmes ont diminué dans tous les groupes d'âge; du côté des hommes, cette baisse n'a été observée qu'au sein du groupe d'âge des 75 ans ou plus.
- En 2007-2008\*, une intervention chirurgicale a été pratiquée dans 92 % des cas de nouvelles fractures de la hanche.

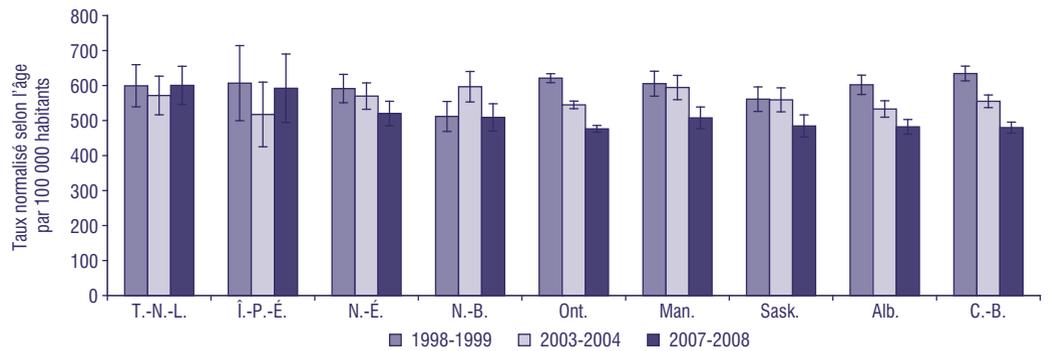
\* À l'exclusion du Québec.

i. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

**Figure 1 Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation, Canada**

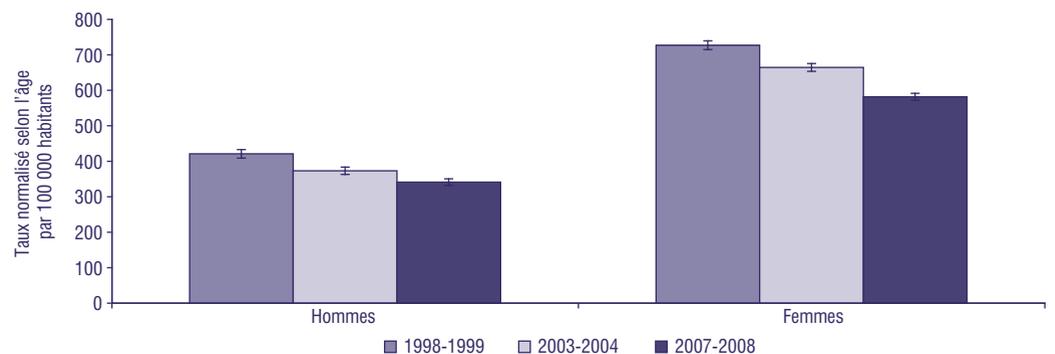
Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation, par province, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 3 Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation selon le sexe, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux de fractures de la hanche à l'hôpital

Les chutes résultant en une fracture de la hanche sont fréquentes dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Bien que la santé des personnes âgées dans les hôpitaux soit plus fragile que celle des personnes âgées dans la collectivité<sup>13</sup>, les fractures de la hanche peuvent souvent être évitées. De nombreuses stratégies ont été proposées, y compris le dépistage et le suivi des patients à risque élevé, la modification de l'environnement physique, la surveillance accrue et la formation des employés<sup>14-16</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, de fractures de la hanche à l'hôpital chez les patients de 65 ans ou plus hospitalisés en soins de courte durée, pour 1 000 sorties<sup>ii</sup>. Sauf indication contraire, les taux sont établis en fonction de données totalisées sur trois ans.

### Pourquoi est-ce important?

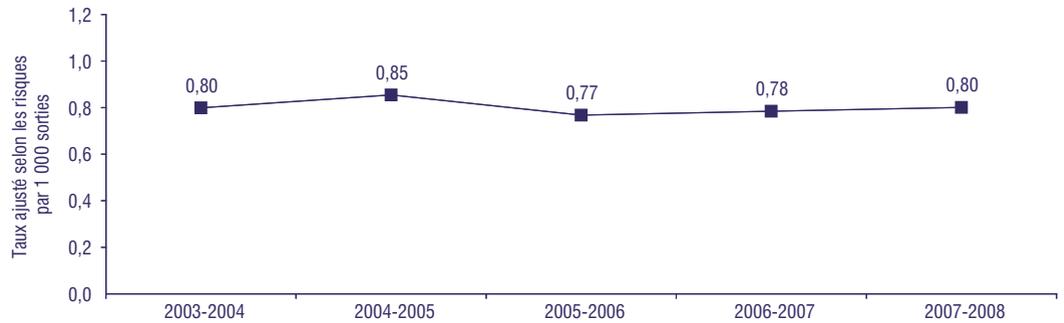
Les fractures de la hanche qui surviennent à l'hôpital constituent une complication, possiblement évitable, qui résulte d'un séjour dans un hôpital de soins de courte durée. Le suivi des taux au fil du temps et entre les provinces et territoires peut donner des renseignements sur les résultats des mesures mises en place pour prévenir les chutes et les fractures de la hanche dans les hôpitaux de soins de courte durée. Des taux élevés pourraient inciter à évaluer rapidement les occasions et les stratégies visant à réduire les chutes et, en fin de compte, les fractures de la hanche.

### Principales constatations

- De 2003-2004 à 2007-2008, les taux annuels, ajustés selon les risques, de fractures de la hanche à l'hôpital au Canada<sup>\*</sup> sont restés identiques, c'est-à-dire que sur mille hospitalisations de personnes âgées en soins de courte durée, environ une a entraîné une fracture de la hanche (figure 1). Cela équivaut à quelque 600 fractures de la hanche à l'hôpital par année.
- Les taux de fractures de la hanche à l'hôpital variaient dans l'ensemble du pays. De 2005-2006 à 2007-2008, le taux des hôpitaux ontariens (0,6 pour 1 000 sorties) était significativement inférieur à la moyenne nationale (0,8 pour 1 000 sorties), alors que les taux au Manitoba (1,1 pour 1 000 sorties) et en Alberta (1,0 pour 1 000 sorties) étaient significativement supérieurs à la moyenne nationale (figure 2).
- Les patients plus âgés étaient plus susceptibles de se fracturer la hanche à l'hôpital, et le risque de fracture augmentait avec l'âge. Après avoir tenu compte du sexe et des comorbidités, les risques de fracture de la hanche chez les patients âgés de 70 à 74 ans étaient près de deux fois plus élevés que chez les patients âgés de 65 à 69 ans. Les risques de fracture de la hanche chez les patients âgés de 85 à 89 ans étaient plus de quatre fois plus élevés que chez les patients âgés de 65 à 69 ans.
- Le risque de fracture de la hanche à l'hôpital chez les femmes était 34 % plus élevé que celui des hommes, et ce, après avoir tenu compte de l'âge et des comorbidités.

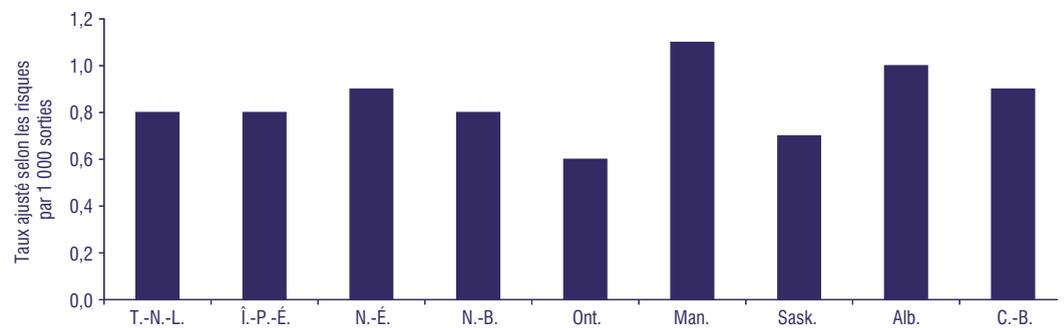
\* À l'exclusion du Québec.

ii. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe, certaines comorbidités et le fait d'avoir subi une chirurgie. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

**Figure 1 Taux annuel de fractures de la hanche à l'hôpital, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 n'inclut pas le Manitoba en raison des différences dans la collecte de données. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux de fractures de la hanche à l'hôpital par province, Canada, 2005-2006 à 2007-2008**

Remarques : Les taux sont établis en fonction de données totalisées sur trois ans. Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche

Une chirurgie pour réparer une fracture de la hanche peut être retardée en raison du temps d'attente pour les consultations et les tests ou de la non-disponibilité des salles d'opération, des chirurgiens ou d'autres ressources<sup>17, 18</sup>. Au Canada, les patients admis dans un grand hôpital communautaire ou d'enseignement, ceux qui sont admis en soirée ou la fin de semaine et ceux qui doivent être transférés dans un autre hôpital attendent habituellement plus longtemps avant de subir une chirurgie<sup>19</sup>. Certains patients peuvent nécessiter un traitement pour stabiliser leur état, ce qui peut également causer des retards.

Toutefois, les résultats de recherche suggèrent que les patients opérés rapidement obtiennent de meilleurs résultats, comme des risques moins élevés de mortalité, un nombre moins élevé de complications postopératoires, des séjours plus courts à l'hôpital et une meilleure récupération des fonctions<sup>5-8, 19</sup>. En décembre 2005, les ministères de la Santé à l'échelle du Canada ont adopté une mesure commune pour que la chirurgie de la fracture de la hanche soit pratiquée dans les 48 heures suivant l'admission<sup>iii, 21</sup>.

### Définition de l'indicateur

Proportion, ajustée selon les risques<sup>iv</sup>, des patients âgés de 65 ans ou plus souffrant d'une fracture de la hanche et qui sont opérés :

- le jour de leur admission à l'hôpital ou le lendemain;
- le jour de leur admission, le lendemain ou le surlendemain.

### Pourquoi est-ce important?

Le suivi du temps d'attente pour une chirurgie liée à une fracture de la hanche renseigne sur l'accès aux soins. Les variations géographiques et temporelles de cet indicateur peuvent mettre en évidence des différences dans les pratiques médicales et la disponibilité des ressources. L'étude de ces différences peut aider à repérer des pistes d'amélioration.

### Principales constatations

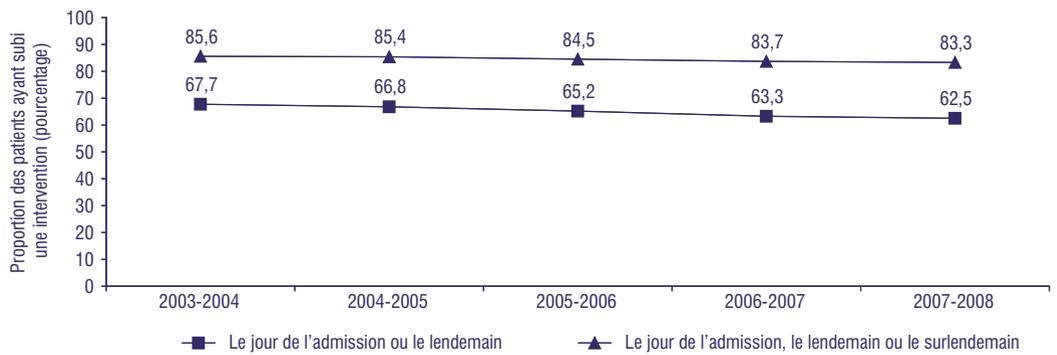
- Au Canada<sup>\*</sup>, la proportion des patients souffrant d'une fracture de la hanche et ayant subi une chirurgie le jour de leur admission ou le lendemain a baissé de 8 % au cours des cinq dernières années. En 2007-2008, 62,5 % des patients avaient été opérés le jour de leur admission ou le lendemain, contre 67,7 % en 2003-2004 (figure 1).
- Le temps d'attente varie à l'échelle du pays. En 2007-2008, la proportion des patients ayant été opérés le jour de leur admission ou le lendemain était significativement plus élevée au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique (67,7 % chacune) que la moyenne nationale (62,5 %), alors que cette proportion était significativement inférieure au Manitoba (51,8 %) et en Saskatchewan (48,2 %) (figure 2).
- Les femmes étaient 5 % plus susceptibles que les hommes d'être opérées pour une fracture de la hanche le jour de leur admission ou le lendemain, et ce, après avoir tenu compte de l'âge et des comorbidités.
- De 2003-2004 à 2007-2008, les temps d'attente plus élevés pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche étaient associés à un taux de mortalité plus élevé. En 2007-2008<sup>\*</sup>, les patients ayant subi une fracture de la hanche et ayant été opérés le jour de leur admission ou le lendemain étaient 18 % moins susceptibles de décéder à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission que ceux ayant subi leur chirurgie plus tard. Les taux tiennent compte des différences dans l'âge et les comorbidités.

\* À l'exclusion du Québec.

iii. L'accord d'accompagnement *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec* stipule que le Québec appliquerait son propre plan de réduction des temps d'attente, conformément aux objectifs, aux normes et aux critères établis par les autorités québécoises compétentes<sup>20</sup>.

iv. Les taux sont ajustés au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe et certaines comorbidités. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

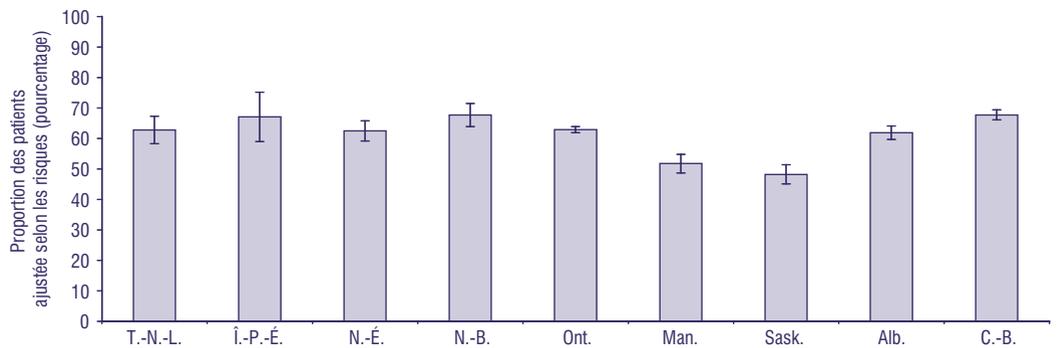
**Figure 1** Proportion des patients souffrant d'une fracture de la hanche opérés le jour de leur admission à l'hôpital, le lendemain ou le surlendemain, Canada



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les tendances sont statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ).

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2** Proportion des patients souffrant d'une fracture de la hanche opérés le jour de leur admission ou le lendemain, par province, Canada, 2007-2008



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Références

1. B. L. Riggs et L. J. Melton 3rd, « The Worldwide Problem of Osteoporosis: Insights Afforded by Epidemiology », *Bone*, vol. 17, n° 5, suppl. (1995), p. 505S-511S.
2. P. Sambrook et C. Cooper, « Osteoporosis », *The Lancet*, vol. 367, n° 9527 (2006), p. 2010-2018.
3. T. Masud et R. O. Morris, « Epidemiology of Falls », *Age and Ageing*, vol. 30, suppl. 4 (2001), p. 3-7.
4. Nuffield Institute for Health, University of Leeds et NHS Centre for Reviews and Dissemination, « Preventing Falls and Subsequent Injury in Older People » (en ligne), *Effective Healthcare*, vol. 2, n° 4 (1996), p. 1-16. Consulté le 20 mars 2006. Internet : <<http://www.york.ac.uk/inst/crd/EHC/ehc24.pdf>>.
5. K. J. McGuire et coll., « The 2004 Marshall Urist Award : Delays Until Surgery After Hip Fracture Increases Mortality », *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 428 (novembre 2004), p. 294-301.
6. A. Bottle et P. Aylin, « Mortality Associated With Delay in Operation After Hip Fracture: Observational Study », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 7547 (2006), p. 947-951.
7. C. G. Moran et coll., « Early Mortality After Hip Fracture: Is Delay Before Surgery Important? », *Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 87, n° 3 (2005), p. 483-489.
8. I. Weller et coll., « The Effect of Hospital Type and Surgical Delay on Mortality After Surgery for Hip Fracture », *Journal of Bone and Joint Surgery (British Volume)*, vol. 87, n° 3 (2005), p. 361-366.
9. L. D. Gillespie et coll., « Interventions for Preventing Falls in Elderly People », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (en ligne), n° 4, art. CD000340. DOI: 10.1002/14651858.CD000340 (2003). Consulté le 16 mars 2009. Internet : <<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000340.html>>.
10. D. Oliver et coll., « Strategies to Prevent Falls and Fractures in Hospitals and Care Homes and Effect of Cognitive Impairment: Systematic Review and Meta-Analyses », *British Medical Journal*, vol. 334, n° 7584 (2007), p. 82-87.
11. J. P. Brown et M. Fortier, « Canadian Consensus Conference on Osteoporosis, 2006 Update », *The Society of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Practice Guidelines*, vol. 172, n° 2, suppl. 1 (2006), p. S95-S112.
12. A. A. Khan et coll., « Management of Osteoporosis in Men: An Update and Case Example », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, n° 3 (2007), p. 345-348.
13. K. S. Johal, C. Boulton et C. G. Moran, « Hip Fractures After Falls in Hospital: A Retrospective Observational Cohort Study », *Injury*, vol. 40, n° 2 (2009), p. 201-204.
14. Agency for Healthcare Research and Quality, *Making Health Care Safer. A Critical Analysis of Patient Safety Practices Evidence Report/Technology Assessment*, Rockville (Maryland), AHRQ, 2001.
15. R. I. Salgado et coll., « Predictors of Falling in Elderly Hospital Patients », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 38, n° 3 (2004), p. 213-219.
16. G. R. Murray, I. D. Cameron et R. G. Cumming, « The Consequences of Falls in Acute and Subacute Hospitals in Australia That Cause Proximal Femoral Fractures », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, n° 4 (2007), p. 577-582.

17. C. P. Charalambous et coll., « Factors Delaying Surgical Treatment of Hip Fractures in Elderly Patients », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 85, n° 2 (2003), p. 117-119.
18. G. M. Orosz et coll., « Hip Fracture in the Older Patient: Reasons for Delay in Hospitalization and Timing of Surgical Repair », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 8 (2002), p. 1336-1340.
19. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2007 [Indicateurs de santé 2007]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
20. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Asymmetrical Federalism That Respects Quebec's Jurisdiction [Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec]* (en ligne). Consulté le 26 mars 2009. Internet : <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012\\_e.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012_e.pdf)>.
21. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *First Ever Common Benchmarks Will Allow Canadians to Measure Progress in Reducing Wait Times [Les tout Premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente]* (en ligne), 12 décembre 2005. Communiqué de presse. Internet : <[http://www.health.gov.on.ca/english/media/news\\_releases/archives/nr\\_05/nr\\_121205.html](http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_05/nr_121205.html)>.



## Point de mire : arthroplastie

L'arthroplastie peut être très efficace pour soulager la douleur et améliorer la mobilité chez les personnes souffrant par exemple d'ostéoarthrite ou d'une blessure<sup>1</sup>. Il n'est donc pas étonnant que le nombre annuel d'arthroplasties de la hanche et du genou augmente et devrait continuer d'augmenter<sup>2</sup>.

La hausse n'est pas uniquement attribuable à une population vieillissante qui a tendance à présenter des maladies musculo-squelettiques liées à l'âge. Les attitudes envers l'arthroplastie ont évolué<sup>2,3</sup>. Comme les gens s'attendent à vivre plus longtemps et à être plus actifs que les générations passées, ils acceptent plus facilement de subir cette intervention pour maintenir un style de vie actif et profiter d'une meilleure qualité de vie. En outre, des taux élevés d'arthroplasties de la hanche et du genou ont été également liés à l'obésité<sup>1</sup>, un phénomène en croissance au Canada. Cependant, plus la demande d'arthroplasties augmente, plus les temps d'attente pour une chirurgie augmentent. Des recherches indiquent qu'un temps d'attente supérieur à six mois pourrait réduire l'efficacité d'une arthroplastie<sup>4</sup>.

L'arthroplastie a été désignée comme l'un des secteurs prioritaires du *Plan décennal pour consolider les soins de santé du Canada*<sup>i</sup> (paru en septembre 2004)<sup>6</sup>, plan dans lequel le gouvernement fédéral s'est engagé à investir 4,5 milliards de dollars pour réduire les temps d'attente sur une période de six ans à partir de 2004-2005<sup>7</sup>. La plupart des provinces ont pratiqué depuis plus d'interventions et créé des sites Web afin de publier les temps d'attente<sup>8</sup>.

La présente section porte sur deux indicateurs liés aux types les plus courants d'arthroplastie :

- taux d'arthroplasties du genou;
- taux d'arthroplasties de la hanche.

i. L'accord d'accompagnement *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec* stipule que le Québec appliquerait son propre plan de réduction des temps d'attente, conformément aux objectifs, aux normes et aux critères établis par les autorités québécoises compétentes<sup>9</sup>.

## Taux d'arthroplasties du genou

Que ce soit pour exécuter de simples activités ou pratiquer des sports de compétition, le genou est une articulation essentielle. L'arthrite ou une blessure au genou peut être débiliteuse. Les résultats d'un suivi échelonné sur plus de 20 ans montrent l'efficacité des arthroplasties du genou. Environ 90 % des patients remarquent une diminution nette et rapide de la douleur et une amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de vie liée à la santé; environ 85 % des patients sont satisfaits des résultats de l'intervention<sup>9</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisé selon l'âge d'arthroplasties du genou (unilatérales ou bilatérales) pratiquées dans un hôpital de soins de courte durée ou un établissement de chirurgie d'un jour, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus.

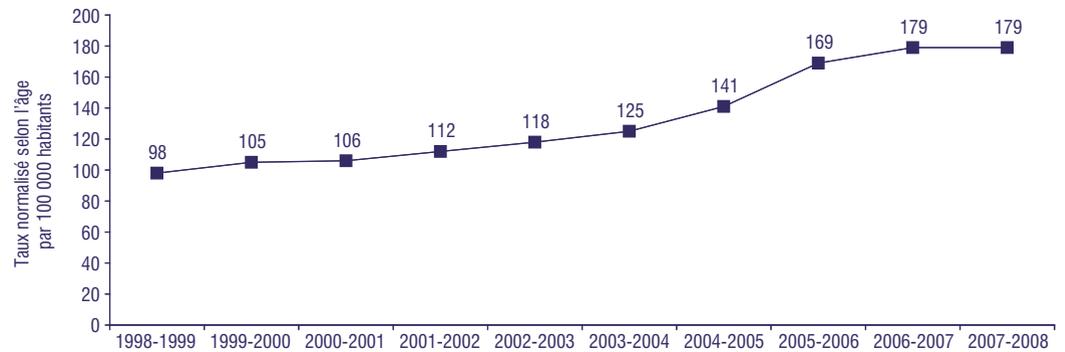
### Pourquoi est-ce important?

Les taux d'arthroplasties du genou peuvent servir à la planification, à l'allocation et à la formation des ressources humaines de la santé ainsi qu'à la planification et l'établissement du budget des services de santé. Les fortes variations régionales et temporelles du taux d'arthroplasties du genou pourraient tenir à de nombreux facteurs, y compris l'accès aux services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

### Principales constatations

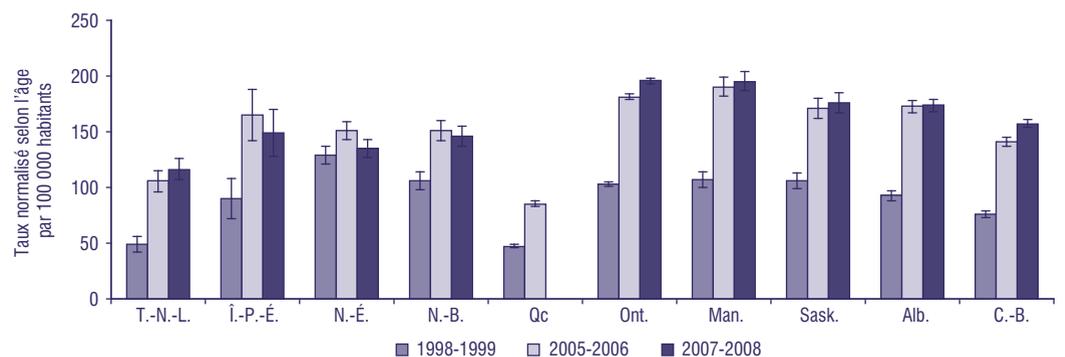
- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'arthroplasties du genou a augmenté de 83 % au Canada\*, après avoir pris en compte le vieillissement de la population et la croissance démographique (figure 1). La croissance la plus marquée est survenue entre 2004-2005 et 2005-2006.
- Au cours de cette période de 10 ans, le nombre d'arthroplasties du genou a augmenté de 127 %, passant de 17 171 en 1998-1999\* à 39 044 en 2007-2008\*. Environ 95 % de ces interventions n'étaient pas urgentes.
- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux normalisé selon l'âge a augmenté considérablement dans la plupart des provinces. On constate toutefois encore des variations du taux d'arthroplasties du genou à l'échelle du pays. En 2007-2008, les taux les plus élevés par 100 000 habitants ont été observés en Ontario (196) et au Manitoba (195). Pour ce qui est des autres provinces, les taux par 100 000 habitants avaient tendance à être plus élevés dans l'Ouest, allant de 157 en Colombie-Britannique à 176 en Saskatchewan, que dans l'Est, où les taux allaient de 116 à Terre-Neuve-et-Labrador à 149 à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 2).
- Les taux d'arthroplasties du genou étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Au cours de la période de 10 ans\*, les taux chez les femmes ont également augmenté plus rapidement que chez les hommes, soit 93 % contre 72 % (figure 3).
- Les taux les plus élevés d'arthroplasties du genou concernaient les personnes de 65 à 84 ans; toutefois, la hausse la plus importante des taux jusqu'en 2005-2006 concernait les personnes de 45 à 54 ans (128 %) et les personnes de 55 à 64 ans (92 %).

\* À l'exclusion du Québec.

**Figure 1 Taux d'arthroplasties du genou, Canada**

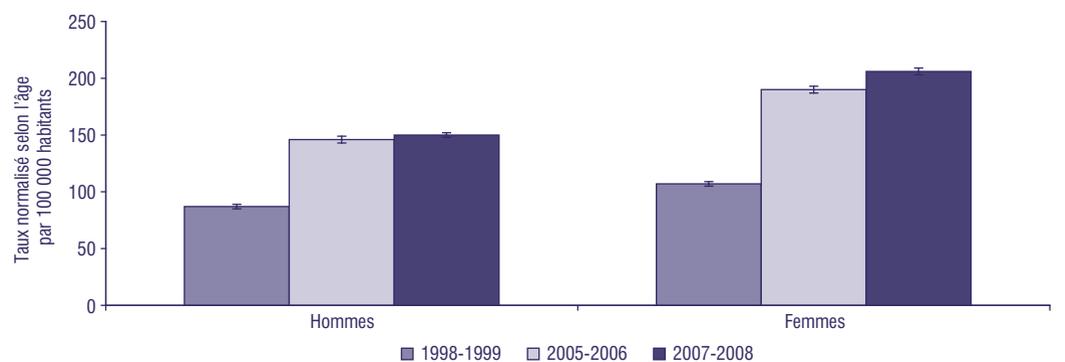
Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec; les données de 2006-2007 et 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database et Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 2 Taux d'arthroplasties du genou par province, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database et Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 3 Taux d'arthroplasties du genou selon le sexe, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database et Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Taux d'arthroplasties de la hanche

L'arthroplastie totale de la hanche, qui consiste à remplacer une articulation endommagée par une articulation artificielle, peut aider les personnes qui souffrent de diverses affections de la hanche découlant d'une usure normale due au vieillissement ou de maladies et de blessures. Les arthroplasties de la hanche étaient autrefois pratiquées principalement sur des personnes âgées souffrant de maladies articulaires liées à l'âge. Grâce aux avancées technologiques, cette intervention représente maintenant une solution envisageable pour les personnes plus jeunes<sup>4</sup>. Quatre-vingt-dix pour cent des patients obtiennent de bons, voire d'excellents, résultats après une arthroplastie totale de la hanche<sup>10</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisé selon l'âge d'arthroplasties de la hanche (unilatérales ou bilatérales) pratiquées dans les hôpitaux de soins de courte durée, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus.

### Pourquoi est-ce important?

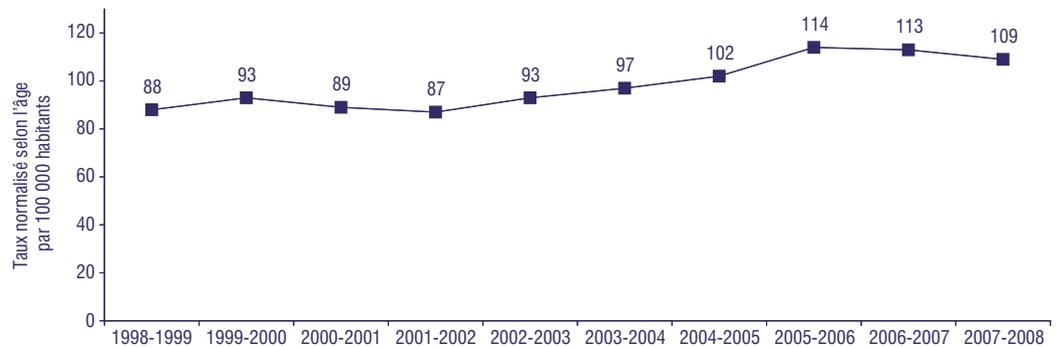
Le suivi du taux d'arthroplasties de la hanche au fil du temps peut donner des renseignements utiles pour la planification des ressources humaines de la santé et des services de santé. Des variations du taux d'arthroplasties de la hanche au fil du temps et partout au pays pourraient tenir à de nombreux facteurs, y compris l'accès aux services, les indications cliniques pour une arthroplastie de la hanche et les préférences du patient.

### Principales constatations

- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 24 % au Canada\*, après avoir tenu compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1). Le taux a atteint son maximum en 2005-2006, puis a diminué depuis de 4 %. La hausse la plus marquée a été enregistrée entre 2004-2005 et 2005-2006 (12 %).
- Sur la période de 10 ans, le nombre d'arthroplasties de la hanche a augmenté de 55 %, passant de 15 614 en 1998-1999\* à 24 257 en 2007-2008\*. La plupart des interventions (85 %) n'étaient pas urgentes.
- De 1998-1999 à 2007-2008, le taux d'arthroplasties de la hanche a augmenté significativement dans la plupart des provinces. Les augmentations les plus marquées ont été observées à Terre-Neuve-et-Labrador (69 %) et en Colombie-Britannique (41 %). Les variations provinciales ont continué pendant cette période de 10 ans. En 2007-2008, les taux variaient de 81 par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador à 120 par 100 000 habitants au Manitoba (figure 2).
- Les taux d'arthroplasties de la hanche étaient en moyenne 15 % plus élevés chez les femmes que chez les hommes pendant cette période de 10 ans. De 1998-1999 à 2005-2006, les taux ont augmenté à peu près au même rythme pour les deux sexes. Après 2005-2006 toutefois, le taux a baissé de 6 % chez les femmes, alors qu'il est demeuré stable chez les hommes (figure 3).
- Les hommes avaient tendance à être opérés plus jeunes que les femmes. En 2007-2008, l'âge moyen d'intervention était de 65,3 ( $\pm$  12,5) pour les hommes et de 69,2 ( $\pm$  12,3) pour les femmes; ces valeurs sont demeurées constantes pendant la période de 10 ans.
- Les taux d'arthroplasties de la hanche les plus élevés ont été observés chez les 75 à 84 ans, mais la hausse la plus marquée au cours de la période de 10 ans concerne les 45 à 54 ans (66 %), suivis des 55 à 64 ans (35 %).

\* À l'exclusion du Québec.

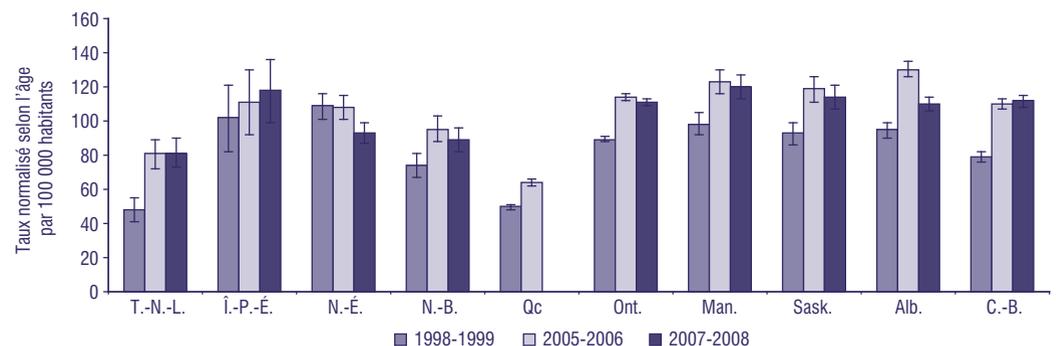
Figure 1 Taux d'arthroplasties de la hanche, Canada



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec; les données de 2006-2007 et 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux étaient significativement plus élevés en 2007-2008 qu'en 1998-1999 ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

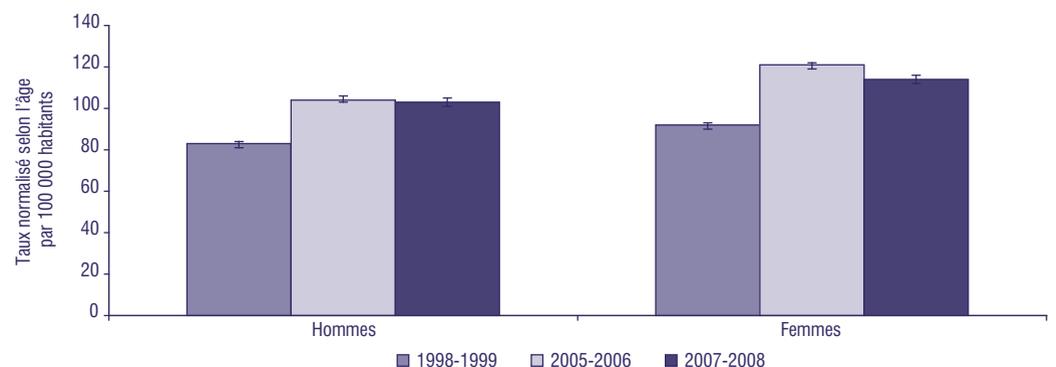
Figure 2 Taux d'arthroplasties de la hanche par province, Canada



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de données. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

Figure 3 Taux d'arthroplasties de la hanche selon le sexe, Canada



Remarques : Les taux incluent les personnes âgées de 20 ans ou plus. Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Acute Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) 2007 Annual Report—Hip and Knee Replacements in Canada* [Rapport annuel de 2007 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) — arthroplasties de la hanche et du genou au Canada], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
2. N. A. Wilson et coll., « Hip and Knee Implants: Current Trends and Policy Considerations », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6 (2008), p. 1587-1598.
3. I. D. Learmonth, C. Young et C. Rorabeck, « The Operation of the Century: Total Hip Replacement », *The Lancet*, vol. 370, n° 9597 (2007), p. 1508-1519.
4. A. Gross, *Report of the Total Hip and Knee Joint Replacement Expert Panel* (en ligne), Toronto (Ont.), Total Hip and Knee Joint Replacement Expert Panel, septembre 2005. Consulté le 26 mars 2009. Internet : <[www.health.gov.on.ca/transformation/wait\\_times/providers/reports/hip\\_knee\\_ep\\_report\\_0905.pdf](http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/providers/reports/hip_knee_ep_report_0905.pdf)>.
5. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Asymmetrical Federalism That Respects Quebec's Jurisdiction* [Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec] (en ligne). Consulté le 26 mars 2009. Internet : <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012\\_e.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012_e.pdf)>.
6. Santé Canada, *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care* [Un plan décennal pour consolider les soins de santé] (en ligne). Consulté le 26 mars 2009. Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>>.
7. Santé Canada, *Wait Times in Canada* [Les temps d'attente au Canada] (en ligne), mis à jour le 25 mai 2007. Consulté le 26 mars 2009. Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/wait-attente/index-eng.php>>.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Wait Time Tables—A Comparison by Provinces, 2008* [Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province, 2008], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
9. National Guideline Clearinghouse, *Total Knee Replacement* (en ligne). Consulté le 26 mars 2009. Internet : <[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=5299&nbr=003622&string=knee+AND+replacement](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5299&nbr=003622&string=knee+AND+replacement)>.
10. National Guideline Clearinghouse, *ACR Appropriateness Criteria Imaging After Total Arthroplasty* (en ligne). Consulté le 26 mars 2009. Internet : <[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=8317&nbr=004649&string=joint+AND+replacement](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8317&nbr=004649&string=joint+AND+replacement)>.





## Point de mire : prévention des admissions à l'hôpital

---

De nombreux Canadiens sont hospitalisés pour des affections qu'on peut prévenir ou prendre en charge dans la collectivité si l'on dispose des ressources, de l'éducation et des soins de santé primaires appropriés. Les séjours dans les hôpitaux sont source de stress, ils perturbent les patients et leur famille et s'avèrent coûteux pour le système de santé.

Il existe toutefois divers moyens de prévenir les séjours à l'hôpital en évitant certains problèmes qui les entraînent. Par exemple, une infrastructure routière de qualité, la sobriété au volant, le respect des limites de vitesse et l'attention permettent d'éviter les collisions routières. L'impact de telles collisions peut être réduit grâce au port approprié de la ceinture de sécurité et d'autres types de dispositifs de retenue<sup>1</sup>. De plus, des soins de santé primaires adéquats, combinés à des habitudes de vie saines et à l'éducation du patient, peuvent prévenir ou diminuer la progression de nombreuses maladies chroniques et ainsi réduire la nécessité d'une hospitalisation.

La présente section porte sur trois indicateurs liés aux causes d'hospitalisation qui auraient pu être évitées :

- blessures;
- maladies chroniques pouvant être prises en charge dans la collectivité grâce à des soins de santé primaires appropriés (aussi connues sous le nom de conditions propices aux soins ambulatoires);
- réadmissions après une hospitalisation liée à l'asthme.

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

Les blessures étaient considérées par le passé comme des « accidents<sup>2</sup> » aléatoires et inévitables, mais nombre d'entre elles peuvent être évitées. À l'échelle internationale, des programmes de prévention des blessures ont été mis en œuvre par l'entremise de politiques publiques, d'éducation et de plans visant à créer des collectivités plus en sécurité. Bien que certaines blessures soient volontaires, comme lors d'une agression, la plupart d'entre elles ne le sont pas et découlent par exemple de collisions routières, d'incendies ou de chutes.

Les blessures sont une cause majeure d'hospitalisation<sup>3</sup> et de décès prématuré au Canada; les blessures involontaires sont la principale cause de décès chez les jeunes Canadiens (âgés de 1 à 35 ans)<sup>4</sup>. Toutefois, les décès et les hospitalisations ne représentent qu'une part infime du mal et de la souffrance que les blessures entraînent chaque année. L'Organisation mondiale de la Santé estime que pour chaque décès découlant d'une blessure, des douzaines de personnes sont hospitalisées, des centaines sont traitées dans les services d'urgence et des milliers sont vus par un médecin<sup>1</sup>. Bien que seulement 6 % des blessures involontaires au Canada se traduisent par un séjour à l'hôpital<sup>5</sup>, le coût que les individus, la société et le système de soins de santé ont à payer en raison des quelque trois millions de blessures annuelles est considérable. Les blessures ont coûté plus de 12,7 milliards de dollars<sup>1</sup> aux Canadiens en 1998, dont 2,5 milliards en frais d'hospitalisation seulement<sup>6</sup>.

### Définition de l'indicateur

Taux normalisés selon l'âge d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant d'un transfert d'énergie (comme les collisions routières, les chutes et les agressions), par 100 000 habitants. Il exclut l'empoisonnement qui est pris en compte dans de nombreux autres indicateurs de blessures.

### Pourquoi est-ce important?

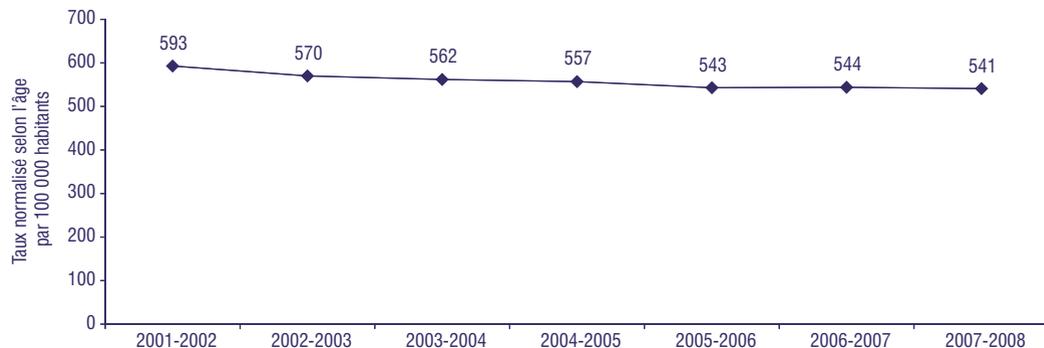
Il existe des stratégies bien connues de prévention des chutes, des collisions routières et d'autres types de blessures<sup>1</sup>. Cet indicateur peut aider les décideurs à concevoir et à cibler des programmes de prévention des blessures et à évaluer leur efficacité. En comprenant les variations des taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure et leurs causes, y compris les variations selon l'âge et le sexe, il est possible de définir des stratégies de prévention appropriées.

### Principales constatations

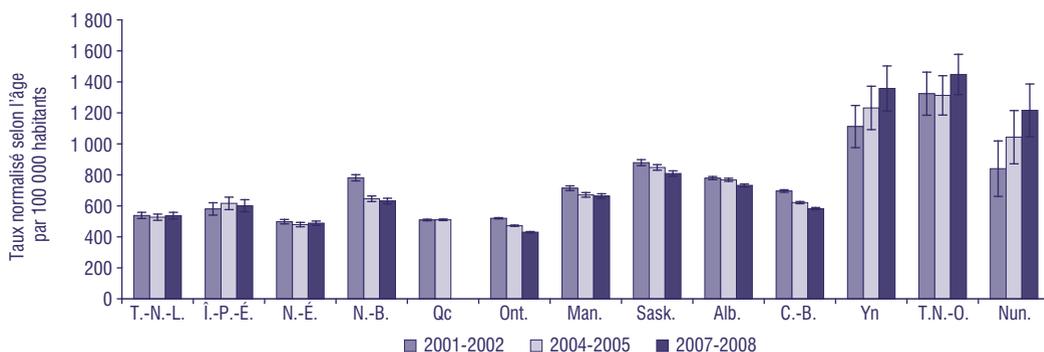
- De 2001-2002 à 2007-2008<sup>\*</sup>, le taux global d'hospitalisations à la suite d'une blessure au Canada a diminué de 9 %, passant de 593 à 541 par 100 000 habitants, en tenant compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1). Les blessures étaient à l'origine de près de 154 000 hospitalisations en 2007-2008<sup>\*</sup>, une baisse par rapport à 156 000 en 2001-2002<sup>\*</sup>.
- De 2001-2002 à 2007-2008, les taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure ont diminué au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, tandis qu'ils ont augmenté au Yukon et au Nunavut (figure 2). De nets écarts dans les taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure ont persisté entre les provinces et les territoires. En 2007-2008, les taux variaient de 430 par 100 000 habitants en Ontario à 1 448 par 100 000 habitants dans les Territoires du Nord-Ouest.

\* À l'exclusion du Québec.

i. Ce chiffre comprend le coût des soins médicaux, de la réadaptation, de la mortalité prématurée et de l'invalidité à court et à long termes pour un an; ce chiffre augmenterait considérablement si le coût des soins médicaux à long terme et la perte de revenus étaient pris en compte.

**Figure 1 Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure, Canada**

Remarques : Les taux de 2006-2007 et 2007-2008 excluent le Québec; les données n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).  
 Source : Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure par province et territoire, Canada**

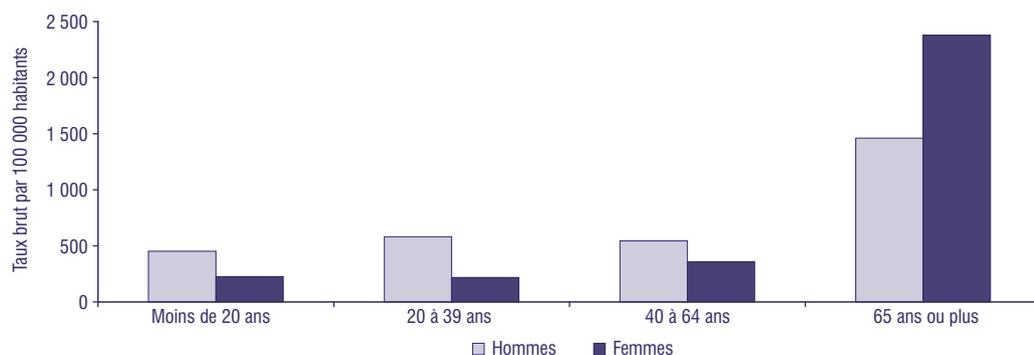
Remarques : Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

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

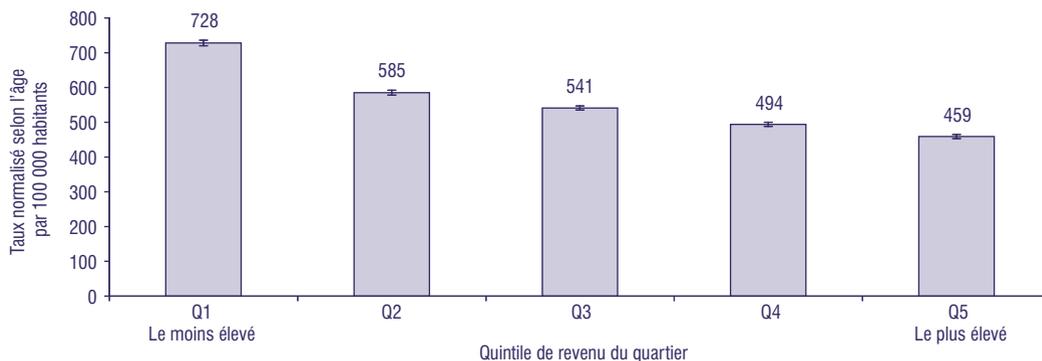
### Principales constatations (suite)

- Dans l'ensemble, les hommes étaient hospitalisés à la suite d'une blessure plus que les femmes. En 2007-2008\*, les taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure chez les hommes de moins de 65 ans étaient d'au moins 1,9 fois supérieurs à ceux des femmes. Toutefois, chez les femmes de 65 ans ou plus, les taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure étaient de 1,6 fois supérieurs à ceux des hommes. Le taux le plus élevé chez les deux sexes concernait les personnes âgées de 65 ans ou plus (figure 3).
- Depuis 2001-2002, les chutes et les collisions routières constituaient les principales causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure chez les deux sexes. En 2007-2008\*, les chutes (39 %), les collisions routières (23 %) et les agressions (9 %) étaient les principales causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure chez les Canadiens âgés de moins de 65 ans. Pour les Canadiens de 65 ans ou plus, la plupart des hospitalisations à la suite d'une blessure étaient attribuées à une chute (77 % pour les hommes et 88 % pour les femmes).
- En 2007-2008\*, les personnes vivant dans les quartiers les moins riches affichaient un taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure 1,6 fois supérieur à celles qui vivaient dans les quartiers les plus riches (figure 4). Bien que de 2001-2002 à 2007-2008, le taux chez tous les groupes de revenus du quartier ait diminué considérablement, le taux\* d'hospitalisations chez les résidents des quartiers les plus riches a diminué près de deux fois plus que celui des quartiers les moins riches depuis (15,3 % contre 8,8 %).
- Bien que les principales causes de blessures soient les mêmes, en 2007-2008\*, les résidents des milieux ruraux présentaient des taux, normalisés selon l'âge, d'hospitalisations à la suite d'une blessure plus élevés que les résidents issus de milieux urbains (834 contre 497 par 100 000 habitants). De 2001-2002 à 2007-2008, bien que les taux\* concernant les résidents de l'ensemble des milieux aient diminué considérablement, les personnes vivant en milieu urbain (14 %) ont affiché une baisse deux fois supérieure à celle des personnes vivant en milieu rural (7 %).

\* À l'exclusion du Québec.

**Figure 3 Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008**

Remarque : Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.  
 Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 4 Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2007-2008**

Remarques : Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le premier quintile affiche le revenu de quartier le plus bas et le cinquième quintile, le plus élevé. Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2007-2008 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires

De nombreuses maladies chroniques, notamment le diabète, l'asthme et l'hypertension, peuvent être gérées efficacement dans la collectivité grâce à un dépistage médical, à une surveillance et à un suivi adéquats. Combinées à l'éducation et au soutien des patients pour gérer leurs propres affections, de telles pratiques peuvent réduire le nombre de séjours à l'hôpital des personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Ces maladies chroniques qui peuvent être prises en charge dans la collectivité sont aussi appelées conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA). Bien qu'il soit impossible d'éviter tous les cas d'hospitalisations liées à des CPSA, des soins ambulatoires appropriés peuvent prévenir l'hospitalisation ou en réduire la nécessité.

### Définition de l'indicateur

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée pour sept CPSA, par 100 000 Canadiens de moins de 75 ans. Ces sept affections sont l'angine, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire, et l'hypertension.

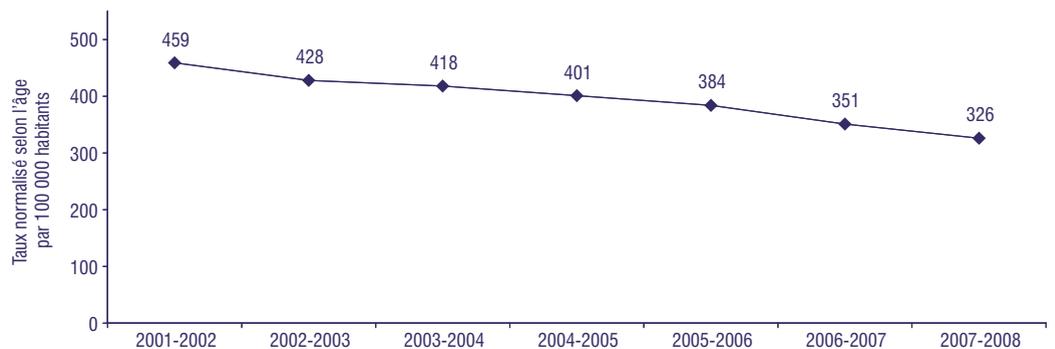
### Pourquoi est-ce important?

L'optimisation du traitement et de la gestion des CPSA dans la collectivité peut contribuer à améliorer les résultats pour la santé et à exploiter plus efficacement les ressources. Les variations au fil du temps et entre les régions, les provinces et les territoires peuvent faire l'objet d'un examen pour déterminer dans quelle mesure elles découlent de l'accessibilité et de la qualité des soins communautaires, des pratiques d'admission à l'hôpital et de l'acuité de ces problèmes de santé chroniques.

### Principales constatations

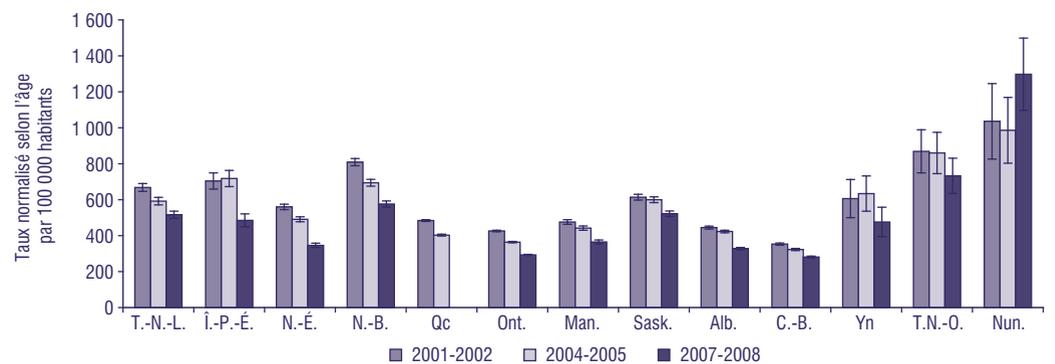
- De 2001-2002 à 2007-2008<sup>\*</sup>, le taux d'hospitalisations liées à des CPSA a diminué de 29 % au Canada, en tenant compte du vieillissement de la population et de la croissance démographique (figure 1).
- De 2001-2002 à 2007-2008, les taux d'hospitalisations liées à des CPSA ont diminué considérablement dans toutes les provinces (figure 2). Toutefois, de nets écarts entre les provinces et les territoires persistent. En 2007-2008, les taux variaient de 281 par 100 000 habitants en Colombie-Britannique à 1 298 par 100 000 habitants au Nunavut.
- À l'instar des années précédentes, les Canadiens âgés de 60 à 74 ans représentaient environ la moitié des hospitalisations liées à des CPSA en 2007-2008<sup>\*</sup>.
- En 2007-2008<sup>\*</sup>, les taux d'hospitalisations liées à des CPSA chez les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres étaient 2,6 fois supérieurs à ceux des résidents des quartiers les plus riches (figure 3); ils étaient 2,2 fois supérieurs en 2001-2002<sup>\*</sup>. De 2001-2002<sup>\*</sup> à 2007-2008<sup>\*</sup>, le taux d'hospitalisations liées à des CPSA a diminué de 34 % dans les quartiers les plus riches par rapport à 23 % dans les quartiers les plus pauvres.

\* À l'exclusion du Québec.

**Figure 1 Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada**

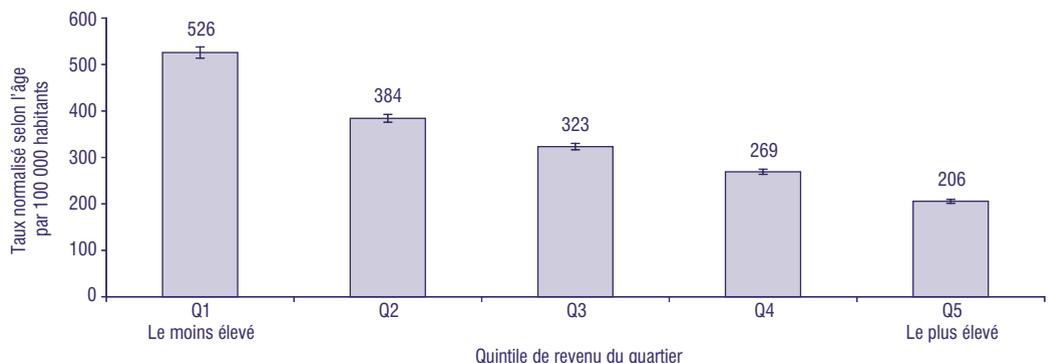
Remarques : Les taux incluent les personnes de moins de 75 ans. Les taux de 2006-2007 et 2007-2008 excluent le Québec; les données n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. La tendance est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 2 Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par province et territoire, Canada**

Remarques : Les taux incluent les personnes de moins de 75 ans. Les données de 2007-2008 du Québec n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources : Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 3 Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2007-2008**

Remarques : Les taux incluent les personnes de moins de 75 ans. Les taux excluent le Québec; les données de 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de la publication. Le premier quintile affiche le revenu de quartier le plus bas et le cinquième quintile, le plus élevé. Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2007-2008 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006. Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux de réadmissions à la suite d'une crise d'asthme

Les symptômes de l'asthme, qui comprennent des difficultés respiratoires, une sensation d'oppression dans la poitrine, la toux et une respiration sifflante, peuvent survenir de façon chronique ou aiguë lors d'une crise d'asthme<sup>7</sup>. Les symptômes résultent d'une obstruction des voies respiratoires ou d'une sensibilité déclenchée par exemple, par la poussière, le pollen, la moisissure, la fumée de cigarette, l'exercice ou la pollution atmosphérique. Souvent associé à l'enfance, l'asthme touche néanmoins des Canadiens de tous les âges. Les professionnels de la santé ont diagnostiqué l'asthme chez environ 8 % des Canadiens de 12 ans ou plus<sup>8</sup>. Parmi les asthmatiques, 48 % des hommes et 60 % des femmes ont rapporté des symptômes ou des crises dans les 12 mois précédents<sup>9</sup>. Les femmes adultes présentent des taux plus élevés de diagnostic d'asthme<sup>8</sup> et d'hospitalisation<sup>10</sup> que les hommes.

De nombreux facteurs sont à l'origine du mauvais contrôle de l'asthme, notamment l'éducation insuffisante du patient, la sous-utilisation d'anti-inflammatoires (y compris les doses inadéquates et la non-utilisation) ainsi que le manque de continuité des soins dans la collectivité<sup>11</sup>. L'asthme mal contrôlé peut entraîner des symptômes sévères qui nécessiteront l'hospitalisation des patients, habituellement pour un traitement aux stéroïdes et la surveillance respiratoire. Environ 5 000 hospitalisations<sup>ii</sup> pour asthme sont répertoriées chaque année chez les Canadiens\* âgés de 15 à 84 ans, certains d'entre eux retournant à l'hôpital peu après leur sortie.

### Définition de l'indicateur

Taux, ajusté selon les risques, des réadmissions imprévues survenant après un congé lié à un cas d'asthme. On considère que les patients sont réadmis s'il y a admission urgente pour une affection admissible dans les 28 jours suivant le congé d'un cas d'asthme admissible<sup>iii</sup>. Sauf indication contraire, les taux sont établis en fonction de données totalisées sur trois ans.

### Pourquoi est-ce important?

Le taux de réadmissions est une mesure de la qualité des soins. Même si certains facteurs influençant les réadmissions à l'hôpital sont hors du contrôle direct de l'hôpital, des taux élevés de réadmission imprévue indiquent aux dispensateurs de soins de santé qu'ils devraient examiner leurs pratiques, notamment les soins aux patients hospitalisés<sup>12</sup>, l'éducation de ces derniers<sup>13</sup>, ainsi que les critères et les directives de congé<sup>14</sup>. Les patients admis à l'hôpital ont tendance à ne pas gérer efficacement leur asthme, notamment en raison d'éventuelles lacunes en matière de suivi médical ou éducationnel au sein de leur collectivité<sup>13, 15</sup>.

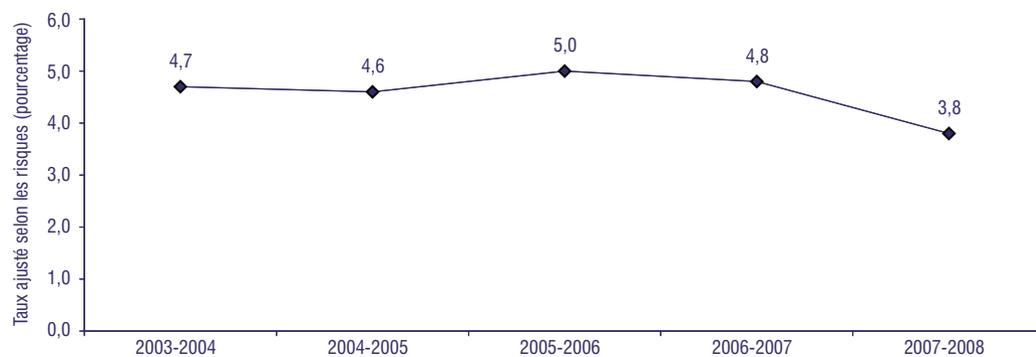
### Principales constatations

- De 2003-2004 à 2007-2008, le taux annuel de réadmissions, ajusté selon les risques, à la suite d'une hospitalisation liée à l'asthme au Canada\* est demeuré relativement stable (figure 1).
- Les taux de réadmissions à la suite d'une crise d'asthme varient selon la province. De 2005-2006 à 2007-2008, le Nouveau-Brunswick affichait un taux (2,7 %) significativement inférieur au taux national (4,5 %) et le Manitoba (6,6 %), significativement supérieur.
- De nombreuses réadmissions surviennent dans la semaine qui suit le congé. De 2005-2006 à 2007-2008\*, 40 % des réadmissions ont eu lieu dans les sept jours qui ont suivi le congé dans le cadre d'une hospitalisation liée à l'asthme.
- Pendant la même période\*, la majorité des hospitalisations (70 %) et des réadmissions (73 %) pour des cas d'asthme chez les adultes touchaient des femmes.
- De 2005-2006 à 2007-2008\*, 92 % des réadmissions sont survenues en raison d'une autre crise d'asthme. Le reste des patients ont été réadmis en raison d'une pneumonie (7 %), d'un malaise ou d'un arrêt respiratoire (1 %) (figure 2).

\* À l'exclusion du Québec.

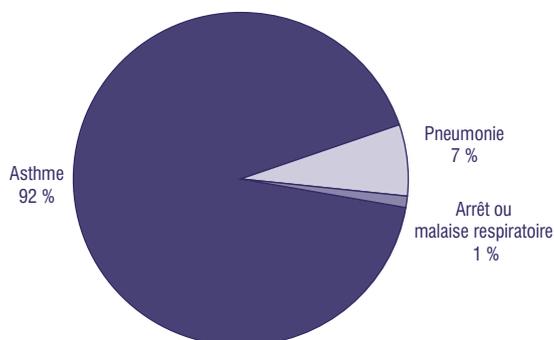
ii. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

iii. Le taux est ajusté au moyen d'un modèle de régression logistique utilisant les covariables suivantes : l'âge, le sexe et les admissions précédentes pour des cas d'asthme. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs).

**Figure 1 Taux annuels de réadmissions à la suite d'une crise d'asthme, Canada**

Remarques : Les taux excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données. Le taux de 2003-2004 exclut les données du Manitoba, sauf Winnipeg, en raison des différences dans la collecte de données. Cette exclusion n'a aucune incidence sur la tendance. Pour obtenir les résultats annuels, les taux ont été ajustés selon les risques en utilisant des données de 2003-2004 à 2007-2008.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

**Figure 2 Causes des réadmissions après une hospitalisation à la suite d'une crise d'asthme, Canada, de 2005-2006 à 2007-2008**

Remarque : Les données excluent le Québec en raison des différences dans la collecte de données.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *Preventing Injuries and Violence: A Guide for Ministries of Health*, Genève (Suisse), OMS, 2007.
2. M. Peden, K. McGee et G. Sharma, *The Injury Chart Book: A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries*, Genève (Suisse), OMS, 2002.
3. Agence de la santé publique du Canada, *Leading Causes of Hospitalization, Canada, 2004*, [Principales causes d'hospitalisation, Canada, 2004] (en ligne). Consulté le 23 février 2009. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/pdf/lcd-pcd-t2-eng.pdf>>.
4. Agence de la santé publique du Canada, *Leading Causes of Death, Canada, 2004* [Principales causes de décès, Canada, 2004] (en ligne). Consulté le 23 février 2009. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/pdf/lcd-pcd-t1-eng.pdf>>.
5. D. E. Angus et coll., *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto (Ont.), SMARTRISK, 1998.
6. Santé Canada, *The Economic Burden of Illness in Canada, 1998* [Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998], Ottawa (Ont.), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.
7. L. P. Boulet et coll. pour Canadian Asthma Consensus Group, « Canadian Asthma Consensus Report, 1999 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 11, suppl. (1999), p. S1-S5.
8. Statistique Canada, *Persons With Asthma, by Age and Sex* [Personnes ayant de l'asthme, selon l'âge et le sexe] (en ligne), mis à jour le 13 août 2007. Consulté le 23 février 2009. Internet : <<http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/health49b-eng.htm>>.
9. Y. Chen et coll., « Asthma », *Health Reports*, vol. 16, n° 2 (2005), p. 43-46.
10. E. M. Skobeloff et coll., « The Influence of Age and Sex on Asthma Admissions », *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, n° 24 (1992), p. 3437-3440.
11. A. Becker et coll. pour Asthma Guidelines Working Group of the Canadian Network for Asthma Care et Canadian Thoracic Society, « Summary of Recommendations From the Canadian Asthma Consensus Guidelines, 2003 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 173, n° 6, suppl. (2005), p. S1-S56.
12. R. Slack et C. E. Bucknall, « Readmission Rates Are Associated With Differences in the Process of Care in Acute Asthma », *Quality in Health Care*, vol. 6, n° 4 (1997), p. 194-198.
13. C. Lemièrre et coll., « Adult Asthma Consensus Guidelines Update 2003 », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 11, suppl. A (2004), p. 9A-18A.
14. L. P. Boulet et coll. pour Canadian Asthma Consensus Group, « Management of Patients With Asthma in the Emergency Department and in Hospital », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 11, suppl. (1999), p. S53-S59.
15. P. K. Correll et coll., « Reattendance at Hospital for Asthma in Two Australian States, 2000–2003 », *Respirology*, vol. 12 (2007), p. 220-226.





Les indicateurs de santé sont des mesures normalisées de divers aspects de la santé et des soins de santé que l'on peut utiliser pour surveiller l'état de santé de la population ainsi que le rendement et les caractéristiques du système de santé au fil du temps et à l'échelle du pays. Comme par les années précédentes, le rapport annuel *Indicateurs de santé* fournit des données comparables à jour aux régions sanitaires, aux provinces et aux territoires. Grâce à cette information, les régions et les gouvernements peuvent évaluer les progrès réalisés et déterminer les secteurs susceptibles d'être améliorés.

## Qu'est-ce qu'une région sanitaire?

Une région sanitaire est une entité administrative établie en vertu de la loi par les ministères provinciaux de la Santé. Elle est définie par une région géographique et a pour mandat de fournir des services de santé à ses résidents. Le rôle d'une région sanitaire en ce qui a trait à l'affectation des ressources et leur lien avec les hôpitaux de la région varie selon la province.

Le présent rapport fait état des données pour l'ensemble des régions qui comptent une population d'au moins 50 000 habitants. En outre, les données des plus petites régions ainsi que les zones de la Nouvelle-Écosse et les unités de santé publique de l'Ontario figurent dans la publication en ligne *Indicateurs de santé* ([www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs) ou [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)). Veuillez consulter la carte des régions sanitaires du Canada à la page 132.

## Interprétation des indicateurs

Sauf indication contraire, les indicateurs de santé sont présentés en fonction de la région de résidence du patient et non de celle de son hospitalisation. Par conséquent, les chiffres reflètent l'expérience des résidents d'une région donnée peu importe où ils ont été traités, même si c'était à l'extérieur de leur propre province, plutôt que l'activité des hôpitaux de cette région.

Des intervalles de confiance accompagnent la plupart des indicateurs afin que leur interprétation en soit facilitée. La largeur de l'intervalle de confiance illustre le niveau de variabilité associé au taux en question. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance 19 fois sur 20 (intervalle de confiance de 95 %).

## Symboles et abréviations

..	Chiffres non disponibles	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
*	Chiffres supprimés en raison des nombres peu élevés ou de données incomplètes	HSDA	Health service delivery area
▼	À interpréter avec prudence	RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
IC de 95 %	Intervalle de confiance de 95 %	RHA	Regional health authority
◆	Statistiquement différent du taux national (Canada) ( $p \leq 0,05$ )		

Code de carte	Région sanitaire	Nom de légende	Population (en milliers) 2007	% population 65 ans ou plus 2007	Rapport de dépendance 2007
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>T.-N.-L.</b>	<b>507</b>	<b>13,9</b>	<b>55,1</b>
1011	Eastern Regional Integrated Health Authority	Eastern, T.-N.-L.	296	13,1	52,8
1012	Central Regional Integrated Health Authority	Central, T.-N.-L.	94	16,7	59,2
1013	Western Regional Integrated Health Authority	Western, T.-N.-L.	79	16,0	59,0
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>Î.-P.-É.</b>	<b>139</b>	<b>14,5</b>	<b>63,4</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>N.-É.</b>	<b>935</b>	<b>14,8</b>	<b>58,6</b>
1211	South Shore District Health Authority	South Shore, N.-É.	60	19,0	61,4
1212	Régie régionale de la santé South West Nova	South West Nova, N.-É.	62	17,0	62,9
1213	Annapolis Valley District Health Authority	Annapolis Valley, N.-É.	82	16,8	64,7
1214	Colchester East Hants Health Authority	Colchester East Hants, N.-É.	73	15,2	61,9
1218	Régie régionale de la santé Cape Breton	Cape Breton, N.-É.	126	17,1	65,0
1219	Capital District Health Authority	Capital, N.-É.	406	11,9	52,3
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>N.B.</b>	<b>751</b>	<b>14,5</b>	<b>57,2</b>
1301	Zone 1	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	198	14,5	54,8
1302	Zone 2	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	175	14,2	60,5
1303	Zone 3	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	172	13,3	57,2
1304	Zone 4	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	51	15,2	56,6
1306	Zone 6	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	80	15,6	53,4
<b>Québec</b>		<b>Qc</b>	<b>7 720</b>	<b>14,4</b>	<b>57,9</b>
2401	ASSS du Bas-Saint-Laurent	Bas-Saint-Laurent	202	17,3	60,9
2402	ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Saguenay-Lac-Saint-Jean	273	15,1	58,1
2403	ASSS de la Capitale nationale	Capitale nationale	675	15,7	54,3
2404	ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Mauricie et Centre-du-Québec	490	16,8	61,3
2405	ASSS de l'Estrie	Estrie	304	15,3	60,6
2406	ASSS de Montréal	Montréal	1 872	15,4	55,2
2407	ASSS de l'Outaouais	Outaouais	349	11,4	54,7
2408	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Abitibi-Témiscamingue	145	13,2	60,3
2409	ASSS de la Côte-Nord	Côte-Nord	96	12,4	56,8
2411	ASSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	95	18,2	60,4
2412	ASSS de Chaudière-Appalaches	Chaudière-Appalaches	400	14,6	59,1
2413	ASSS de Laval	Laval	382	14,3	62,1
2414	ASSS de Lanaudière	Lanaudière	445	12,2	58,7
2415	ASSS des Laurentides	Laurentides	528	12,5	58,8
2416	ASSS de la Montérégie	Montréal	1 403	13,1	58,9
<b>Ontario</b>		<b>Ont.</b>	<b>12 851</b>	<b>13,2</b>	<b>59,7</b>
3501	RLISS d'Érié St-Clair	Érié St-Clair	646	14,2	63,3
3502	RLISS du Sud-Ouest	Sud-Ouest	937	14,9	64,3
3503	RLISS de Waterloo Wellington	Waterloo Wellington	714	12,0	59,5
3504	RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 377	15,1	63,9
3505	RLISS du Centre-Ouest	Centre-Ouest	779	9,8	56,8
3506	RLISS de Mississauga Halton	Mississauga Halton	1 140	10,1	57,6
3507	RLISS de Toronto-Centre	Toronto-Centre	1 168	13,3	54,6
3508	RLISS du Centre	Centre	1 641	11,6	56,1
3509	RLISS du Centre-Est	Centre-Est	1 494	13,4	59,5
3510	RLISS du Sud-Est	Sud-Est	483	16,6	63,9
3511	RLISS de Champlain	Champlain	1 193	13,1	58,0
3512	RLISS de Simcoe-Nord Muskoka	Simcoe-Nord Muskoka	431	14,8	65,3
3513	RLISS du Nord-Est	Nord-Est	566	16,2	63,2
3514	RLISS du Nord-Ouest	Nord-Ouest	235	13,8	64,1
<b>Manitoba</b>		<b>Man.</b>	<b>1 190</b>	<b>13,6</b>	<b>66,6</b>
4610	Office régional de la santé de Winnipeg	Winnipeg	667	13,7	60,2
4625	Santé Sud-Est Inc.	Sud-Est	65	10,3	73,7
4630	Office régional de la santé d'Entre-les-lacs	Entre-les-lacs	80	15,0	70,9
4640	Office régional de la santé du Centre du Manitoba Inc.	Centre	104	13,0	77,1
4645	Office régional de la santé Assiniboine	Assiniboine	69	18,6	79,5

Code de carte	Région sanitaire	Nom de légende	Population (en milliers) 2007	% population 65 ans ou plus 2007	Rapport de dépendance 2007
<b>Saskatchewan</b>		<b>Sask.</b>	<b>1 003</b>	<b>14,9</b>	<b>71,1</b>
4701	Sun Country Health Region	Sun Country	52	17,3	75,2
4702	Five Hills Health Region	Five Hills	53	18,5	73,5
4704	Regina Qu'Appelle Health Region	Regina	244	14,1	64,3
4705	Sunrise Health Region	Sunrise	55	21,8	83,4
4706	Saskatoon Health Region	Saskatoon	291	13,4	64,6
4709	Prince Albert Parkland RHA	Prince Albert	75	15,1	80,2
4710	Prairie North Health Region	Prairie North	68	12,3	80,4
<b>Alberta</b>		<b>Alb.</b>	<b>3 487</b>	<b>10,4</b>	<b>56,4</b>
4821	Chinook Health	Chinook	163	12,8	68,2
4822	Palliser Health Region	Palliser	107	13,1	63,7
4823	Calgary Health Region	Calgary	1 275	9,5	51,5
4824	David Thompson Health Region	David Thompson	317	11,0	60,1
4825	East Central Health	East Central	118	15,1	70,2
4826	Capital Health	Capital	1 086	10,9	55,6
4827	Aspen Regional Health	Aspen	185	11,1	67,9
4828	Peace Country Health	Peace Country	147	8,0	61,2
4829	Northern Lights Health Region	Northern Lights	78	3,2	49,8
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>C.-B.</b>	<b>4 403</b>	<b>14,1</b>	<b>57,1</b>
5911	East Kootenay HSDA	East Kootenay	79	15,5	61,0
5912	Kootenay Boundary HSDA	Kootenay Boundary	80	17,1	62,4
5913	Okanagan HSDA	Okanagan	345	19,7	68,9
5914	Thompson Cariboo Shuswap HSDA	Thompson/Cariboo/Shuswap	222	15,5	61,5
5921	Fraser East HSDA	Fraser East	275	13,9	67,2
5922	Fraser North HSDA	Fraser North	579	11,7	52,1
5923	Fraser South HSDA	Fraser South	673	12,0	59,7
5931	Richmond HSDA	Richmond	187	13,1	52,5
5932	Vancouver HSDA	Vancouver	625	12,7	42,6
5933	North Shore/Coast Garibaldi HSDA	North Shore	276	14,9	58,9
5941	South Vancouver Island HSDA	South Vancouver Island	366	17,2	57,2
5942	Central Vancouver Island HSDA	Central Vancouver Island	262	18,8	67,2
5943	North Vancouver Island HSDA	North Vancouver Island	121	15,0	61,6
5951	Northwest HSDA	Northwest	77	9,9	61,8
5952	Northern Interior HSDA	Northern Interior	145	10,3	56,9
5953	Northeast HSDA	Northeast	68	7,9	57,4
<b>Yukon</b>		<b>Yn</b>	<b>31</b>	<b>7,9</b>	<b>48,6</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>T.N.-O.</b>	<b>42</b>	<b>5,2</b>	<b>58,4</b>
<b>Nunavut</b>		<b>Nun.</b>	<b>31</b>	<b>3,1</b>	<b>87,0</b>
<b>Canada</b>		<b>Canada</b>	<b>33 091</b>	<b>13,4</b>	<b>59,0</b>

### Population

Nombre de personnes vivant dans une région géographique. La taille d'une population et sa composition selon l'âge et le sexe peuvent influencer sur l'état de santé et sur les besoins en matière de services de santé dans une région. Les données sur la population fournissent aussi les « dénominateurs » qui entrent dans le calcul des taux pour la plupart des indicateurs de santé et des indicateurs sociaux.

**Sources :** Division de la démographie, Statistique Canada. Les données sont tirées du recensement et de sources administratives sur la natalité, la mortalité et la migration. Les taux de croissance démographique des régions sanitaires de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont été fournis par Alberta Health and Wellness et BC Stats, respectivement.

### Rapport de dépendance

Rapport entre, d'une part, les populations combinées âgées de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus et, d'autre part, la population âgée de 20 à 64 ans. Ce rapport représente le nombre de personnes à charge par tranche de 100 personnes en âge de travailler. Les Canadiens âgés de 65 ans ou plus et ceux de moins de 20 ans sont plus susceptibles que les autres d'être dépendants socialement ou économiquement de personnes en âge de travailler, et peuvent aussi exercer une pression supplémentaire sur les services de santé.

**Source :** Division de la démographie, Statistique Canada.

Autochtones		
	2001 %	2006 %
T.-N.-L.	3,7	4,7
Î.-P.-É.	1,0	1,3
N.-É.	1,9	2,7
N.-B.	2,4	2,5
Qc	1,3	1,5
Ont.	1,8	2,0
Man.	13,6	15,5
Sask.	13,6	14,9
Alb.	5,4	5,8
C.-B.	4,4	4,8
Yn	22,9	25,1
T.N.-O.	50,5	50,3
Nun.	85,2	85,0
<b>Canada</b>	<b>3,4</b>	<b>3,8</b>

Immigrants		
	2001 %	2006 %
T.-N.-L.	1,6	1,7
Î.-P.-É.	3,1	3,6
N.-É.	4,6	5,0
N.-B.	3,1	3,7
Qc	9,9	11,5
Ont.	26,8	28,3
Man.	12,1	13,3
Sask.	5,0	5,0
Alb.	14,9	16,2
C.-B.	26,1	27,5
Yn	10,6	10,0
T.N.-O.	6,4	6,8
Nun.	1,7	1,6
<b>Canada</b>	<b>18,4</b>	<b>19,8</b>

Population rurale		
	2001 %	2006 %
T.-N.-L.	42,4	42,4
Î.-P.-É.	55,5	55,3
N.-É.	44,4	44,7
N.-B.	49,8	49,1
Qc	19,8	20,0
Ont.	15,4	14,9
Man.	28,3	28,7
Sask.	35,9	35,2
Alb.	19,3	18,0
C.-B.	15,4	14,7
Yn	41,3	40,5
T.N.-O.	41,7	41,8
Nun.	67,6	56,8
<b>Canada</b>	<b>20,4</b>	<b>19,9</b>

**Autochtones**

Proportion d'Autochtones vivant dans une région géographique. Les Autochtones sont les personnes ayant déclaré que leurs ancêtres ont appartenu à au moins un groupe autochtone (par exemple les collectivités des Premières Nations, métisses ou inuites) ou celles qui ont déclaré être un Autochtone visé par un traité ou un Autochtone inscrit, comme le définit la *Loi sur les Indiens*, ou celles qui étaient membres d'une bande autochtone ou d'une Première Nation. Les caractéristiques de l'état de santé et les déterminants non médicaux des Autochtones sont différents de ceux de la population non autochtone.

**Sources :** Recensements de 2001 et de 2006, Statistique Canada.

**Immigrants**

Proportion d'immigrants vivant dans une région géographique. Il s'agit des personnes ayant le statut d'immigrant reçu au Canada ou l'ayant déjà eu à un moment donné. Un immigrant reçu est une personne à laquelle les autorités canadiennes de l'immigration ont accordé le droit de vivre au Canada en permanence. Des études montrent que les immigrants, particulièrement ceux d'origine non européenne, ont une plus grande espérance de vie et courent un moins grand risque de souffrir de certains problèmes de santé chroniques que les Canadiens de naissance.

**Sources :** Recensements de 2001 et de 2006, Statistique Canada.

**Population rurale**

Proportion de la population vivant dans des régions rurales. Par définition, une région rurale compte moins de 1 000 habitants et a une densité de population inférieure à 400 habitants par kilomètre carré.

**Sources :** Recensements de 2001 et de 2006, Statistique Canada.

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements d'infarctus aigus du myocarde menant à une hospitalisation 2007-2008		Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*351</b>	<b>(334-368)</b>	<b>*155</b>	<b>(144-166)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*335	(313-357)	*152	(137-167)
1012	Central, T.-N.-L.	*438	(398-478)	*156	(132-180)
1013	Western, T.-N.-L.	*300	(263-337)	152	(125-179)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*308</b>	<b>(278-337)</b>	<b>138</b>	<b>(118-157)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*270</b>	<b>(259-280)</b>	<b>*121</b>	<b>(114-128)</b>
1211	South Shore, N.-É.	*274	(235-314)	142	(114-170)
1212	South West Nova, N.-É.	*308	(265-352)	*165	(134-196)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*289	(252-326)	112	(90-134)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	*321	(280-363)	127	(100-153)
1218	Cape Breton, N.-É.	*318	(288-349)	*105	(87-122)
1219	Capital, N.-É.	221	(205-237)	*118	(106-129)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*278</b>	<b>(266-290)</b>	<b>*148</b>	<b>(139-157)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*280	(256-304)	140	(123-157)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*254	(230-278)	132	(114-150)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*281	(255-308)	142	(123-161)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	202	(163-242)	146	(112-180)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*296	(259-333)	149	(123-175)
<b>Québec</b>		..	.. ..	..	.. ..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	.. ..	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	.. ..	..	.. ..
2403	Capitale nationale	..	.. ..	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	.. ..	..	.. ..
2405	Estrie	..	.. ..	..	.. ..
2406	Montréal	..	.. ..	..	.. ..
2407	Outaouais	..	.. ..	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	.. ..	..	.. ..
2409	Côte-Nord	..	.. ..	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	.. ..	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	..	.. ..	..	.. ..
2413	Laval	..	.. ..	..	.. ..
2414	Lanaudière	..	.. ..	..	.. ..
2415	Laurentides	..	.. ..	..	.. ..
2416	Montérégie	..	.. ..	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>219</b>	<b>(217-222)</b>	<b>*132</b>	<b>(130-135)</b>
3501	Érié St-Clair	*253	(240-265)	*161	(151-171)
3502	Sud-Ouest	*239	(229-249)	137	(129-144)
3503	Waterloo Wellington	210	(198-222)	126	(117-135)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*244	(236-253)	*138	(132-145)
3505	Centre-Ouest	227	(214-239)	*142	(132-152)
3506	Mississauga Halton	*174	(165-183)	*116	(109-123)
3507	Toronto-Centre	*165	(157-172)	131	(124-138)
3508	Centre	*163	(156-170)	*122	(116-128)
3509	Centre-Est	226	(218-234)	125	(119-131)
3510	Sud-Est	*237	(224-251)	136	(126-147)
3511	Champlain	213	(204-222)	*120	(114-127)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	234	(219-248)	138	(126-149)
3513	Nord-Est	*309	(294-323)	*150	(140-161)
3514	Nord-Ouest	*363	(337-388)	*180	(162-198)
<b>Manitoba</b>		<b>*253</b>	<b>(244-263)</b>	<b>*137</b>	<b>(130-144)</b>
4610	Winnipeg	*242	(229-254)	136	(126-145)
4625	Sud-Est	*271	(223-318)	*93	(66-121)
4630	Entre-les-lacs	*255	(220-290)	143	(117-170)
4640	Centre	*261	(226-295)	140	(115-164)
4645	Assiniboine	216	(182-250)	*89	(68-110)

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements d'infarctus aigus du myocarde menant à une hospitalisation 2007-2008		Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>227</b>	<b>(218-237)</b>	<b>134</b>	<b>(127-141)</b>
4701	Sun Country	202	(164-241)	*93	(68-118)
4702	Five Hills	235	(195-276)	134	(103-165)
4704	Regina	224	(204-245)	142	(126-158)
4705	Sunrise	210	(174-246)	140	(111-169)
4706	Saskatoon	203	(186-221)	138	(123-152)
4709	Prince Albert	*317	(274-359)	*162	(132-192)
4710	Prairie North	*273	(229-317)	126	(96-156)
<b>Alberta</b>		<b>221</b>	<b>(215-226)</b>	<b>*124</b>	<b>(119-128)</b>
4821	Chinook	227	(202-253)	128	(109-147)
4822	Palliser	*276	(242-310)	148	(124-173)
4823	Calgary	*192	(183-201)	*112	(105-119)
4824	David Thompson	*258	(237-278)	144	(129-159)
4825	East Central	217	(189-244)	129	(108-150)
4826	Capital	223	(213-233)	*117	(110-125)
4827	Aspen	239	(213-264)	139	(119-158)
4828	Peace Country	*277	(242-312)	*184	(155-213)
4829	Northern Lights	213	(151-274)	156	(95-216)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*169</b>	<b>(166-173)</b>	<b>*121</b>	<b>(117-124)</b>
5911	East Kootenay	228	(195-260)	137	(112-162)
5912	Kootenay Boundary	204	(174-234)	124	(102-146)
5913	Okanagan	209	(195-223)	134	(123-145)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	230	(210-249)	132	(116-147)
5921	Fraser East	*169	(152-185)	142	(127-156)
5922	Fraser North	*128	(118-139)	125	(115-136)
5923	Fraser South	*176	(165-187)	131	(121-140)
5931	Richmond	*135	(117-152)	*109	(93-125)
5932	Vancouver	*139	(129-149)	*96	(88-104)
5933	North Shore	*178	(162-193)	*108	(96-120)
5941	South Vancouver Island	*118	(107-128)	*101	(92-111)
5942	Central Vancouver Island	*187	(172-203)	118	(106-131)
5943	North Vancouver Island	*194	(169-219)	126	(106-147)
5951	Northwest	226	(186-266)	*177	(141-213)
5952	Northern Interior	246	(217-276)	142	(119-165)
5953	Northeast	*281	(230-331)	160	(121-200)
<b>Yukon</b>		<b>189</b>	<b>(129-249)</b>	<b>187</b>	<b>(117-256)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>207</b>	<b>(133-280)</b>	<b>151</b>	<b>(94-208)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>256</b>	<b>(130-382)</b>	<b>210</b>	<b>(92-328)</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>219</b>	<b>(218-221)</b>	<b>130</b>	<b>(129-132)</b>

### Taux d'événements d'infarctus aigus du myocarde menant à une hospitalisation

Taux de nouveaux événements d'infarctus aigus du myocarde (IAM ou crise cardiaque) menant à une hospitalisation en soins de courte durée, normalisé selon l'âge, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus. Un nouvel événement est défini comme étant une première hospitalisation à la suite d'un IAM ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence. L'IAM est une des principales causes de morbidité et de décès. Cet indicateur est important pour la planification et l'évaluation des stratégies de prévention, pour l'allocation des ressources en santé et l'estimation des coûts.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

### Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation

Taux de nouveaux événements d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) menant à une hospitalisation en soins de courte durée, normalisé selon l'âge, par 100 000 habitants de 20 ans ou plus. Un nouvel événement est défini comme étant une première hospitalisation à la suite d'un AVC ou une récurrence survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence. L'AVC est une des principales causes d'invalidité de longue durée et de décès. Cet indicateur est important pour la planification et l'évaluation des stratégies de prévention, pour l'allocation des ressources en santé et l'estimation des coûts.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Hospitalisation à la suite d'une blessure			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*527</b>	<b>(508-547)</b>	<b>537</b>	<b>(516-557)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*423	(400-446)	472	(448-497)
1012	Central, T.-N.-L.	*477	(434-520)	436	(394-478)
1013	Western, T.-N.-L.	*643	(588-699)	549	(495-603)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*620</b>	<b>(579-661)</b>	<b>601</b>	<b>(562-640)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*492</b>	<b>(478-506)</b>	<b>488</b>	<b>(474-502)</b>
1211	South Shore, N.-É.	*461	(409-514)	516	(460-572)
1212	South West Nova, N.-É.	*482	(430-534)	464	(412-516)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*402	(361-444)	486	(441-532)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	534	(481-587)	584	(528-640)
1218	Cape Breton, N.-É.	*648	(604-691)	523	(483-563)
1219	Capital, N.-É.	*403	(384-423)	421	(401-441)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*669</b>	<b>(651-687)</b>	<b>631</b>	<b>(613-648)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	561	(529-594)	520	(489-551)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	546	(513-580)	546	(512-579)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*715	(676-755)	668	(631-705)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*844	(766-923)	913	(828-998)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	595	(543-648)	595	(539-651)
<b>Québec</b>		<b>*506</b>	<b>(501-511)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	*601	(567-635)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*646	(616-677)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*505	(488-522)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*588	(566-610)	..	.. ..
2405	Estrie	*630	(602-659)	..	.. ..
2406	Montréal	*394	(385-402)	..	.. ..
2407	Outaouais	*462	(439-486)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*668	(625-711)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*773	(716-830)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*802	(744-861)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*503	(481-525)	..	.. ..
2413	Laval	*392	(372-412)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*520	(497-543)	..	.. ..
2415	Laurentides	*612	(590-635)	..	.. ..
2416	Montérégie	*500	(488-512)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*472</b>	<b>(468-475)</b>	<b>430</b>	<b>(426-433)</b>
3501	Érié St-Clair	*520	(503-537)	446	(430-461)
3502	Sud-Ouest	*600	(585-615)	525	(511-539)
3503	Waterloo Wellington	*478	(462-494)	429	(414-444)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*521	(509-532)	502	(490-513)
3505	Centre-Ouest	*373	(358-387)	359	(345-372)
3506	Mississauga Halton	*359	(347-371)	337	(326-347)
3507	Toronto-Centre	*385	(374-396)	377	(367-388)
3508	Centre	*340	(331-350)	310	(302-318)
3509	Centre-Est	*410	(400-420)	374	(365-384)
3510	Sud-Est	*468	(450-487)	426	(408-444)
3511	Champlain	*449	(438-461)	432	(420-443)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*611	(587-634)	516	(496-536)
3513	Nord-Est	*698	(677-720)	658	(637-679)
3514	Nord-Ouest	*768	(733-802)	834	(797-870)
<b>Manitoba</b>		<b>*720</b>	<b>(705-735)</b>	<b>663</b>	<b>(648-677)</b>
4610	Winnipeg	552	(535-570)	490	(474-506)
4625	Sud-Est	*687	(619-755)	606	(547-665)
4630	Entre-les-lacs	*786	(723-849)	709	(649-769)
4640	Centre	*847	(790-903)	718	(667-768)
4645	Assiniboine	*898	(829-967)	765	(700-829)

Code de carte	Région sanitaire	Hospitalisation à la suite d'une blessure			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*848</b>	<b>(830-866)</b>	<b>809</b>	<b>(792-826)</b>
4701	Sun Country	*1 166	(1 075-1 256)	1 129	(1 039-1 219)
4702	Five Hills	*890	(812-967)	739	(668-811)
4704	Regina	*881	(844-917)	771	(737-805)
4705	Sunrise	*814	(738-890)	829	(753-905)
4706	Saskatoon	*642	(613-671)	606	(579-633)
4709	Prince Albert	*991	(919-1 063)	982	(910-1 053)
4710	Prairie North	*927	(854-1 001)	1 006	(928-1 084)
<b>Alberta</b>		<b>*774</b>	<b>(765-784)</b>	<b>732</b>	<b>(723-741)</b>
4821	Chinook	*788	(745-831)	830	(787-874)
4822	Palliser	*1 115	(1 050-1 180)	940	(882-997)
4823	Calgary	*616	(601-631)	588	(575-602)
4824	David Thompson	*1 132	(1 094-1 171)	1 036	(1 001-1 071)
4825	East Central	*951	(895-1 007)	830	(780-881)
4826	Capital	*634	(619-650)	635	(620-649)
4827	Aspen	*1 196	(1 144-1 248)	1 005	(959-1 052)
4828	Peace Country	*1 333	(1 268-1 398)	1 144	(1 088-1 201)
4829	Northern Lights	*801	(715-886)	813	(729-898)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*634</b>	<b>(626-641)</b>	<b>582</b>	<b>(575-589)</b>
5911	East Kootenay	*988	(919-1 058)	914	(847-981)
5912	Kootenay Boundary	*926	(856-995)	829	(764-895)
5913	Okanagan	*723	(694-752)	670	(643-697)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*811	(773-850)	750	(714-787)
5921	Fraser East	*641	(611-672)	581	(553-609)
5922	Fraser North	564	(544-583)	509	(491-527)
5923	Fraser South	*543	(525-561)	536	(519-553)
5931	Richmond	*343	(316-370)	337	(312-363)
5932	Vancouver	*476	(459-493)	413	(397-428)
5933	North Shore	*601	(572-630)	586	(558-615)
5941	South Vancouver Island	*642	(616-668)	570	(546-594)
5942	Central Vancouver Island	*650	(618-681)	612	(581-642)
5943	North Vancouver Island	*809	(755-863)	702	(655-750)
5951	Northwest	*1 228	(1 148-1 309)	1 330	(1 244-1 415)
5952	Northern Interior	*915	(864-966)	866	(817-916)
5953	Northeast	*992	(910-1 073)	751	(682-820)
<b>Yukon</b>		<b>*1 169</b>	<b>(1 030-1 308)</b>	<b>1 358</b>	<b>(1 213-1 503)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*1 402</b>	<b>(1 264-1 540)</b>	<b>1 448</b>	<b>(1 318-1 578)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*1 062</b>	<b>(874-1 249)</b>	<b>1 216</b>	<b>(1 046-1 386)</b>
<b>Canada</b>		<b>562</b>	<b>(560-565)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>579</b>	<b>(576-582)</b>	<b>541</b>	<b>(538-543)</b>

### Hospitalisation à la suite d'une blessure

Taux d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie (exclut les intoxications et d'autres blessures non traumatiques), normalisé selon l'âge par 100 000 habitants. Cet indicateur donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, notamment les campagnes de sensibilisation auprès du public, le développement et l'utilisation des produits, l'organisation des collectivités et l'aménagement des voies de circulation, et les ressources de prévention et de traitement.

**Remarque :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

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

## Autoévaluation des affections

	Autoévaluation de la santé (12 ans ou plus) (excellent ou très bon)				Arthrite ou rhumatisme (12 ans ou plus)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	66,1	(64,0-68,3)	62,2	(59,5-64,9)	20,5	(19,1-21,9)	20,2	(18,2-22,2)
Î.-P.-É.	64,9	(62,3-67,4)	59,2	(55,6-62,9)	20,2	(18,1-22,3)	17,9	(15,9-19,9)
N.-É.	58,1	(55,9-60,4)	57,1	(54,5-59,7)	24,1	(22,7-25,5)	23,0	(21,2-24,8)
N.-B.	50,3	(48,4-52,2)	54,7	(52,5-56,9)	20,8	(19,5-22,1)	18,9	(17,3-20,5)
Qc	56,9	(55,9-57,8)	59,2	(58,0-60,5)	13,9	(13,3-14,5)	11,2	(10,5-11,8)
Ont.	57,2	(56,5-58,0)	60,0	(59,0-60,9)	17,5	(17,1-18,0)	16,2	(15,7-16,8)
Man.	60,8	(59,0-62,5)	59,8	(57,4-62,2)	18,3	(17,1-19,5)	15,7	(14,1-17,3)
Sask.	59,2	(57,5-60,8)	56,2	(54,0-58,4)	18,9	(17,8-20,0)	16,9	(15,5-18,2)
Alb.	63,9	(62,7-65,2)	62,5	(60,7-64,3)	16,3	(15,5-17,1)	14,2	(13,1-15,3)
C.-B.	60,0	(59,0-61,1)	58,6	(57,2-60,1)	16,2	(15,6-16,9)	15,0	(14,0-15,9)
Yn	55,1	(50,1-60,1)	56,5	(51,2-61,7)	16,1	(13,6-18,6)	13,6	(9,8-17,4)
T.N.-O.	56,1	(51,6-60,6)	52,1	(46,8-57,4)	12,1	(10,1-14,2)	9,3	(6,8-11,9)
Nun.	57,0	(53,1-60,9)	57,4	(52,3-62,6)	6,3	(4,3-8,3)	7,1	(5,3-8,8)
Canada	<b>58,4</b>	<b>(58,0-58,8)</b>	<b>59,6</b>	<b>(59,0-60,2)</b>	<b>16,8</b>	<b>(16,5-17,0)</b>	<b>15,0</b>	<b>(14,6-15,3)</b>

	Asthme (12 ans ou plus)				Hypertension (12 ans ou plus)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	9,0	(7,8-10,2)	5,2	(4,0-6,4)	16,8	(15,5-18,1)	21,2	(19,1-23,3)
Î.-P.-É.	9,1	(7,3-10,9)	8,9	(7,0-10,7)	15,2	(13,5-16,9)	17,3	(15,1-19,5)
N.-É.	9,3	(8,1-10,4)	10,8	(9,2-12,4)	18,1	(16,7-19,5)	19,0	(17,4-20,6)
N.-B.	8,8	(7,8-9,8)	8,7	(7,3-10,0)	16,2	(15,0-17,4)	19,4	(17,8-21,0)
Qc	8,6	(8,0-9,1)	8,1	(7,5-8,8)	14,5	(13,8-15,1)	15,8	(15,0-16,7)
Ont.	8,3	(7,9-8,7)	8,1	(7,6-8,6)	14,7	(14,3-15,2)	16,4	(15,8-17,0)
Man.	8,9	(7,6-10,2)	7,2	(6,0-8,5)	14,3	(13,2-15,5)	16,1	(14,3-18,0)
Sask.	8,1	(7,2-8,9)	8,4	(7,3-9,5)	15,0	(14,1-16,0)	17,2	(15,7-18,7)
Alb.	9,1	(8,4-9,8)	8,9	(7,8-10,1)	12,2	(11,5-12,9)	14,0	(12,9-15,2)
C.-B.	7,3	(6,8-7,8)	6,7	(6,0-7,5)	13,3	(12,7-13,9)	14,0	(13,1-14,9)
Yn	9,1	(6,7-11,5)	8,6	(6,0-11,1)	10,4	(7,1-13,6)	15,2	(11,9-18,5)
T.N.-O.	7,9	(5,6-10,1)	5,4 <sup>▼</sup>	(3,1 <sup>▼</sup> -7,7 <sup>▼</sup> )	10,9	(9,0-12,7)	11,1	(7,5-14,7)
Nun.	4,0 <sup>▼</sup>	(2,3 <sup>▼</sup> -5,8 <sup>▼</sup> )	4,0 <sup>▼</sup>	(1,5 <sup>▼</sup> -6,5 <sup>▼</sup> )	6,6 <sup>▼</sup>	(3,1 <sup>▼</sup> -10,0 <sup>▼</sup> )	6,1 <sup>▼</sup>	(4,0 <sup>▼</sup> -8,3 <sup>▼</sup> )
Canada	<b>8,4</b>	<b>(8,2-8,6)</b>	<b>8,0</b>	<b>(7,7-8,3)</b>	<b>14,4</b>	<b>(14,1-14,6)</b>	<b>15,9</b>	<b>(15,6-16,3)</b>

	Indice de masse corporelle (18 ans ou plus) (30 ou plus)				Diabète (12 ans ou plus)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	20,1	(18,2-21,9)	22,0	(19,6-24,4)	6,4	(5,5-7,4)	8,8	(7,4-10,2)
Î.-P.-É.	20,6	(18,0-23,2)	21,3	(18,1-24,6)	5,1	(4,0-6,2)	5,6	(4,1-7,1)
N.-É.	19,8	(18,2-21,4)	20,1	(18,2-22,1)	5,5	(4,8-6,2)	6,8	(5,8-7,8)
N.-B.	20,0	(18,4-21,5)	20,0	(18,0-22,1)	5,4	(4,6-6,2)	7,4	(6,2-8,5)
Qc	13,8	(13,0-14,6)	15,3	(14,3-16,3)	4,6	(4,2-5,0)	5,9	(5,3-6,4)
Ont.	14,8	(14,3-15,4)	16,1	(15,4-16,8)	4,6	(4,3-4,9)	6,1	(5,6-6,5)
Man.	18,0	(16,4-19,6)	17,8	(16,0-19,6)	5,3	(4,6-6,0)	5,0	(3,9-6,1)
Sask.	19,7	(18,3-21,1)	20,8	(19,0-22,5)	4,7	(4,1-5,3)	5,7	(4,8-6,6)
Alb.	15,5	(14,5-16,5)	18,3	(16,8-19,8)	3,6	(3,2-4,0)	4,5	(3,7-5,2)
C.-B.	11,6	(10,9-12,3)	11,5	(10,4-12,5)	4,6	(4,2-5,0)	5,4	(4,8-6,0)
Yn	20,6	(16,5-24,7)	25,2	(20,4-29,9)	3,7	(2,7-4,8)	4,6	(3,0-6,2)
T.N.-O.	22,0	(18,5-25,5)	21,9	(17,2-26,5)	3,7 <sup>▼</sup>	(2,4 <sup>▼</sup> -5,1 <sup>▼</sup> )	4,2 <sup>▼</sup>	(2,4 <sup>▼</sup> -6,1 <sup>▼</sup> )
Nun.	20,3	(15,9-24,7)	15,6	(11,3-20,0)	*	**	*	**
Canada	<b>14,9</b>	<b>(14,6-15,2)</b>	<b>16,0</b>	<b>(15,6-16,5)</b>	<b>4,6</b>	<b>(4,4-4,8)</b>	<b>5,8</b>	<b>(5,5-6,1)</b>

Les données présentées constituent un échantillon d'un plus large éventail d'indicateurs de l'état de santé compris dans la publication en ligne *Indicateurs de santé*.

 [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs) ou [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

#### **Autoévaluation de la santé**

Proportion de la population à domicile âgée de 12 ans ou plus ayant déclaré percevoir leur propre état de santé comme étant excellent ou très bon. Mesure de l'état de santé général, cet indicateur peut faire état des aspects de la santé non saisis dans d'autres évaluations, comme une pathologie naissante, la gravité de la maladie, les aspects d'un état de santé positif, les réserves physiologiques et psychologiques et la fonction sociale et mentale.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Arthrite ou rhumatisme**

Proportion de la population à domicile âgée de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme d'un professionnel de la santé. L'arthrite ou le rhumatisme comprend à la fois la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais exclut la fibromyalgie.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Asthme**

Proportion de la population à domicile âgée de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Hypertension**

Proportion de la population à domicile âgée de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Indice de masse corporelle**

Proportion de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus ayant déclaré un indice de masse corporelle (IMC) de 30 ou plus. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada, un IMC de 30 ou plus est synonyme d'obésité et associé à des risques élevés pour la santé. L'IMC est calculé en divisant le poids corporel en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Diabète**

Proportion de la population à domicile âgée de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.

**Sources :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

Code de carte	Région sanitaire	Taux de faible revenu (revenu de 2005) %	Taux de chômage 2007 %	Taux de chômage chez les jeunes 2007 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>14,7</b>	<b>13,6</b>	<b>20,2</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	14,9	11,7	18,1
1012	Central, T.-N.-L.	14,9	17,2	27,4
1013	Western, T.-N.-L.	16,3	19,0	25,8
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>11,0</b>	<b>10,3</b>	<b>13,8</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>13,8</b>	<b>8,0</b>	<b>13,0</b>
1211	South Shore, N.-É.	11,5	8,3	16,1
1212	South West Nova, N.-É.	12,9	10,6	18,8
1213	Annapolis Valley, N.-É.	13,9	8,3	12,2
1214	Colchester East Hants, N.-É.	11,1	6,8	11,7
1218	Cape Breton, N.-É.	16,7	13,9	21,2
1219	Capital, N.-É.	14,1	5,4	9,6
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>13,5</b>	<b>7,5</b>	<b>11,7</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	12,6	6,7	9,6
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	14,6	5,5	12,9
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	12,4	6,0	10,3
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	13,5	9,8	*
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	15,3	13,4	20,1
<b>Québec</b>		<b>17,2</b>	<b>7,2</b>	<b>12,5</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	12,6	8,9	10,0
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	12,6	9,1	15,0
2403	Capitale nationale	16,2	4,9	9,9
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	15,6	8,0	13,4
2405	Estrie	14,7	7,0	11,1
2406	Montréal	29,0	8,5	13,2
2407	Outaouais	14,4	6,4	14,7
2408	Abitibi-Témiscamingue	12,1	9,2	12,9
2409	Côte-Nord	9,5	9,2	*
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11,8	17,2	*
2412	Chaudière-Appalaches	10,0	6,0	10,7
2413	Laval	16,1	5,2	9,8
2414	Lanaudière	12,1	7,0	16,6
2415	Laurentides	11,7	6,9	13,6
2416	Montérégie	12,5	6,1	11,6
<b>Ontario</b>		<b>14,7</b>	<b>6,4</b>	<b>13,0</b>
3501	Érié St-Clair	12,2	8,3	14,2
3502	Sud-Ouest	11,1	5,5	10,8
3503	Waterloo Wellington	9,8	5,4	11,1
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	13,8	6,2	11,8
3505	Centre-Ouest	14,6	7,0	14,7
3506	Mississauga Halton	13,3	5,7	11,6
3507	Toronto-Centre	24,2	6,7	16,8
3508	Centre	17,7	6,3	12,3
3509	Centre-Est	16,1	7,8	14,9
3510	Sud-Est	11,9	5,3	12,2
3511	Champlain	13,8	5,5	12,5
3512	Simcoe-Nord Muskoka	9,7	5,7	12,9
3513	Nord-Est	12,8	6,7	13,8
3514	Nord-Ouest	10,7	7,4	12,8
<b>Manitoba</b>		<b>16,7</b>	<b>4,4</b>	<b>9,0</b>
4610	Winnipeg	19,9	4,7	9,4
4625	Sud-Est	8,6	3,8	8,2
4630	Entre-les-lacs	9,4	4,2	9,2
4640	Centre	12,0	3,3	6,7
4645	Assiniboine	12,1	3,1	*

Code de carte	Région sanitaire	Taux de faible revenu (revenu de 2005) %	Taux de chômage 2007 %	Taux de chômage chez les jeunes 2007 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>14,4</b>	<b>4,2</b>	<b>7,8</b>
4701	Sun Country	10,1	2,4	*
4702	Five Hills	14,7	5,6	12,5
4704	Regina	13,3	4,8	8,9
4705	Sunrise	15,0	4,4	*
4706	Saskatoon	15,7	3,8	7,1
4709	Prince Albert	17,6	5,5	11,7
4710	Prairie North	14,2	4,1	8,6
<b>Alberta</b>		<b>12,2</b>	<b>3,5</b>	<b>7,2</b>
4821	Chinook	11,9	4,2	*
4822	Palliser	10,2	3,9	*
4823	Calgary	12,8	3,1	6,8
4824	David Thompson	9,3	3,1	6,7
4825	East Central	8,6	3,1	*
4826	Capital	14,2	3,8	7,6
4827	Aspen	8,7	4,1	*
4828	Peace Country	8,5	3,8	*
4829	Northern Lights	7,3	*	*
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>17,3</b>	<b>4,2</b>	<b>7,6</b>
5911	East Kootenay	12,7	5,4	*
5912	Kootenay Boundary	14,1	5,6	*
5913	Okanagan	13,5	4,3	7,4
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	13,0	4,8	9,6
5921	Fraser East	13,9	4,2	7,4
5922	Fraser North	20,3	3,9	6,3
5923	Fraser South	15,8	3,9	8,9
5931	Richmond	26,1	4,6	*
5932	Vancouver	26,8	4,4	7,0
5933	North Shore	14,5	3,2	*
5941	South Vancouver Island	13,1	3,3	5,2
5942	Central Vancouver Island	13,9	5,0	7,5
5943	North Vancouver Island	15,0	5,5	*
5951	Northwest	13,8	8,3	*
5952	Northern Interior	12,8	5,0	*
5953	Northeast	8,8	*	*
<b>Yukon</b>		<b>0,0</b>	<b>..</b>	<b>..</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>0,0</b>	<b>..</b>	<b>..</b>
<b>Nunavut</b>		<b>0,0</b>	<b>..</b>	<b>..</b>
<b>Canada</b>		<b>15,3</b>	<b>6,0</b>	<b>11,2</b>

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

Proportion de la population faisant partie d'une famille économique et des personnes de 15 ans ou plus ne faisant pas partie d'une famille économique dont le revenu est inférieur aux seuils de faible revenu avant impôt (SFR) de Statistique Canada. Les seuils représentent les niveaux de revenu où les gens consacrent 20 % de plus de leur revenu avant impôt que la moyenne sur l'alimentation, le logement et les vêtements. Les faibles revenus sont calculés en fonction de la taille de la famille et de la région de résidence. Cet indicateur est une mesure du statut socioéconomique couramment utilisée. Un revenu plus élevé est associé à un meilleur état de santé.

Source : Recensement de 2006 (échantillon de 20 %), Statistique Canada.

### Taux de chômage

Proportion de la population active de 15 ans ou plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence. La population active comprend les personnes qui avaient un emploi et celles qui étaient au chômage, mais capables de travailler durant la période de référence et qui avaient cherché du travail au cours des quatre semaines précédentes. La période de référence correspond à une période d'une semaine (du dimanche au samedi) qui inclut habituellement le quinzième jour du mois. Le taux de chômage est une mesure classique de l'activité économique. Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada.

### Taux de chômage chez les jeunes

Nombre de personnes de 15 à 24 ans qui n'occupent pas d'emploi, exprimé en pourcentage de la population active se situant dans ce groupe d'âge.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada.

Autoévaluation — ressources personnelles								
	Sentiment d'appartenance à la communauté (12 ans ou plus) (fort ou plutôt fort)				Stress dans la vie quotidienne (15 ans ou plus) (beaucoup)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	77,3	(75,4-79,3)	76,0	(73,7-78,4)	14,7	(13,0-16,4)	12,7	(10,8-14,7)
Î.-P.-É.	70,5	(68,1-73,0)	68,5	(65,3-71,8)	14,8	(12,6-17,1)	14,0	(11,7-16,3)
N.-É.	68,4	(66,5-70,3)	68,0	(65,8-70,2)	18,7	(17,3-20,2)	18,9	(16,8-20,9)
N.-B.	69,2	(67,3-71,0)	63,5	(60,9-66,0)	24,1	(22,4-25,7)	20,0	(18,0-22,0)
Qc	53,3	(52,3-54,3)	56,1	(54,7-57,5)	28,3	(27,3-29,3)	26,4	(25,3-27,6)
Ont.	62,3	(61,6-63,0)	63,0	(62,0-64,1)	24,3	(23,6-24,9)	22,1	(21,3-22,8)
Man.	66,9	(65,1-68,7)	64,9	(62,4-67,4)	20,1	(18,6-21,6)	19,3	(17,0-21,5)
Sask.	69,9	(68,4-71,4)	67,9	(65,8-70,0)	20,2	(18,9-21,5)	18,6	(16,8-20,3)
Alb.	62,2	(60,9-63,6)	60,7	(58,8-62,6)	22,7	(21,5-24,0)	22,0	(20,5-23,5)
C.-B.	64,9	(63,8-66,0)	64,8	(63,3-66,2)	21,3	(20,4-22,2)	21,0	(19,7-22,3)
Yn	69,4	(65,2-73,5)	70,7	(63,7-77,7)	18,1	(13,3-22,9)	21,4	(16,9-25,9)
T.N.-O.	77,1	(73,6-80,6)	75,6	(68,7-82,6)	20,2	(17,1-23,3)	18,2	(14,3-22,1)
Nun.	78,2	(74,4-82,0)	72,4	(63,4-81,4)	17,9	(12,9-22,9)	14,6	(10,1-19,0)
Canada	<b>61,6</b>	<b>(61,1-62,0)</b>	<b>62,0</b>	<b>(61,4-62,6)</b>	<b>24,0</b>	<b>(23,6-24,4)</b>	<b>22,4</b>	<b>(21,9-22,9)</b>

Autoévaluation — comportements sanitaires								
	Fumeur actuel (12 ans ou plus) (tous les jours ou à l'occasion)				Consommation abusive d'alcool (12 ans ou plus) (cinq verres ou plus à une même occasion, à 12 reprises ou plus par année)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	24,0	(22,0-26,1)	25,3	(22,9-27,7)	32,2	(30,1-34,4)	32,3	(29,2-35,3)
Î.-P.-É.	23,6	(21,1-26,1)	21,5	(19,0-24,1)	25,2	(22,2-28,3)	27,7	(24,1-31,3)
N.-É.	23,5	(21,9-25,1)	24,4	(22,1-26,6)	26,6	(24,3-28,8)	28,6	(26,0-31,2)
N.-B.	25,3	(23,6-27,0)	23,3	(21,4-25,2)	27,7	(25,9-29,6)	27,2	(24,6-29,7)
Qc	25,8	(25,0-26,7)	25,1	(23,9-26,3)	19,2	(18,3-20,0)	20,8	(19,6-22,0)
Ont.	22,1	(21,5-22,7)	20,6	(19,9-21,4)	20,5	(19,9-21,2)	21,1	(20,3-22,0)
Man.	22,6	(21,0-24,2)	22,4	(20,0-24,8)	21,9	(20,0-23,8)	25,0	(22,1-27,8)
Sask.	23,8	(22,3-25,3)	25,9	(23,9-27,9)	22,6	(20,9-24,2)	24,2	(22,2-26,3)
Alb.	22,9	(21,7-24,0)	21,9	(20,3-23,5)	22,4	(21,1-23,6)	23,9	(22,1-25,6)
C.-B.	18,7	(17,9-19,5)	17,8	(16,7-18,9)	17,5	(16,5-18,5)	18,5	(17,1-19,8)
Yn	27,5	(23,6-31,5)	36,0	(29,8-42,1)	29,8	(26,1-33,4)	34,4	(28,6-40,3)
T.N.-O.	36,3	(30,8-41,8)	38,0	(30,1-45,9)	39,9	(35,7-44,1)	38,9	(31,8-46,0)
Nun.	64,8	(59,5-70,1)	58,5	(50,1-66,9)	31,0	(24,1-37,9)	30,8	(22,0-39,5)
Canada	<b>22,9</b>	<b>(22,5-23,3)</b>	<b>21,9</b>	<b>(21,5-22,4)</b>	<b>20,7</b>	<b>(20,3-21,1)</b>	<b>21,8</b>	<b>(21,2-22,3)</b>

	Consommation de fruits et légumes (12 ans ou plus) (cinq portions ou plus par jour)				Activité physique durant les loisirs (12 ans ou plus) (niveau élevé ou moyennement élevé d'activité physique)			
	2003		2007		2003		2007	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	25,0	(23,2-26,7)	27,4	(24,8-29,9)	44,2	(41,9-46,5)	45,7	(42,7-48,8)
Î.-P.-É.	29,3	(26,6-32,0)	37,1	(33,9-40,3)	43,3	(40,5-46,0)	47,3	(43,9-50,7)
N.-É.	30,7	(28,8-32,6)	33,0	(30,6-35,5)	47,1	(45,3-49,0)	47,6	(45,1-50,0)
N.-B.	31,6	(30,0-33,2)	36,3	(33,9-38,7)	44,3	(42,3-46,3)	42,7	(40,4-45,1)
Qc	42,5	(41,5-43,5)	49,3	(48,0-50,6)	47,0	(46,1-48,0)	45,7	(44,3-47,1)
Ont.	39,8	(39,1-40,6)	39,9	(39,0-40,9)	50,0	(49,3-50,7)	48,8	(47,7-49,8)
Man.	33,7	(31,8-35,5)	34,9	(32,3-37,5)	49,9	(48,2-51,6)	51,8	(49,3-54,3)
Sask.	33,8	(32,4-35,3)	34,4	(32,4-36,4)	49,6	(48,0-51,1)	46,1	(43,9-48,3)
Alb.	36,0	(34,7-37,3)	39,1	(37,3-41,0)	54,0	(52,6-55,4)	53,4	(51,3-55,5)
C.-B.	40,1	(39,0-41,1)	40,9	(39,3-42,5)	58,1	(57,0-59,2)	53,7	(52,2-55,2)
Yn	42,7	(37,5-47,9)	38,5	(33,5-43,5)	59,6	(54,2-64,9)	55,4	(50,6-60,2)
T.N.-O.	32,0	(27,9-36,2)	26,3	(22,1-30,6)	53,0	(49,1-56,8)	49,3	(43,1-55,6)
Nun.	30,1	(25,8-34,4)	22,1	(16,3-27,9)	38,3	(34,4-42,2)	40,5	(35,9-45,0)
Canada	<b>38,9</b>	<b>(38,5-39,4)</b>	<b>41,3</b>	<b>(40,8-41,9)</b>	<b>50,4</b>	<b>(49,9-50,8)</b>	<b>49,0</b>	<b>(48,4-49,6)</b>

Les données présentées constituent un échantillon d'un large éventail de déterminants non médicaux de la santé compris dans la publication en ligne *Indicateurs de santé*.

 [www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs) ou [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

#### **Sentiment d'appartenance à la communauté**

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré éprouver un sentiment d'appartenance « très fort » ou « plutôt fort » envers sa collectivité. La recherche démontre qu'il existe une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'état de santé physique et mental.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Stress dans la vie quotidienne**

Proportion de la population à domicile de 15 ans ou plus décrivant son niveau de stress comme étant assez élevé.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Fumeur actuel**

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré fumer actuellement, soit quotidiennement, soit à l'occasion.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Consommation abusive d'alcool**

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré consommer de l'alcool actuellement, dont cinq boissons ou plus à la fois et 12 fois ou plus au cours d'une année.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Consommation de fruits et légumes**

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré consommer des fruits et légumes cinq fois ou plus par jour, en moyenne.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

#### **Activité physique durant les loisirs**

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré pratiquer des activités physiques de façon modérée ou active, selon leurs réponses aux questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leur participation à des activités physiques durant leurs loisirs au cours des trois derniers mois.

**Sources :** Enquête sur la santé et dans les collectivités canadiennes, 2003 et 2007, Statistique Canada.

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation 2007-2008		Fracture de la hanche à l'hôpital 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques pour 1 000	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*601</b>	<b>(546-655)</b>	<b>0,8</b>	<b>(0,5-1,0)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*608	(534-681)	0,7	(0,4-1,1)
1012	Central, T.-N.-L.	531	(421-642)	*	**
1013	Western, T.-N.-L.	531	(409-654)	*	**
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*592</b>	<b>(495-690)</b>	<b>0,8</b>	<b>(0,4-1,2)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>517</b>	<b>(482-552)</b>	<b>0,9</b>	<b>(0,7-1,1)</b>
1211	South Shore, N.-É.	527	(403-652)	*	**
1212	South West Nova, N.-É.	512	(390-635)	*	**
1213	Annapolis Valley, N.-É.	557	(442-672)	*	**
1214	Colchester East Hants, N.-É.	521	(396-647)	*	**
1218	Cape Breton, N.-É.	529	(439-620)	1,0	(0,6-1,4)
1219	Capital, N.-É.	481	(424-538)	1,0	(0,6-1,3)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>508</b>	<b>(469-547)</b>	<b>0,8</b>	<b>(0,6-1,0)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	519	(443-595)	0,9	(0,6-1,2)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	526	(442-609)	*1,2	(0,9-1,6)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	549	(460-638)	0,9	(0,5-1,3)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	498	(350-647)	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*386	(285-486)	*	**
<b>Québec</b>		..	.. ..	..	.. ..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	.. ..	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	.. ..	..	.. ..
2403	Capitale nationale	..	.. ..	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	.. ..	..	.. ..
2405	Estrie	..	.. ..	..	.. ..
2406	Montréal	..	.. ..	..	.. ..
2407	Outaouais	..	.. ..	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	.. ..	..	.. ..
2409	Côte-Nord	..	.. ..	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	.. ..	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	..	.. ..	..	.. ..
2413	Laval	..	.. ..	..	.. ..
2414	Lanaudière	..	.. ..	..	.. ..
2415	Laurentides	..	.. ..	..	.. ..
2416	Montérégie	..	.. ..	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*476</b>	<b>(466-486)</b>	<b>*0,6</b>	<b>(0,6-0,7)</b>
3501	Érié St-Clair	*546	(501-590)	0,7	(0,5-1,0)
3502	Sud-Ouest	*543	(507-578)	0,6	(0,5-0,8)
3503	Waterloo Wellington	493	(450-537)	0,7	(0,4-0,9)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	465	(438-492)	0,6	(0,5-0,8)
3505	Centre-Ouest	*358	(318-398)	0,7	(0,4-1,0)
3506	Mississauga Halton	471	(433-508)	*0,5	(0,3-0,7)
3507	Toronto-Centre	*438	(408-468)	*0,5	(0,4-0,7)
3508	Centre	*428	(401-455)	0,6	(0,4-0,8)
3509	Centre-Est	*437	(411-464)	0,7	(0,5-0,8)
3510	Sud-Est	531	(484-578)	0,8	(0,6-1,1)
3511	Champlain	489	(457-521)	0,6	(0,5-0,8)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*598	(540-656)	0,6	(0,4-0,9)
3513	Nord-Est	493	(449-537)	0,7	(0,5-0,9)
3514	Nord-Ouest	*571	(494-647)	0,6	(0,3-0,9)
<b>Manitoba</b>		<b>507</b>	<b>(476-538)</b>	<b>*1,1</b>	<b>(0,9-1,2)</b>
4610	Winnipeg	504	(463-545)	*1,3	(1,1-1,5)
4625	Sud-Est	542	(385-699)	*	**
4630	Entre-les-lacs	452	(336-567)	*	**
4640	Centre	513	(407-620)	0,6	(0,1-1,0)
4645	Assiniboine	485	(379-592)	0,9	(0,5-1,4)

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation 2007-2008		Fracture de la hanche à l'hôpital 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques pour 1 000	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>484</b>	<b>(452-516)</b>	<b>0,7</b>	<b>(0,6-0,9)</b>
4701	Sun Country	481	(358-604)	*	**
4702	Five Hills	*648	(502-795)	*	**
4704	Regina	513	(446-581)	0,6	(0,3-0,9)
4705	Sunrise	*375	(278-473)	0,6	(0,2-1,1)
4706	Saskatoon	449	(389-509)	0,9	(0,7-1,2)
4709	Prince Albert	521	(399-644)	*	**
4710	Prairie North	487	(350-623)	*	**
<b>Alberta</b>		<b>483</b>	<b>(462-504)</b>	<b>*1,0</b>	<b>(0,9-1,1)</b>
4821	Chinook	571	(478-664)	1,2	(0,8-1,6)
4822	Palliser	491	(386-595)	*	**
4823	Calgary	*418	(384-452)	1,0	(0,8-1,1)
4824	David Thompson	*672	(593-751)	*1,4	(1,1-1,6)
4825	East Central	465	(375-554)	1,2	(0,8-1,6)
4826	Capital	455	(420-491)	0,9	(0,7-1,1)
4827	Aspen	507	(414-600)	1,1	(0,6-1,5)
4828	Peace Country	537	(410-663)	*	**
4829	Northern Lights	655	(313-997)	*	**
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>479</b>	<b>(463-495)</b>	<b>0,9</b>	<b>(0,8-1,0)</b>
5911	East Kootenay	480	(365-595)	*	**
5912	Kootenay Boundary	400	(305-496)	*	**
5913	Okanagan	499	(451-547)	0,6	(0,4-0,9)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	525	(451-599)	0,8	(0,4-1,1)
5921	Fraser East	470	(407-533)	1,0	(0,6-1,3)
5922	Fraser North	487	(439-536)	1,1	(0,8-1,3)
5923	Fraser South	529	(483-575)	*1,1	(0,9-1,4)
5931	Richmond	*372	(302-442)	*	**
5932	Vancouver	*422	(381-464)	0,8	(0,5-1,0)
5933	North Shore	472	(412-533)	0,8	(0,5-1,1)
5941	South Vancouver Island	494	(446-543)	0,9	(0,7-1,2)
5942	Central Vancouver Island	470	(415-525)	1,1	(0,8-1,4)
5943	North Vancouver Island	531	(430-632)	*	**
5951	Northwest	*680	(492-867)	*	**
5952	Northern Interior	534	(417-651)	*	**
5953	Northeast	532	(336-727)	*	**
<b>Yukon</b>		<b>*926</b>	<b>(510-1 343)</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>637</b>	<b>(287-986)</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>486</b>	<b>(479-493)</b>	<b>0,8</b>	

### Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation

Taux de nouvelles fractures de la hanche menant à une hospitalisation en soins de courte durée, normalisé selon l'âge, par 100 000 habitants de 65 ans ou plus. Un nouvel événement est défini comme étant une première hospitalisation à la suite d'une fracture de la hanche ou une fracture ultérieure survenue plus de 28 jours après l'admission pour un événement précédent au cours de la période de référence. Une fracture de la hanche représente un fardeau considérable pour la santé des personnes âgées et pour le système de santé. En plus du risque d'invalidité ou de décès, les fractures de la hanche peuvent avoir de graves conséquences sur l'autonomie et la qualité de vie. Cet indicateur est important pour la planification et l'évaluation des stratégies de prévention, pour l'allocation des ressources en santé et l'estimation des coûts.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

### Fracture de la hanche à l'hôpital

Taux de fractures de la hanche chez les patients de 65 ans ou plus hospitalisés en soins de courte durée, pour 1 000 sorties, ajustés selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans. Cet indicateur représente une complication potentiellement évitable survenue pendant l'hospitalisation dans un établissement de soins de courte durée.

**Remarques :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Afin de mieux représenter le concept de la sécurité des patients dans les hôpitaux, cet indicateur est déclaré par la province ou le territoire où le patient a été hospitalisé et non par la province ou le territoire de résidence du patient.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche, 2007-2008			
		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain)		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain)	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>62,8</b>	<b>(58,3-67,3)</b>	<b>85,9</b>	<b>(82,5-89,4)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*54,4	(48,5-60,3)	85,0	(80,4-89,5)
1012	Central, T.-N.-L.	*83,9	(73,4-94,3)	90,3	(82,4-98,3)
1013	Western, T.-N.-L.	*79,4	(67,8-91,0)	*92,8	(83,9-100,0)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>67,1</b>	<b>(59,0-75,2)</b>	<b>82,1</b>	<b>(75,9-88,2)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>62,5</b>	<b>(59,2-65,8)</b>	<b>*80,0</b>	<b>(77,5-82,6)</b>
1211	South Shore, N.-É.	73,9	(62,5-85,3)	87,0	(78,2-95,8)
1212	South West Nova, N.-É.	*84,1	(72,9-95,3)	91,2	(82,6-99,8)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*80,0	(69,4-90,6)	91,3	(83,1-99,4)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	*39,8	(26,9-52,6)	*69,4	(59,2-79,5)
1218	Cape Breton, N.-É.	*74,6	(66,4-82,9)	89,0	(82,7-95,3)
1219	Capital, N.-É.	*41,3	(35,4-47,2)	*66,2	(61,7-70,8)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*67,7</b>	<b>(63,9-71,5)</b>	<b>84,4</b>	<b>(81,5-87,3)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	63,6	(56,7-70,6)	84,4	(79,1-89,7)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	55,7	(47,8-63,7)	78,7	(72,6-84,8)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*77,8	(69,7-85,9)	86,3	(80,1-92,5)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	54,2	(39,3-69,2)	80,7	(69,3-92,1)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*79,2	(66,2-92,1)	89,0	(79,2-98,8)
<b>Québec</b>		..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	..	..	..
2403	Capitale nationale	..	..	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	..	..
2405	Estrie	..	..	..	..
2406	Montréal	..	..	..	..
2407	Outaouais	..	..	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	..	..
2409	Côte-Nord	..	..	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	..	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	..	..
2413	Laval	..	..	..	..
2414	Lanaudière	..	..	..	..
2415	Laurentides	..	..	..	..
2416	Montérégie	..	..	..	..
<b>Ontario</b>		<b>62,9</b>	<b>(61,9-63,9)</b>	<b>83,1</b>	<b>(82,3-83,9)</b>
3501	Érié St-Clair	59,4	(55,2-63,5)	80,5	(77,3-83,7)
3502	Sud-Ouest	*49,2	(45,8-52,5)	*69,2	(66,7-71,8)
3503	Waterloo Wellington	*82,7	(78,3-87,1)	*92,6	(89,2-96,0)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*66,2	(63,3-69,1)	84,7	(82,4-86,9)
3505	Centre-Ouest	66,9	(61,1-72,8)	82,3	(77,8-86,8)
3506	Mississauga Halton	*70,6	(66,6-74,7)	86,4	(83,3-89,5)
3507	Toronto-Centre	*55,0	(51,6-58,4)	80,9	(78,3-83,5)
3508	Centre	*66,5	(63,3-69,7)	*86,2	(83,8-88,7)
3509	Centre-Est	*66,3	(63,2-69,4)	84,2	(81,8-86,5)
3510	Sud-Est	65,7	(61,4-70,1)	86,0	(82,6-89,3)
3511	Champlain	*58,0	(54,7-61,3)	84,4	(81,9-87,0)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*56,6	(51,6-61,5)	*74,4	(70,6-78,2)
3513	Nord-Est	*67,6	(63,0-72,1)	*89,1	(85,6-92,6)
3514	Nord-Ouest	*50,4	(43,5-57,3)	86,6	(81,2-92,0)
<b>Manitoba</b>		<b>*51,8</b>	<b>(48,7-54,8)</b>	<b>*74,8</b>	<b>(72,4-77,1)</b>
4610	Winnipeg	*48,2	(44,2-52,3)	*73,0	(69,8-76,1)
4625	Sud-Est	*43,4	(28,9-57,9)	72,3	(61,4-83,3)
4630	Entre-les-lacs	*46,1	(32,8-59,4)	*62,1	(51,9-72,4)
4640	Centre	57,7	(47,1-68,2)	82,5	(74,4-90,5)
4645	Assiniboine	69,4	(59,3-79,5)	83,1	(75,4-90,9)

Code de carte	Région sanitaire	Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche, 2007-2008			
		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain)		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain)	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*48,2</b>	<b>(45,1-51,4)</b>	<b>*73,8</b>	<b>(71,3-76,2)</b>
4701	Sun Country	64,7	(50,8-78,5)	78,4	(67,9-89,0)
4702	Five Hills	*46,9	(35,8-58,0)	*63,0	(54,4-71,6)
4704	Regina	*70,2	(63,6-76,9)	86,3	(81,2-91,3)
4705	Sunrise	51,1	(38,3-63,9)	*72,4	(62,6-82,1)
4706	Saskatoon	*38,5	(32,3-44,8)	*75,8	(71,1-80,5)
4709	Prince Albert	*37,1	(25,4-48,8)	*66,6	(57,6-75,6)
4710	Prairie North	*25,2	(11,1-39,3)	*57,6	(46,8-68,3)
<b>Alberta</b>		<b>61,9</b>	<b>(59,7-64,1)</b>	<b>83,5</b>	<b>(81,9-85,2)</b>
4821	Chinook	*79,3	(71,3-87,4)	*93,6	(87,5-99,8)
4822	Palliser	*83,5	(73,1-93,8)	90,8	(82,9-98,6)
4823	Calgary	*68,4	(64,3-72,5)	*88,6	(85,5-91,8)
4824	David Thompson	*48,2	(42,2-54,1)	*75,7	(71,1-80,2)
4825	East Central	*50,6	(41,1-60,0)	*73,9	(66,6-81,1)
4826	Capital	58,5	(54,6-62,5)	82,1	(79,1-85,2)
4827	Aspen	*48,8	(39,4-58,3)	*74,6	(67,3-81,8)
4828	Peace Country	*75,3	(62,7-88,0)	87,5	(77,7-97,4)
4829	Northern Lights	*	**	*	**
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*67,7</b>	<b>(66,1-69,4)</b>	<b>*89,3</b>	<b>(88,1-90,6)</b>
5911	East Kootenay	74,0	(61,9-86,1)	87,9	(78,6-97,2)
5912	Kootenay Boundary	*83,9	(72,2-95,6)	*92,6	(83,6-100,0)
5913	Okanagan	*70,8	(66,1-75,6)	*89,6	(85,9-93,2)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	59,5	(52,5-66,5)	84,5	(79,1-90,0)
5921	Fraser East	*73,6	(66,7-80,6)	*93,4	(88,1-98,7)
5922	Fraser North	*55,5	(50,6-60,4)	82,7	(78,9-86,5)
5923	Fraser South	*67,8	(63,3-72,3)	*89,2	(85,7-92,7)
5931	Richmond	*75,7	(66,3-85,0)	*96,2	(89,0-100,0)
5932	Vancouver	58,2	(53,5-62,9)	86,7	(83,2-90,3)
5933	North Shore	61,5	(55,0-68,0)	87,4	(82,4-92,4)
5941	South Vancouver Island	*67,5	(62,9-72,1)	*92,2	(88,7-95,7)
5942	Central Vancouver Island	*87,0	(81,2-92,7)	*97,0	(92,6-100,0)
5943	North Vancouver Island	*88,0	(78,3-97,7)	*96,6	(89,2-100,0)
5951	Northwest	48,7	(34,8-62,6)	75,8	(65,0-86,5)
5952	Northern Interior	*77,0	(66,0-88,0)	90,5	(82,1-98,9)
5953	Northeast	73,1	(55,1-91,0)	82,3	(68,6-96,0)
<b>Yukon</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*54,3</b>	<b>(35,2-73,4)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>62,5</b>		<b>83,3</b>	

### Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche

**Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain :** Proportion des patients âgés de 65 ans ou plus qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée ou le lendemain de leur admission, ajustée selon les risques.

**Proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain :** Proportion des patients âgés de 65 ans ou plus qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée, le lendemain ou le surlendemain de leur admission, ajustée selon les risques.

Bien que certains patients souffrant d'une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux aux fins de stabilisation de leur état avant leur chirurgie, la recherche laisse à penser que les patients tirent meilleur parti d'une chirurgie pratiquée en temps opportun (réduction de la morbidité, de la mortalité, de la douleur et de la durée du séjour à l'hôpital, et réadaptation améliorée). Cet indicateur a pour but de fournir une mesure comparable de l'accès aux soins à l'échelle du pays, et d'aider à établir les améliorations à apporter à partir d'une source de données nationale qui ne permet de mesurer les temps d'attente qu'en termes de jours. Cependant, cet indicateur ne vise pas à faire directement état du point de référence de 48 heures, à propos duquel des provinces ou territoires et des hôpitaux peuvent avoir des données plus précises que celles de la base de données nationale. L'indicateur du temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche utilisé dans le présent rapport n'est pas le même que les indicateurs qui mesurent le point de référence, et il ne devrait donc pas faire l'objet de comparaisons directes.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Césarienne			
		2003-2004		2007-2008	
		%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>27,9</b>	<b>(26,6-29,2)</b>	<b>30,4</b>	<b>(29,0-31,7)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	28,8	(27,1-30,5)	32,4	(30,6-34,2)
1012	Central, T.-N.-L.	29,6	(26,4-32,8)	31,1	(27,8-34,4)
1013	Western, T.-N.-L.	24,7	(21,4-28,0)	24,3	(20,8-27,7)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>30,3</b>	<b>(27,9-32,7)</b>	<b>31,7</b>	<b>(29,3-34,1)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>27,6</b>	<b>(26,6-28,5)</b>	<b>26,8</b>	<b>(25,9-27,7)</b>
1211	South Shore, N.-É.	26,3	(22,1-30,4)	28,7	(24,4-33,0)
1212	South West Nova, N.-É.	24,5	(20,9-28,2)	25,6	(21,7-29,4)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	22,2	(19,0-25,4)	26,0	(22,7-29,3)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	29,8	(26,4-33,1)	26,6	(23,6-29,7)
1218	Cape Breton, N.-É.	27,7	(25,0-30,4)	26,3	(23,7-28,8)
1219	Capital, N.-É.	28,9	(27,5-30,3)	26,7	(25,4-28,0)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>28,6</b>	<b>(27,6-29,7)</b>	<b>28,0</b>	<b>(27,0-29,0)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	25,3	(23,3-27,4)	29,6	(27,6-31,6)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	25,3	(23,2-27,3)	21,9	(20,0-23,8)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	31,4	(29,2-33,6)	29,9	(27,8-32,0)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	30,5	(26,3-34,8)	30,6	(26,2-35,0)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	32,3	(28,5-36,1)	28,7	(24,9-32,4)
<b>Québec</b>		<b>21,5</b>	<b>(21,2-21,8)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	24,2	(22,1-26,3)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	20,3	(18,7-22,0)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	22,0	(20,9-23,1)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	19,9	(18,7-21,1)	..	.. ..
2405	Estrie	15,8	(14,5-17,2)	..	.. ..
2406	Montréal	22,7	(22,1-23,3)	..	.. ..
2407	Outaouais	22,4	(21,0-23,8)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	20,1	(18,0-22,2)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	22,2	(19,5-24,8)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	22,5	(19,3-25,6)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	22,8	(21,4-24,1)	..	.. ..
2413	Laval	21,3	(20,0-22,6)	..	.. ..
2414	Lanaudière	20,7	(19,4-22,1)	..	.. ..
2415	Laurentides	21,1	(20,0-22,2)	..	.. ..
2416	Montérégie	21,4	(20,7-22,2)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>26,0</b>	<b>(25,8-26,3)</b>	<b>28,1</b>	<b>(27,8-28,3)</b>
3501	Érie St-Clair	24,5	(23,5-25,6)	25,9	(24,8-27,0)
3502	Sud-Ouest	22,0	(21,1-22,8)	23,4	(22,6-24,3)
3503	Waterloo Wellington	25,5	(24,5-26,5)	27,1	(26,2-28,1)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	24,7	(24,0-25,5)	29,3	(28,5-30,0)
3505	Centre-Ouest	27,2	(26,3-28,0)	28,8	(28,0-29,6)
3506	Mississauga Halton	23,7	(23,0-24,5)	26,7	(25,9-27,4)
3507	Toronto-Centre	27,8	(27,1-28,6)	28,6	(27,8-29,4)
3508	Centre	26,6	(26,0-27,3)	28,8	(28,1-29,4)
3509	Centre-Est	28,2	(27,5-28,9)	29,4	(28,7-30,1)
3510	Sud-Est	26,6	(25,2-27,9)	27,6	(26,3-29,0)
3511	Champlain	26,5	(25,7-27,3)	28,7	(27,9-29,5)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	29,7	(28,4-31,1)	31,7	(30,3-33,1)
3513	Nord-Est	27,1	(25,8-28,3)	29,0	(27,8-30,2)
3514	Nord-Ouest	22,4	(20,8-24,0)	25,1	(23,4-26,7)
<b>Manitoba</b>		<b>19,9</b>	<b>(19,2-20,6)</b>	<b>20,1</b>	<b>(19,4-20,7)</b>
4610	Winnipeg	19,5	(18,6-20,4)	19,8	(18,9-20,7)
4625	Sud-Est	18,8	(16,0-21,7)	18,6	(16,1-21,1)
4630	Entre-les-lacs	19,1	(16,3-21,9)	17,9	(15,3-20,5)
4640	Centre	19,5	(17,4-21,7)	21,9	(19,8-24,0)
4645	Assiniboine	23,7	(20,4-27,0)	22,3	(19,3-25,2)

Code de carte	Région sanitaire	Césarienne			
		2003-2004		2007-2008	
		%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>20,0</b>	<b>(19,3-20,8)</b>	<b>21,7</b>	<b>(21,0-22,4)</b>
4701	Sun Country	17,7	(14,7-20,8)	19,5	(16,4-22,5)
4702	Five Hills	24,9	(21,3-28,4)	27,5	(23,8-31,2)
4704	Regina	18,0	(16,6-19,4)	21,2	(19,8-22,6)
4705	Sunrise	25,5	(21,6-29,4)	27,6	(23,6-31,5)
4706	Saskatoon	19,7	(18,4-21,1)	23,2	(21,8-24,5)
4709	Prince Albert	18,2	(16,0-20,4)	18,2	(16,1-20,3)
4710	Prairie North	19,1	(16,8-21,4)	19,0	(16,9-21,1)
<b>Alberta</b>		<b>24,4</b>	<b>(24,0-24,8)</b>	<b>27,9</b>	<b>(27,5-28,3)</b>
4821	Chinook	22,3	(20,5-24,0)	25,6	(23,9-27,4)
4822	Palliser	20,3	(18,1-22,6)	24,2	(22,1-26,4)
4823	Calgary	26,3	(25,6-27,0)	29,3	(28,6-29,9)
4824	David Thompson	23,2	(21,9-24,6)	28,8	(27,4-30,1)
4825	East Central	27,2	(24,6-29,7)	27,7	(25,4-30,1)
4826	Capital	23,8	(23,1-24,6)	27,5	(26,8-28,3)
4827	Aspen	23,6	(21,9-25,3)	28,3	(26,6-30,0)
4828	Peace Country	22,4	(20,6-24,3)	23,9	(22,1-25,6)
4829	Northern Lights	22,3	(20,0-24,6)	28,2	(26,0-30,4)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>28,7</b>	<b>(28,3-29,2)</b>	<b>31,3</b>	<b>(30,9-31,8)</b>
5911	East Kootenay	30,4	(26,9-33,9)	30,5	(27,3-33,7)
5912	Kootenay Boundary	25,0	(21,3-28,7)	27,7	(24,2-31,2)
5913	Okanagan	27,8	(26,0-29,6)	29,5	(27,9-31,2)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	32,3	(30,0-34,5)	33,8	(31,7-35,8)
5921	Fraser East	26,5	(24,9-28,1)	27,4	(25,8-28,9)
5922	Fraser North	29,1	(27,9-30,3)	32,7	(31,5-33,9)
5923	Fraser South	29,4	(28,4-30,5)	32,3	(31,2-33,4)
5931	Richmond	30,6	(28,2-33,0)	32,1	(29,8-34,3)
5932	Vancouver	26,7	(25,5-27,8)	31,1	(30,0-32,3)
5933	North Shore	30,3	(28,4-32,2)	32,2	(30,3-34,2)
5941	South Vancouver Island	31,9	(30,2-33,7)	37,5	(35,7-39,2)
5942	Central Vancouver Island	28,8	(26,7-30,8)	29,5	(27,6-31,4)
5943	North Vancouver Island	27,3	(24,5-30,1)	27,7	(25,1-30,3)
5951	Northwest	27,2	(24,3-30,1)	27,7	(24,7-30,6)
5952	Northern Interior	27,3	(25,1-29,4)	28,0	(25,9-30,2)
5953	Northeast	26,2	(23,3-29,1)	30,2	(27,5-33,0)
<b>Yukon</b>		<b>24,3</b>	<b>(19,7-28,9)</b>	<b>26,8</b>	<b>(22,1-31,5)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>24,2</b>	<b>(21,1-27,4)</b>	<b>19,7</b>	<b>(16,7-22,6)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>9,5</b>	<b>(7,1-11,9)</b>	<b>6,7</b>	<b>(5,0-8,5)</b>
<b>Canada</b>		<b>24,8</b>	<b>(24,7-25,0)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>25,7</b>	<b>(25,6-25,9)</b>	<b>27,7</b>	<b>(27,6-27,9)</b>

### Césarienne

Proportion des femmes accouchant par césarienne dans les établissements de soins de courte durée. Le taux de césariennes renseigne sur la fréquence des accouchements chirurgicaux par rapport à toutes les méthodes d'accouchement. Puisque les accouchements par césarienne non nécessaires entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et sont associés à des coûts plus élevés, le taux de césariennes sert souvent à contrôler les pratiques cliniques, étant implicitement entendu que de faibles taux signifient des soins plus adéquats et plus efficaces.

**Remarque :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Conditions propices aux soins ambulatoires			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*653</b>	<b>(631-675)</b>	<b>516</b>	<b>(496-535)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*567	(539-595)	484	(458-509)
1012	Central, T.-N.-L.	*721	(670-772)	553	(505-600)
1013	Western, T.-N.-L.	*631	(578-684)	503	(455-551)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*701</b>	<b>(657-746)</b>	<b>485</b>	<b>(449-522)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*512</b>	<b>(498-527)</b>	<b>346</b>	<b>(334-358)</b>
1211	South Shore, N.-É.	428	(379-477)	265	(226-304)
1212	South West Nova, N.-É.	*605	(545-665)	358	(313-403)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*509	(462-556)	300	(265-335)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	*634	(577-692)	426	(376-475)
1218	Cape Breton, N.-É.	*700	(656-743)	425	(389-461)
1219	Capital, N.-É.	*372	(352-392)	275	(258-292)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*733</b>	<b>(713-752)</b>	<b>576</b>	<b>(559-593)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*558	(524-592)	412	(384-441)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*533	(498-567)	487	(455-520)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*850	(806-894)	638	(600-675)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*760	(685-834)	673	(606-741)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*851	(788-915)	673	(617-730)
<b>Québec</b>		<b>*430</b>	<b>(425-435)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	*460	(431-488)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*629	(599-659)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*346	(332-360)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*464	(445-484)	..	.. ..
2405	Estrie	*464	(440-488)	..	.. ..
2406	Montréal	*333	(324-341)	..	.. ..
2407	Outaouais	420	(397-443)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*770	(725-815)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*762	(706-817)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*883	(827-940)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	409	(390-429)	..	.. ..
2413	Laval	*360	(341-380)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*451	(430-472)	..	.. ..
2415	Laurentides	*531	(510-551)	..	.. ..
2416	Montérégie	426	(415-437)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*375</b>	<b>(371-378)</b>	<b>293</b>	<b>(290-296)</b>
3501	Érié St-Clair	*458	(441-474)	356	(341-371)
3502	Sud-Ouest	*390	(377-403)	299	(288-310)
3503	Waterloo Wellington	*361	(346-376)	264	(251-276)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*447	(436-458)	342	(332-352)
3505	Centre-Ouest	*316	(302-330)	285	(272-297)
3506	Mississauga Halton	*289	(278-300)	219	(210-228)
3507	Toronto-Centre	*257	(248-267)	228	(219-237)
3508	Centre	*215	(208-223)	192	(185-199)
3509	Centre-Est	*344	(335-354)	278	(270-287)
3510	Sud-Est	*451	(433-470)	328	(312-344)
3511	Champlain	*333	(322-343)	253	(244-262)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*523	(501-544)	370	(353-388)
3513	Nord-Est	*655	(634-675)	538	(519-557)
3514	Nord-Ouest	*725	(691-759)	590	(558-621)
<b>Manitoba</b>		<b>*439</b>	<b>(426-451)</b>	<b>365</b>	<b>(354-376)</b>
4610	Winnipeg	*323	(309-337)	264	(251-276)
4625	Sud-Est	*366	(314-418)	232	(192-271)
4630	Entre-les-lacs	*533	(484-582)	448	(403-493)
4640	Centre	*566	(518-614)	436	(394-477)
4645	Assiniboine	*544	(490-597)	549	(494-604)

Code de carte	Région sanitaire	Conditions propices aux soins ambulatoires			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*629</b>	<b>(613-644)</b>	<b>522</b>	<b>(507-536)</b>
4701	Sun Country	*891	(811-972)	657	(587-727)
4702	Five Hills	*714	(641-788)	589	(520-658)
4704	Regina	*672	(638-706)	580	(549-611)
4705	Sunrise	*707	(641-774)	662	(595-730)
4706	Saskatoon	405	(381-429)	330	(309-352)
4709	Prince Albert	*663	(605-722)	578	(523-633)
4710	Prairie North	*794	(724-864)	647	(584-709)
<b>Alberta</b>		<b>*440</b>	<b>(432-448)</b>	<b>328</b>	<b>(322-335)</b>
4821	Chinook	*597	(557-637)	422	(390-454)
4822	Palliser	*613	(563-663)	497	(454-540)
4823	Calgary	*324	(313-335)	250	(241-259)
4824	David Thompson	*672	(641-703)	450	(426-474)
4825	East Central	*671	(624-718)	404	(368-440)
4826	Capital	*301	(290-312)	254	(245-264)
4827	Aspen	*799	(756-842)	573	(538-608)
4828	Peace Country	*885	(829-942)	592	(547-636)
4829	Northern Lights	*695	(605-784)	626	(541-711)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*324</b>	<b>(318-329)</b>	<b>281</b>	<b>(276-286)</b>
5911	East Kootenay	*585	(532-639)	449	(402-496)
5912	Kootenay Boundary	449	(401-496)	353	(311-395)
5913	Okanagan	408	(386-431)	354	(333-374)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	427	(400-454)	350	(326-374)
5921	Fraser East	*362	(338-386)	344	(322-366)
5922	Fraser North	*271	(257-286)	215	(203-228)
5923	Fraser South	*265	(252-279)	272	(259-285)
5931	Richmond	*183	(162-204)	166	(147-186)
5932	Vancouver	*204	(192-217)	208	(196-221)
5933	North Shore	*240	(221-259)	222	(204-240)
5941	South Vancouver Island	*250	(232-269)	205	(189-220)
5942	Central Vancouver Island	407	(382-432)	307	(286-329)
5943	North Vancouver Island	*514	(472-555)	355	(322-389)
5951	Northwest	*590	(533-647)	503	(451-554)
5952	Northern Interior	*615	(574-656)	547	(509-586)
5953	Northeast	*571	(507-635)	539	(479-598)
<b>Yukon</b>		<b>*595</b>	<b>(499-692)</b>	<b>476</b>	<b>(394-557)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*819</b>	<b>(706-933)</b>	<b>733</b>	<b>(635-830)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*820</b>	<b>(653-986)</b>	<b>1 298</b>	<b>(1 097-1 498)</b>
<b>Canada</b>		<b>418</b>	<b>(415-420)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>413</b>	<b>(411-416)</b>	<b>326</b>	<b>(323-328)</b>

### Conditions propices aux soins ambulatoires

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée en raison d'affections pour lesquelles les soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir l'hospitalisation ou en réduire le nombre, par 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans, ajusté selon l'âge. Les hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires sont considérées comme étant une mesure indirecte de l'accès à des soins de santé primaires adéquats. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie, aider à maîtriser une maladie ou un état épisodique de soins de courte durée ou permettre de prendre en charge une maladie ou une affection chronique.

**Remarques :** En 2006-2007, la définition de cet indicateur a été révisée. Les taux pour les exercices 2003-2004 et 2007-2008 ont été calculés selon la nouvelle définition. Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde		Réadmission à la suite d'une crise d'asthme	
		2005-2006 à 2007-2008		2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*6,2</b>	<b>(5,4-6,9)</b>	<b>2,5</b>	<b>(0,4-4,7)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	5,3	(4,3-6,4)	*	**
1012	Central, T.-N.-L.	*6,7	(5,2-8,1)	*	**
1013	Western, T.-N.-L.	*7,8	(6,0-9,7)	*	**
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>6,4</b>	<b>(4,8-8,1)</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*6,0</b>	<b>(5,3-6,6)</b>	<b>4,5</b>	<b>(2,7-6,3)</b>
1211	South Shore, N.-É.	5,9	(3,4-8,4)	*	**
1212	South West Nova, N.-É.	6,5	(4,2-8,8)	*	**
1213	Annapolis Valley, N.-É.	5,9	(3,8-8,0)	*	**
1214	Colchester East Hants, N.-É.	6,6	(4,5-8,6)	*	**
1218	Cape Breton, N.-É.	4,9	(3,4-6,5)	*	**
1219	Capital, N.-É.	5,5	(4,4-6,7)	*	**
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*6,2</b>	<b>(5,4-6,9)</b>	<b>*2,7</b>	<b>(1,0-4,4)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	5,1	(3,6-6,6)	*	**
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	4,6	(3,0-6,3)	*	**
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	5,6	(4,0-7,2)	*	**
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*9,4	(6,4-12,3)	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*8,2	(6,1-10,4)	*	**
<b>Québec</b>		..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	..	..	..
2403	Capitale nationale	..	..	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	..	..
2405	Etrie	..	..	..	..
2406	Montréal	..	..	..	..
2407	Outaouais	..	..	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	..	..
2409	Côte-Nord	..	..	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	..	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	..	..
2413	Laval	..	..	..	..
2414	Lanaudière	..	..	..	..
2415	Laurentides	..	..	..	..
2416	Montérégie	..	..	..	..
<b>Ontario</b>		<b>4,9</b>	<b>(4,7-5,1)</b>	<b>4,6</b>	<b>(4,1-5,1)</b>
3501	Érié St-Clair	*6,6	(5,8-7,3)	3,4	(1,1-5,8)
3502	Sud-Ouest	5,1	(4,4-5,8)	4,1	(2,0-6,2)
3503	Waterloo Wellington	*4,1	(3,2-5,0)	3,5	(1,5-5,6)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*3,9	(3,3-4,5)	3,3	(1,6-5,0)
3505	Centre-Ouest	4,3	(3,4-5,2)	5,9	(4,3-7,6)
3506	Mississauga Halton	*3,5	(2,7-4,3)	3,2	(1,3-5,2)
3507	Toronto-Centre	4,6	(3,7-5,4)	6,1	(4,4-7,8)
3508	Centre	4,5	(3,8-5,2)	3,8	(2,1-5,5)
3509	Centre-Est	4,6	(4,0-5,2)	5,0	(3,7-6,3)
3510	Sud-Est	5,4	(4,5-6,3)	5,4	(3,2-7,6)
3511	Champlain	4,4	(3,7-5,1)	4,9	(3,1-6,8)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	6,0	(4,9-7,0)	6,1	(4,0-8,2)
3513	Nord-Est	*7,7	(6,9-8,4)	4,2	(2,4-6,1)
3514	Nord-Ouest	6,2	(5,0-7,4)	*	**
<b>Manitoba</b>		<b>5,2</b>	<b>(4,5-5,8)</b>	<b>*6,6</b>	<b>(5,1-8,0)</b>
4610	Winnipeg	4,4	(3,6-5,3)	5,9	(3,7-8,1)
4625	Sud-Est	3,0	(1,4-6,5)	*	**
4630	Entre-les-lacs	6,2	(4,0-8,5)	*	**
4640	Centre	5,4	(3,3-7,4)	*	**
4645	Assiniboine	5,3	(2,8-7,7)	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde 2005-2006 à 2007-2008		Réadmission à la suite d'une crise d'asthme 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*5,9</b>	<b>(5,2-6,6)</b>	<b>4,0</b>	<b>(2,5-5,5)</b>
4701	Sun Country	*	**	*	**
4702	Five Hills	*	**	*	**
4704	Regina	*3,3	(1,7-4,8)	6,1	(3,6-8,6)
4705	Sunrise	3,5	(0,8-6,2)	*	**
4706	Saskatoon	6,0	(4,6-7,4)	*	**
4709	Prince Albert	*8,3	(6,2-10,4)	*	**
4710	Prairie North	*9,3	(6,8-11,7)	*	**
<b>Alberta</b>		<b>*4,0</b>	<b>(3,5-4,4)</b>	<b>3,8</b>	<b>(2,9-4,7)</b>
4821	Chinook	5,2	(3,4-7,1)	*	**
4822	Palliser	5,0	(2,8-7,1)	*	**
4823	Calgary	*3,6	(2,8-4,3)	4,3	(2,6-6,1)
4824	David Thompson	5,3	(3,9-6,6)	3,3	(0,7-5,9)
4825	East Central	4,0	(1,9-6,0)	*	**
4826	Capital	*3,2	(2,4-3,9)	3,3	(1,5-5,1)
4827	Aspen	5,3	(3,6-7,1)	*	**
4828	Peace Country	7,0	(4,9-9,1)	*	**
4829	Northern Lights	*	**	*	**
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>5,3</b>	<b>(4,9-5,7)</b>	<b>5,1</b>	<b>(4,3-6,0)</b>
5911	East Kootenay	6,4	(4,1-8,7)	*	**
5912	Kootenay Boundary	*9,0	(6,6-11,5)	*	**
5913	Okanagan	5,9	(4,7-7,0)	*	**
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	6,2	(4,7-7,6)	*	**
5921	Fraser East	3,6	(1,9-5,3)	*	**
5922	Fraser North	4,4	(3,1-5,7)	*	**
5923	Fraser South	5,4	(4,3-6,4)	3,7	(1,4-6,1)
5931	Richmond	3,7	(1,3-6,1)	*	**
5932	Vancouver	*3,7	(2,5-4,9)	5,1	(2,5-7,7)
5933	North Shore	4,8	(3,2-6,4)	*	**
5941	South Vancouver Island	*3,5	(2,0-4,9)	*	**
5942	Central Vancouver Island	*6,6	(5,3-8,0)	*	**
5943	North Vancouver Island	6,6	(4,4-8,9)	*	**
5951	Northwest	6,0	(3,3-8,7)	*	**
5952	Northern Interior	6,8	(4,9-8,8)	*	**
5953	Northeast	7,0	(3,8-10,1)	*	**
<b>Yukon</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>5,1</b>		<b>4,5</b>	

### Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde

Taux de réadmissions non prévues après un congé de l'hôpital à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM ou crise cardiaque), ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

### Réadmission à la suite d'une crise d'asthme

Taux de réadmissions non prévues après un congé de l'hôpital à la suite d'une crise d'asthme, ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'une prostatectomie 2005-2006 à 2007-2008		Réadmission à la suite d'une hystérectomie 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>2,1</b>	<b>(0,9-3,3)</b>	<b>1,4</b>	<b>(0,9-1,8)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*	**	1,6	(1,0-2,1)
1012	Central, T.-N.-L.	*	**	*	**
1013	Western, T.-N.-L.	*	**	*	**
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>2,6</b>	<b>(1,9-3,3)</b>	<b>1,1</b>	<b>(0,8-1,4)</b>
1211	South Shore, N.-É.	*	**	*	**
1212	South West Nova, N.-É.	*	**	*	**
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*	**	*	**
1214	Colchester East Hants, N.-É.	*	**	*	**
1218	Cape Breton, N.-É.	*	**	*	**
1219	Capital, N.-É.	2,5	(1,4-3,6)	1,7	(1,1-2,2)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*3,2</b>	<b>(2,5-4,0)</b>	<b>1,1</b>	<b>(0,7-1,4)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*	**	0,7	(0,1-1,4)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*	**	*	**
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*	**	*	**
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*	**	*	**
<b>Québec</b>		<b>..</b>	<b>.. ..</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	..	.. ..	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	.. ..	..	.. ..
2403	Capitale nationale	..	.. ..	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	.. ..	..	.. ..
2405	Estrie	..	.. ..	..	.. ..
2406	Montréal	..	.. ..	..	.. ..
2407	Outaouais	..	.. ..	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	.. ..	..	.. ..
2409	Côte-Nord	..	.. ..	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	.. ..	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	..	.. ..	..	.. ..
2413	Laval	..	.. ..	..	.. ..
2414	Lanaudière	..	.. ..	..	.. ..
2415	Laurentides	..	.. ..	..	.. ..
2416	Montérégie	..	.. ..	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>2,6</b>	<b>(2,4-2,8)</b>	<b>1,1</b>	<b>(0,9-1,2)</b>
3501	Érié St-Clair	2,0	(1,1-2,8)	0,7	(0,3-1,1)
3502	Sud-Ouest	2,4	(1,5-3,3)	*1,6	(1,3-1,9)
3503	Waterloo Wellington	2,0	(1,0-3,1)	1,3	(0,9-1,7)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	2,3	(1,7-3,0)	1,1	(0,8-1,4)
3505	Centre-Ouest	*4,2	(3,1-5,3)	0,7	(0,2-1,2)
3506	Mississauga Halton	3,0	(2,1-3,9)	1,1	(0,6-1,5)
3507	Toronto-Centre	*3,7	(2,8-4,5)	0,9	(0,3-1,4)
3508	Centre	2,5	(1,8-3,1)	0,8	(0,4-1,2)
3509	Centre-Est	2,3	(1,7-2,9)	*0,7	(0,4-1,0)
3510	Sud-Est	3,5	(2,4-4,7)	1,1	(0,5-1,6)
3511	Champlain	1,8	(1,0-2,6)	1,5	(1,1-1,8)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	1,9	(0,8-2,9)	1,1	(0,6-1,7)
3513	Nord-Est	2,1	(1,1-3,1)	0,7	(0,3-1,1)
3514	Nord-Ouest	*4,9	(3,7-6,0)	1,5	(0,8-2,2)
<b>Manitoba</b>		<b>*1,4</b>	<b>(0,5-2,3)</b>	<b>*1,9</b>	<b>(1,6-2,3)</b>
4610	Winnipeg	1,2	(0,1-2,4)	*2,3	(1,8-2,8)
4625	Sud-Est	*	**	*	**
4630	Entre-les-lacs	*	**	*	**
4640	Centre	*	**	*	**
4645	Assiniboine	*	**	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'une prostatectomie 2005-2006 à 2007-2008		Réadmission à la suite d'une hystérectomie 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>2,2</b>	<b>(1,3-3,1)</b>	<b>*1,9</b>	<b>(1,6-2,3)</b>
4701	Sun Country	*	**	*	**
4702	Five Hills	*	**	*	**
4704	Regina	*	**	1,5	(0,8-2,3)
4705	Sunrise	*	**	*	**
4706	Saskatoon	*	**	*2,0	(1,3-2,6)
4709	Prince Albert	*	**	*	**
4710	Prairie North	*	**	*	**
<b>Alberta</b>		<b>2,0</b>	<b>(1,5-2,5)</b>	<b>1,2</b>	<b>(1,0-1,4)</b>
4821	Chinook	*	**	*	**
4822	Palliser	*	**	*	**
4823	Calgary	2,3	(1,5-3,1)	1,4	(1,1-1,8)
4824	David Thompson	1,4	(0,6-3,1)	1,2	(0,6-1,8)
4825	East Central	*	**	*	**
4826	Capital	1,6	(0,6-2,6)	0,8	(0,4-1,2)
4827	Aspen	*	**	*	**
4828	Peace Country	*	**	*	**
4829	Northern Lights	*	**	*	**
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>2,1</b>	<b>(1,8-2,4)</b>	<b>1,0</b>	<b>(0,8-1,2)</b>
5911	East Kootenay	*	**	*	**
5912	Kootenay Boundary	*	**	*	**
5913	Okanagan	2,4	(1,3-3,5)	0,9	(0,3-1,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*	**	0,8	(0,2-1,4)
5921	Fraser East	1,2	(0,0-2,4)	0,9	(0,3-1,5)
5922	Fraser North	2,0	(1,3-2,8)	0,8	(0,3-1,4)
5923	Fraser South	3,0	(2,1-3,9)	0,8	(0,3-1,4)
5931	Richmond	*	**	*	**
5932	Vancouver	2,7	(1,9-3,5)	1,7	(1,0-2,4)
5933	North Shore	*	**	*	**
5941	South Vancouver Island	1,7	(0,6-2,8)	1,3	(0,7-2,0)
5942	Central Vancouver Island	2,0	(0,9-3,1)	0,5	(0,2-1,1)
5943	North Vancouver Island	*	**	*	**
5951	Northwest	*	**	*	**
5952	Northern Interior	*	**	*	**
5953	Northeast	*	**	*	**
<b>Yukon</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>2,4</b>		<b>1,1</b>	

### Réadmission à la suite d'une prostatectomie

Taux de réadmissions non prévues après un congé de l'hôpital à la suite d'une prostatectomie, ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

### Réadmission à la suite d'une hystérectomie

Taux de réadmissions non prévues après un congé de l'hôpital à la suite d'une hystérectomie, ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde 2005-2006 à 2007-2008		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*10,9</b>	<b>(9,9-11,9)</b>	<b>*23,2</b>	<b>(21,4-25,1)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	10,5	(9,1-11,9)	*23,1	(20,6-25,6)
1012	Central, T.-N.-L.	10,1	(8,2-11,9)	*26,3	(22,5-30,1)
1013	Western, T.-N.-L.	*12,8	(10,4-15,3)	20,5	(15,8-25,2)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>11,3</b>	<b>(9,3-13,2)</b>	<b>*13,5</b>	<b>(10,0-17,1)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*10,6</b>	<b>(9,8-11,4)</b>	<b>*23,4</b>	<b>(22,0-24,9)</b>
1211	South Shore, N.-É.	9,1	(6,1-12,2)	*23,8	(19,1-28,4)
1212	South West Nova, N.-É.	10,2	(7,3-13,1)	22,6	(17,8-27,5)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	7,0	(4,1-9,8)	*30,2	(25,3-35,0)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	9,3	(6,9-11,8)	*26,8	(22,2-31,5)
1218	Cape Breton, N.-É.	*12,7	(10,8-14,6)	20,1	(16,6-23,7)
1219	Capital, N.-É.	9,8	(8,4-11,3)	*23,6	(21,0-26,1)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*10,4</b>	<b>(9,5-11,2)</b>	<b>*15,9</b>	<b>(14,5-17,4)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	9,1	(7,3-10,9)	16,9	(14,0-19,8)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	10,9	(9,1-12,7)	15,0	(12,0-18,1)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	9,5	(7,6-11,4)	19,9	(16,7-23,0)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*13,3	(9,8-16,7)	13,7	(8,2-19,3)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	11,6	(9,0-14,2)	*12,6	(8,3-16,9)
<b>Québec</b>		..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	..	..	..
2403	Capitale nationale	..	..	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	..	..
2405	Estrie	..	..	..	..
2406	Montréal	..	..	..	..
2407	Outaouais	..	..	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	..	..
2409	Côte-Nord	..	..	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	..	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	..	..
2413	Laval	..	..	..	..
2414	Lanaudière	..	..	..	..
2415	Laurentides	..	..	..	..
2416	Montérégie	..	..	..	..
<b>Ontario</b>		<b>9,4</b>	<b>(9,2-9,6)</b>	<b>17,9</b>	<b>(17,5-18,3)</b>
3501	Érié St-Clair	9,5	(8,6-10,4)	17,7	(16,2-19,2)
3502	Sud-Ouest	9,8	(9,0-10,6)	19,4	(18,0-20,7)
3503	Waterloo Wellington	8,7	(7,6-9,7)	*20,3	(18,6-22,0)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	9,4	(8,8-10,0)	18,3	(17,3-19,4)
3505	Centre-Ouest	*8,3	(7,2-9,3)	*13,3	(11,6-15,1)
3506	Mississauga Halton	8,9	(7,9-9,8)	18,4	(16,9-19,9)
3507	Toronto-Centre	9,7	(8,9-10,6)	17,4	(16,2-18,7)
3508	Centre	*10,7	(10,0-11,5)	17,3	(16,2-18,4)
3509	Centre-Est	9,7	(9,0-10,3)	17,6	(16,5-18,7)
3510	Sud-Est	10,2	(9,1-11,2)	*21,3	(19,5-23,1)
3511	Champlain	*7,9	(7,2-8,7)	16,9	(15,7-18,2)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	9,5	(8,3-10,7)	18,3	(16,4-20,3)
3513	Nord-Est	10,2	(9,3-11,1)	18,6	(17,0-20,3)
3514	Nord-Ouest	*7,8	(6,5-9,1)	*14,1	(11,7-16,5)
<b>Manitoba</b>		<b>*8,6</b>	<b>(7,9-9,3)</b>	<b>18,2</b>	<b>(17,0-19,4)</b>
4610	Winnipeg	*7,5	(6,7-8,4)	17,8	(16,2-19,3)
4625	Sud-Est	11,4	(7,5-15,4)	20,2	(13,2-27,2)
4630	Entre-les-lacs	9,1	(6,1-12,0)	21,3	(16,7-25,8)
4640	Centre	10,3	(7,8-12,8)	18,8	(14,6-23,0)
4645	Assiniboine	9,2	(6,4-12,1)	22,1	(16,9-27,3)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde 2005-2006 à 2007-2008		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2005-2006 à 2007-2008	
		Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajustés selon les risques (%)	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>9,5</b>	<b>(8,7-10,3)</b>	<b>*16,4</b>	<b>(15,1-17,7)</b>
4701	Sun Country	10,9	(7,0-14,7)	12,9	(6,4-19,3)
4702	Five Hills	9,7	(6,6-12,8)	16,9	(11,9-21,9)
4704	Regina	9,2	(7,7-10,8)	*14,2	(11,5-16,9)
4705	Sunrise	*14,7	(11,9-17,6)	16,6	(11,7-21,5)
4706	Saskatoon	8,3	(6,7-9,9)	17,1	(14,7-19,5)
4709	Prince Albert	9,7	(6,9-12,5)	19,0	(14,3-23,8)
4710	Prairie North	7,4	(4,5-10,3)	18,7	(13,7-23,8)
<b>Alberta</b>		<b>*7,8</b>	<b>(7,2-8,3)</b>	<b>*16,7</b>	<b>(15,9-17,6)</b>
4821	Chinook	7,4	(5,2-9,6)	17,4	(13,9-21,0)
4822	Palliser	7,4	(5,0-9,7)	17,7	(13,3-22,2)
4823	Calgary	*7,3	(6,3-8,2)	*14,9	(13,4-16,5)
4824	David Thompson	9,7	(8,1-11,2)	20,5	(18,0-23,1)
4825	East Central	8,3	(5,8-10,7)	*23,5	(19,3-27,6)
4826	Capital	*7,0	(6,0-7,9)	*15,0	(13,5-16,4)
4827	Aspen	10,9	(8,5-13,2)	18,9	(15,0-22,7)
4828	Peace Country	8,9	(6,4-11,5)	21,2	(16,9-25,5)
4829	Northern Lights	9,6	(2,4-16,8)	23,9	(14,2-33,6)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*10,0</b>	<b>(9,5-10,4)</b>	<b>18,1</b>	<b>(17,4-18,7)</b>
5911	East Kootenay	10,1	(7,3-12,8)	19,6	(14,8-24,3)
5912	Kootenay Boundary	10,7	(7,8-13,6)	*23,4	(19,1-27,7)
5913	Okanagan	10,7	(9,4-12,0)	17,8	(15,8-19,7)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*11,3	(9,5-13,1)	18,2	(15,4-21,1)
5921	Fraser East	11,1	(9,2-13,0)	19,0	(16,4-21,7)
5922	Fraser North	*11,8	(10,3-13,2)	*16,0	(14,1-17,9)
5923	Fraser South	9,6	(8,5-10,8)	16,4	(14,6-18,1)
5931	Richmond	11,4	(8,8-13,9)	*21,5	(18,2-24,7)
5932	Vancouver	8,3	(7,1-9,6)	17,8	(16,0-19,6)
5933	North Shore	10,5	(8,8-12,2)	17,7	(15,3-20,1)
5941	South Vancouver Island	9,4	(7,8-10,9)	19,2	(17,1-21,4)
5942	Central Vancouver Island	8,3	(6,7-9,9)	18,6	(16,2-21,0)
5943	North Vancouver Island	6,5	(3,5-9,4)	20,4	(16,5-24,4)
5951	Northwest	8,2	(4,5-12,0)	18,5	(12,8-24,2)
5952	Northern Interior	9,4	(6,7-12,2)	18,0	(14,1-21,9)
5953	Northeast	*14,6	(10,1-19,2)	21,9	(15,3-28,4)
<b>Yukon</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>20,4</b>	<b>(11,5-29,4)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>15,4</b>	<b>(5,5-25,2)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>9,4</b>		<b>18,0</b>	

### Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un établissement de soins de courte durée avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde (IAM ou crise cardiaque), ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

### Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un établissement de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral, ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

**Remarque :** Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie de la hanche			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*77</b>	<b>(69-85)</b>	<b>81</b>	<b>(73-90)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	89	(77-101)	86	(75-98)
1012	Central, T.-N.-L.	*57	(42-72)	71	(53-89)
1013	Western, T.-N.-L.	75	(55-94)	86	(66-106)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*116</b>	<b>(96-136)</b>	<b>118</b>	<b>(99-136)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*99</b>	<b>(92-106)</b>	<b>93</b>	<b>(87-99)</b>
1211	South Shore, N.-É.	104	(79-130)	103	(79-127)
1212	South West Nova, N.-É.	113	(86-139)	52	(35-70)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*124	(99-149)	89	(68-111)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	95	(71-118)	98	(75-121)
1218	Cape Breton, N.-É.	105	(87-123)	95	(78-112)
1219	Capital, N.-É.	82	(72-93)	95	(84-105)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*80</b>	<b>(73-87)</b>	<b>89</b>	<b>(82-96)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	77	(64-91)	83	(70-96)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	92	(76-108)	111	(95-128)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	87	(72-103)	98	(82-114)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*64	(40-87)	48	(29-66)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*40	(26-55)	75	(57-94)
<b>Québec</b>		<b>*63</b>	<b>(61-65)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	*75	(63-87)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*51	(42-60)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*63	(57-69)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*61	(54-68)	..	.. ..
2405	Estrie	*59	(50-68)	..	.. ..
2406	Montréal	*63	(60-67)	..	.. ..
2407	Outaouais	*63	(53-73)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*67	(53-82)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*60	(42-78)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*58	(43-73)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*79	(69-88)	..	.. ..
2413	Laval	*66	(56-75)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*63	(54-71)	..	.. ..
2415	Laurentides	*66	(58-75)	..	.. ..
2416	Montérégie	*61	(57-66)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*96</b>	<b>(94-98)</b>	<b>111</b>	<b>(109-113)</b>
3501	Érié St-Clair	*99	(91-108)	123	(113-132)
3502	Sud-Ouest	*116	(109-124)	138	(130-146)
3503	Waterloo Wellington	*103	(94-112)	124	(115-134)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*111	(105-117)	126	(120-132)
3505	Centre-Ouest	*64	(57-71)	76	(69-83)
3506	Mississauga Halton	*101	(94-109)	97	(90-104)
3507	Toronto-Centre	*78	(72-83)	94	(88-100)
3508	Centre	85	(79-90)	91	(86-96)
3509	Centre-Est	*95	(89-100)	107	(102-113)
3510	Sud-Est	*112	(102-122)	125	(115-135)
3511	Champlain	89	(83-95)	113	(107-120)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*100	(89-110)	126	(115-137)
3513	Nord-Est	94	(86-102)	117	(108-126)
3514	Nord-Ouest	*115	(100-130)	128	(112-143)
<b>Manitoba</b>		<b>*97</b>	<b>(90-103)</b>	<b>120</b>	<b>(113-127)</b>
4610	Winnipeg	92	(84-100)	113	(104-121)
4625	Sud-Est	71	(45-98)	155	(118-191)
4630	Entre-les-lacs	80	(59-101)	121	(96-145)
4640	Centre	*124	(100-149)	117	(93-140)
4645	Assiniboine	93	(71-115)	153	(125-181)

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie de la hanche			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*104</b>	<b>(97-111)</b>	<b>114</b>	<b>(107-121)</b>
4701	Sun Country	95	(68-122)	110	(79-141)
4702	Five Hills	*131	(99-162)	121	(90-152)
4704	Regina	80	(68-92)	101	(88-115)
4705	Sunrise	89	(66-111)	112	(86-138)
4706	Saskatoon	*123	(109-138)	125	(111-140)
4709	Prince Albert	109	(82-135)	139	(111-167)
4710	Prairie North	97	(70-123)	113	(84-142)
<b>Alberta</b>		<b>*110</b>	<b>(105-114)</b>	<b>110</b>	<b>(106-114)</b>
4821	Chinook	104	(86-123)	148	(127-169)
4822	Palliser	101	(80-123)	130	(106-154)
4823	Calgary	*108	(100-115)	109	(102-116)
4824	David Thompson	*132	(117-148)	130	(115-144)
4825	East Central	101	(81-120)	114	(94-134)
4826	Capital	*111	(103-118)	95	(88-102)
4827	Aspen	98	(80-115)	110	(93-128)
4828	Peace Country	*137	(111-164)	126	(101-150)
4829	Northern Lights	59	(27-92)	76	(41-111)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*95</b>	<b>(91-98)</b>	<b>112</b>	<b>(108-115)</b>
5911	East Kootenay	*133	(107-160)	86	(65-106)
5912	Kootenay Boundary	*133	(108-158)	121	(97-144)
5913	Okanagan	*115	(104-126)	148	(136-160)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*108	(93-122)	129	(114-144)
5921	Fraser East	101	(87-114)	105	(92-118)
5922	Fraser North	*76	(67-84)	88	(79-97)
5923	Fraser South	89	(81-98)	102	(93-110)
5931	Richmond	*64	(51-77)	61	(49-73)
5932	Vancouver	*56	(50-63)	68	(61-75)
5933	North Shore	*102	(89-115)	142	(128-157)
5941	South Vancouver Island	*109	(98-120)	131	(119-143)
5942	Central Vancouver Island	*117	(103-130)	142	(129-156)
5943	North Vancouver Island	95	(76-115)	151	(129-173)
5951	Northwest	81	(55-106)	146	(115-178)
5952	Northern Interior	*150	(125-175)	119	(98-140)
5953	Northeast	113	(77-148)	151	(113-190)
<b>Yukon</b>		<b>97</b>	<b>(51-143)</b>	<b>118</b>	<b>(66-169)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>132</b>	<b>(73-192)</b>	<b>136</b>	<b>(80-191)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*</b>	<b>**</b>	<b>*</b>	<b>**</b>
<b>Canada</b>		<b>89</b>	<b>(88-90)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>97</b>	<b>(96-98)</b>	<b>109</b>	<b>(108-111)</b>

### Arthroplastie de la hanche

Taux d'arthroplasties de la hanche (unilatérale ou bilatérale) chez les patients hospitalisés en soins de courte durée par 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. L'arthroplastie de la hanche peut améliorer l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait être attribuable à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

**Remarque :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie du genou			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*86</b>	<b>(77-95)</b>	<b>116</b>	<b>(107-126)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*78	(66-89)	119	(105-132)
1012	Central, T.-N.-L.	103	(83-124)	104	(84-124)
1013	Western, T.-N.-L.	*87	(66-108)	120	(97-143)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*137</b>	<b>(116-159)</b>	<b>149</b>	<b>(128-170)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*136</b>	<b>(128-144)</b>	<b>135</b>	<b>(127-143)</b>
1211	South Shore, N.-É.	*172	(140-203)	167	(137-197)
1212	South West Nova, N.-É.	*81	(58-103)	88	(65-111)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	127	(102-152)	125	(101-149)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	134	(106-162)	177	(146-208)
1218	Cape Breton, N.-É.	*167	(145-189)	156	(135-177)
1219	Capital, N.-É.	*134	(121-148)	131	(118-143)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>*128</b>	<b>(119-137)</b>	<b>146</b>	<b>(137-155)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	126	(109-143)	166	(147-185)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*171	(150-192)	172	(152-193)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	*150	(130-171)	157	(136-177)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*44	(25-62)	83	(58-108)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*65	(46-83)	82	(62-102)
<b>Québec</b>		<b>*80</b>	<b>(78-83)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	*96	(82-110)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*135	(121-150)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*79	(72-86)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*94	(85-102)	..	.. ..
2405	Estrie	*65	(55-74)	..	.. ..
2406	Montréal	*68	(64-72)	..	.. ..
2407	Outaouais	101	(88-114)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*93	(75-110)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*89	(67-111)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	110	(90-131)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*94	(83-104)	..	.. ..
2413	Laval	*73	(64-82)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*73	(64-83)	..	.. ..
2415	Laurentides	*71	(62-79)	..	.. ..
2416	Montérégie	*78	(73-83)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*129</b>	<b>(127-131)</b>	<b>196</b>	<b>(193-198)</b>
3501	Érié St-Clair	*134	(124-144)	255	(242-268)
3502	Sud-Ouest	*152	(144-161)	241	(230-251)
3503	Waterloo Wellington	*134	(124-144)	190	(179-202)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*144	(137-151)	223	(215-232)
3505	Centre-Ouest	*127	(116-137)	188	(176-200)
3506	Mississauga Halton	*123	(114-131)	165	(156-174)
3507	Toronto-Centre	*80	(74-86)	142	(134-149)
3508	Centre	110	(104-116)	160	(153-167)
3509	Centre-Est	*131	(124-137)	209	(201-217)
3510	Sud-Est	*161	(149-172)	224	(211-237)
3511	Champlain	*125	(118-132)	199	(190-207)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*148	(135-160)	179	(166-192)
3513	Nord-Est	*136	(127-146)	201	(189-212)
3514	Nord-Ouest	*164	(146-181)	204	(185-224)
<b>Manitoba</b>		<b>*134</b>	<b>(126-141)</b>	<b>195</b>	<b>(187-204)</b>
4610	Winnipeg	*128	(119-138)	197	(185-209)
4625	Sud-Est	141	(104-179)	149	(113-186)
4630	Entre-les-lacs	132	(105-159)	202	(170-233)
4640	Centre	117	(93-140)	171	(143-199)
4645	Assiniboine	*150	(122-179)	185	(153-216)

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie du genou			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*150</b>	<b>(141-158)</b>	<b>176</b>	<b>(167-185)</b>
4701	Sun Country	142	(109-175)	169	(134-204)
4702	Five Hills	120	(91-150)	202	(162-242)
4704	Regina	129	(113-145)	141	(125-158)
4705	Sunrise	*167	(135-199)	202	(166-237)
4706	Saskatoon	*174	(156-191)	193	(175-211)
4709	Prince Albert	*155	(124-185)	197	(164-231)
4710	Prairie North	131	(100-163)	164	(128-199)
<b>Alberta</b>		<b>*131</b>	<b>(126-136)</b>	<b>174</b>	<b>(168-179)</b>
4821	Chinook	*193	(168-218)	286	(256-315)
4822	Palliser	*145	(119-171)	171	(144-199)
4823	Calgary	113	(105-121)	172	(163-181)
4824	David Thompson	*174	(156-192)	211	(192-230)
4825	East Central	*148	(124-172)	177	(152-202)
4826	Capital	*127	(119-136)	146	(138-155)
4827	Aspen	124	(105-144)	172	(150-194)
4828	Peace Country	*145	(117-172)	209	(178-241)
4829	Northern Lights	*46	(16-75)	105	(64-147)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*100</b>	<b>(97-104)</b>	<b>157</b>	<b>(154-161)</b>
5911	East Kootenay	123	(98-149)	180	(150-209)
5912	Kootenay Boundary	*145	(119-171)	177	(148-205)
5913	Okanagan	*138	(126-151)	214	(200-228)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*136	(120-152)	180	(162-197)
5921	Fraser East	*140	(124-157)	177	(160-194)
5922	Fraser North	*73	(64-81)	113	(103-123)
5923	Fraser South	*98	(89-107)	164	(154-175)
5931	Richmond	*63	(50-77)	120	(103-137)
5932	Vancouver	*46	(39-52)	83	(75-91)
5933	North Shore	106	(93-119)	152	(137-166)
5941	South Vancouver Island	*81	(72-91)	150	(137-162)
5942	Central Vancouver Island	108	(95-121)	213	(196-229)
5943	North Vancouver Island	*151	(127-176)	227	(201-254)
5951	Northwest	*76	(52-101)	220	(182-259)
5952	Northern Interior	*182	(155-210)	184	(159-210)
5953	Northeast	154	(112-195)	124	(90-159)
<b>Yukon</b>		<b>89</b>	<b>(44-133)</b>	<b>126</b>	<b>(76-177)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*184</b>	<b>(115-253)</b>	<b>140</b>	<b>(85-194)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>156</b>	<b>(41-272)</b>	<b>394</b>	<b>(232-557)</b>
<b>Canada</b>		<b>114</b>	<b>(112-115)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>125</b>	<b>(123-126)</b>	<b>179</b>	<b>(177-181)</b>

### Arthroplastie du genou

Taux d'arthroplasties du genou (unilatérale ou bilatérale) chez les patients en soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour par 100 000 personnes âgées de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. L'arthroplastie du genou peut améliorer l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de vie liés à l'état de santé. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties du genou pourrait être attribuable à de nombreux facteurs, notamment la disponibilité des services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

**Remarque :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Hystérectomie 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>439</b>	<b>(410-468)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	400	(365-436)
1012	Central, T.-N.-L.	572	(493-652)
1013	Western, T.-N.-L.	442	(366-518)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>595</b>	<b>(526-665)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>441</b>	<b>(419-463)</b>
1211	South Shore, N.-É.	317	(239-394)
1212	South West Nova, N.-É.	569	(471-666)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	572	(481-664)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	654	(555-753)
1218	Cape Breton, N.-É.	526	(458-594)
1219	Capital, N.-É.	297	(271-324)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>438</b>	<b>(413-462)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	504	(453-555)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	349	(305-393)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	369	(323-416)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	363	(275-451)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	447	(371-524)
<b>Québec</b>		..	.. ..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	.. ..
2403	Capitale nationale	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	.. ..
2405	Estrie	..	.. ..
2406	Montréal	..	.. ..
2407	Outaouais	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	.. ..
2409	Côte-Nord	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	..	.. ..
2413	Laval	..	.. ..
2414	Lanaudière	..	.. ..
2415	Laurentides	..	.. ..
2416	Montérégie	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>329</b>	<b>(324-334)</b>
3501	Érié St-Clair	426	(400-452)
3502	Sud-Ouest	418	(396-440)
3503	Waterloo Wellington	409	(385-433)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	390	(374-407)
3505	Centre-Ouest	254	(236-271)
3506	Mississauga Halton	228	(214-242)
3507	Toronto-Centre	183	(172-195)
3508	Centre	237	(226-249)
3509	Centre-Est	334	(319-348)
3510	Sud-Est	356	(328-384)
3511	Champlain	374	(356-391)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	444	(412-476)
3513	Nord-Est	571	(537-605)
3514	Nord-Ouest	413	(368-457)
<b>Manitoba</b>		<b>376</b>	<b>(358-394)</b>
4610	Winnipeg	347	(325-370)
4625	Sud-Est	490	(396-584)
4630	Entre-les-lacs	395	(319-470)
4640	Centre	470	(398-541)
4645	Assiniboine	454	(369-539)

Code de carte	Région sanitaire	Hystérectomie 2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>442</b>	<b>(420-464)</b>
4701	Sun Country	512	(404-620)
4702	Five Hills	442	(351-533)
4704	Regina	365	(327-404)
4705	Sunrise	451	(353-549)
4706	Saskatoon	427	(388-467)
4709	Prince Albert	422	(342-502)
4710	Prairie North	725	(610-840)
<b>Alberta</b>		<b>391</b>	<b>(381-402)</b>
4821	Chinook	624	(556-691)
4822	Palliser	595	(515-676)
4823	Calgary	316	(300-332)
4824	David Thompson	475	(435-516)
4825	East Central	513	(443-583)
4826	Capital	381	(363-400)
4827	Aspen	459	(406-513)
4828	Peace Country	346	(293-399)
4829	Northern Lights	525	(437-614)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>317</b>	<b>(308-325)</b>
5911	East Kootenay	369	(299-439)
5912	Kootenay Boundary	294	(230-358)
5913	Okanagan	382	(348-415)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	664	(604-724)
5921	Fraser East	516	(471-560)
5922	Fraser North	245	(226-265)
5923	Fraser South	254	(235-273)
5931	Richmond	185	(155-214)
5932	Vancouver	161	(146-177)
5933	North Shore	208	(183-234)
5941	South Vancouver Island	312	(284-341)
5942	Central Vancouver Island	503	(457-549)
5943	North Vancouver Island	462	(396-528)
5951	Northwest	397	(324-471)
5952	Northern Interior	577	(512-643)
5953	Northeast	507	(416-598)
<b>Yukon</b>		<b>343</b>	<b>(234-452)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>404</b>	<b>(297-511)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>172</b>	<b>(85-260)</b>
<b>Canada</b>		<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>352</b>	<b>(349-356)</b>

### Hystérectomie

Taux d'hystérectomies pratiquées chez des patientes en soins de courte durée ou dans une unité de chirurgie d'un jour par 100 000 femmes âgées de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Comme pour les autres types d'intervention chirurgicale, la variation des taux d'hystérectomies peut être attribuable à de nombreux facteurs, notamment les différences démographiques et de l'état de santé, le profil de pratique du médecin et la disponibilité des services.

**Remarques :** Depuis 2006-2007, les taux d'hystérectomies comprennent les hystérectomies totales et partielles, comme c'était le cas dans les déclarations antérieures à 2001-2002. L'identification des hystérectomies partielles n'était pas possible dans les déclarations de 2001-2002 à 2005-2006. Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*138</b>	<b>(127-149)</b>	<b>142</b>	<b>(132-153)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	153	(138-169)	165	(150-181)
1012	Central, T.-N.-L.	*118	(96-140)	131	(109-153)
1013	Western, T.-N.-L.	*102	(80-124)	83	(63-102)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*118</b>	<b>(99-138)</b>	<b>139</b>	<b>(118-159)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*141</b>	<b>(133-150)</b>	<b>163</b>	<b>(155-172)</b>
1211	South Shore, N.-É.	143	(114-172)	156	(127-186)
1212	South West Nova, N.-É.	*137	(107-167)	162	(130-194)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*108	(85-131)	143	(117-169)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	147	(117-176)	181	(149-213)
1218	Cape Breton, N.-É.	184	(160-208)	177	(154-200)
1219	Capital, N.-É.	*143	(130-157)	164	(151-178)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>174</b>	<b>(164-184)</b>	<b>198</b>	<b>(188-208)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*145	(127-163)	179	(160-199)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*246	(221-272)	229	(206-252)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	150	(130-170)	210	(186-233)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	153	(125-181)	189	(159-219)
<b>Québec</b>		<b>*199</b>	<b>(196-203)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	*189	(169-208)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*203	(186-220)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*221	(209-233)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*209	(196-222)	..	.. ..
2405	Estrie	*273	(253-293)	..	.. ..
2406	Montréal	*187	(180-193)	..	.. ..
2407	Outaouais	*109	(97-122)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	168	(145-191)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*248	(213-283)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*291	(257-325)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*209	(194-224)	..	.. ..
2413	Laval	179	(165-194)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*253	(236-270)	..	.. ..
2415	Laurentides	177	(164-190)	..	.. ..
2416	Montérégie	*200	(192-208)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*145</b>	<b>(142-147)</b>	<b>157</b>	<b>(155-159)</b>
3501	Érié St-Clair	*96	(88-104)	115	(107-124)
3502	Sud-Ouest	*101	(94-108)	108	(101-115)
3503	Waterloo Wellington	*114	(105-124)	105	(96-113)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*150	(143-157)	171	(164-178)
3505	Centre-Ouest	*133	(123-143)	172	(161-183)
3506	Mississauga Halton	159	(150-169)	149	(141-157)
3507	Toronto-Centre	*110	(103-116)	134	(127-141)
3508	Centre	*139	(133-146)	140	(134-147)
3509	Centre-Est	*150	(143-157)	170	(163-177)
3510	Sud-Est	*224	(210-238)	217	(204-230)
3511	Champlain	171	(163-179)	191	(182-199)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*147	(135-160)	175	(162-188)
3513	Nord-Est	*186	(175-198)	211	(199-223)
3514	Nord-Ouest	154	(137-171)	166	(148-183)
<b>Manitoba</b>		<b>*127</b>	<b>(119-134)</b>	<b>131</b>	<b>(124-138)</b>
4610	Winnipeg	*135	(126-145)	131	(121-140)
4625	Sud-Est	*110	(77-142)	158	(121-194)
4630	Entre-les-lacs	*114	(89-139)	122	(97-147)
4640	Centre	*104	(81-127)	141	(115-167)
4645	Assiniboine	*69	(49-90)	141	(113-170)

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>159</b>	<b>(150-167)</b>	<b>195</b>	<b>(186-205)</b>
4701	Sun Country	*114	(85-144)	166	(130-202)
4702	Five Hills	*125	(94-155)	174	(138-210)
4704	Regina	152	(134-169)	195	(176-214)
4705	Sunrise	*130	(100-160)	121	(92-151)
4706	Saskatoon	*203	(185-222)	214	(196-233)
4709	Prince Albert	150	(120-179)	252	(213-290)
4710	Prairie North	159	(124-195)	220	(179-260)
<b>Alberta</b>		<b>*198</b>	<b>(192-204)</b>	<b>166</b>	<b>(161-171)</b>
4821	Chinook	159	(136-182)	158	(136-180)
4822	Palliser	150	(123-177)	187	(158-216)
4823	Calgary	172	(162-181)	154	(146-163)
4824	David Thompson	173	(155-191)	164	(148-181)
4825	East Central	184	(157-211)	153	(129-176)
4826	Capital	*208	(198-219)	170	(161-179)
4827	Aspen	*258	(230-286)	191	(168-213)
4828	Peace Country	*365	(323-408)	199	(170-229)
4829	Northern Lights	*232	(177-286)	187	(134-239)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>170</b>	<b>(165-174)</b>	<b>168</b>	<b>(164-172)</b>
5911	East Kootenay	167	(138-197)	148	(121-175)
5912	Kootenay Boundary	*135	(109-161)	126	(103-149)
5913	Okanagan	*138	(125-151)	128	(116-139)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*128	(112-144)	130	(115-145)
5921	Fraser East	*201	(182-221)	229	(210-249)
5922	Fraser North	*193	(179-206)	196	(184-209)
5923	Fraser South	*185	(173-197)	225	(212-237)
5931	Richmond	*121	(103-139)	129	(111-146)
5932	Vancouver	*130	(119-140)	120	(111-130)
5933	North Shore	*147	(132-163)	138	(124-152)
5941	South Vancouver Island	*195	(180-211)	171	(158-185)
5942	Central Vancouver Island	*233	(214-252)	188	(173-204)
5943	North Vancouver Island	*216	(187-244)	168	(145-191)
5951	Northwest	180	(144-216)	174	(140-207)
5952	Northern Interior	162	(138-187)	194	(169-220)
5953	Northeast	204	(158-250)	178	(138-217)
<b>Yukon</b>		<b>209</b>	<b>(143-275)</b>	<b>151</b>	<b>(101-202)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*253</b>	<b>(179-326)</b>	<b>193</b>	<b>(130-255)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*98</b>	<b>(30-165)</b>	<b>109</b>	<b>(48-171)</b>
<b>Canada</b>		<b>167</b>	<b>(165-168)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>156</b>	<b>(154-158)</b>	<b>162</b>	<b>(160-163)</b>

### Intervention coronarienne percutanée

Taux d'interventions coronariennes percutanées (ICP) pratiquées sur des patients dans un établissement de soins de courte durée, dans une unité de chirurgie d'un jour ou dans un laboratoire de cathétérisme, par 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Dans de nombreux cas, les ICP constituent une solution de rechange non chirurgicale au pontage aortocoronarien. Elles sont pratiquées dans le but de dégager des artères coronaires obstruées. Le choix de la méthode de revascularisation (c.-à-d. ICP ou pontage aortocoronarien) dépend de nombreux facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, les préférences du médecin, la disponibilité des services, les pratiques d'orientation des patients et les différences dans l'état de santé et le statut socioéconomique de la population.

**Remarques :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication. Les interventions cardiaques concernant les résidents de la zone 4 du Nouveau-Brunswick ont été pratiquées pour la plupart au Québec; les taux ont été supprimés en raison de différences dans la méthode de collecte des données et de l'inaccessibilité des données du Québec.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Pontage aortocoronarien par greffe			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*142</b>	<b>(131-153)</b>	<b>105</b>	<b>(96-114)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*153	(138-169)	98	(86-110)
1012	Central, T.-N.-L.	*139	(115-162)	129	(107-151)
1013	Western, T.-N.-L.	96	(74-118)	100	(79-121)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>87</b>	<b>(70-104)</b>	<b>73</b>	<b>(59-88)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>*120</b>	<b>(113-128)</b>	<b>73</b>	<b>(68-79)</b>
1211	South Shore, N.-É.	115	(89-142)	73	(53-93)
1212	South West Nova, N.-É.	105	(79-131)	67	(47-88)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	100	(78-122)	54	(38-69)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	*126	(98-154)	81	(60-102)
1218	Cape Breton, N.-É.	*133	(113-153)	96	(79-112)
1219	Capital, N.-É.	*133	(120-147)	73	(64-83)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>90</b>	<b>(83-98)</b>	<b>76</b>	<b>(69-82)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*78	(65-91)	84	(71-98)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	95	(79-110)	79	(65-93)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	94	(77-110)	73	(59-87)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	*71	(52-90)	66	(48-83)
<b>Québec</b>		<b>*97</b>	<b>(94-99)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	93	(79-106)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	82	(71-94)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*106	(98-114)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	96	(87-105)	..	.. ..
2405	Estrie	88	(77-99)	..	.. ..
2406	Montréal	*87	(82-91)	..	.. ..
2407	Outaouais	*73	(62-83)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	94	(77-111)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	100	(78-122)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*130	(108-152)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	99	(89-110)	..	.. ..
2413	Laval	91	(81-102)	..	.. ..
2414	Lanaudière	101	(90-112)	..	.. ..
2415	Laurentides	*112	(101-122)	..	.. ..
2416	Montérégie	*111	(105-118)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*90</b>	<b>(89-92)</b>	<b>78</b>	<b>(77-80)</b>
3501	Érie St-Clair	94	(86-102)	92	(84-100)
3502	Sud-Ouest	*84	(78-90)	76	(70-81)
3503	Waterloo Wellington	*84	(76-92)	76	(69-83)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*104	(98-109)	95	(90-101)
3505	Centre-Ouest	*109	(100-119)	88	(80-96)
3506	Mississauga Halton	*106	(99-114)	72	(66-78)
3507	Toronto-Centre	*60	(55-65)	49	(45-54)
3508	Centre	*86	(80-91)	68	(64-73)
3509	Centre-Est	93	(87-98)	79	(74-84)
3510	Sud-Est	94	(85-103)	104	(95-114)
3511	Champlain	*73	(68-79)	71	(66-77)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	90	(80-100)	96	(86-105)
3513	Nord-Est	89	(81-97)	66	(60-73)
3514	Nord-Ouest	*133	(117-149)	123	(108-139)
<b>Manitoba</b>		<b>*103</b>	<b>(97-110)</b>	<b>85</b>	<b>(79-91)</b>
4610	Winnipeg	99	(90-107)	81	(73-88)
4625	Sud-Est	97	(66-128)	85	(58-113)
4630	Entre-les-lacs	97	(74-120)	84	(63-104)
4640	Centre	95	(73-117)	93	(72-115)
4645	Assiniboine	84	(62-106)	75	(55-95)

Code de carte	Région sanitaire	Pontage aortocoronarien par greffe			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*112</b>	<b>(105-119)</b>	<b>93</b>	<b>(87-100)</b>
4701	Sun Country	110	(81-139)	89	(62-116)
4702	Five Hills	115	(86-145)	96	(69-123)
4704	Regina	*131	(115-147)	108	(94-122)
4705	Sunrise	110	(83-136)	69	(48-91)
4706	Saskatoon	100	(86-113)	86	(74-98)
4709	Prince Albert	116	(90-143)	123	(95-150)
4710	Prairie North	103	(75-132)	90	(63-116)
<b>Alberta</b>		<b>*83</b>	<b>(79-87)</b>	<b>58</b>	<b>(55-61)</b>
4821	Chinook	*62	(48-76)	39	(28-50)
4822	Palliser	*55	(38-71)	51	(36-66)
4823	Calgary	*77	(70-83)	50	(46-55)
4824	David Thompson	86	(73-98)	54	(44-63)
4825	East Central	93	(75-112)	63	(48-77)
4826	Capital	91	(84-98)	65	(59-70)
4827	Aspen	99	(82-117)	80	(65-95)
4828	Peace Country	89	(67-110)	68	(50-86)
4829	Northern Lights	*59	(27-90)	59	(29-88)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*76</b>	<b>(73-79)</b>	<b>65</b>	<b>(63-68)</b>
5911	East Kootenay	*65	(47-84)	50	(34-66)
5912	Kootenay Boundary	*67	(49-85)	55	(39-71)
5913	Okanagan	*65	(56-74)	60	(52-68)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*74	(62-86)	72	(61-83)
5921	Fraser East	87	(74-100)	75	(64-86)
5922	Fraser North	*75	(67-84)	67	(59-75)
5923	Fraser South	93	(85-102)	75	(68-83)
5931	Richmond	*61	(48-74)	64	(51-76)
5932	Vancouver	*59	(52-66)	48	(42-54)
5933	North Shore	*67	(57-78)	73	(63-83)
5941	South Vancouver Island	*68	(59-77)	66	(57-74)
5942	Central Vancouver Island	92	(80-104)	71	(61-80)
5943	North Vancouver Island	100	(80-120)	55	(41-68)
5951	Northwest	121	(91-152)	82	(58-105)
5952	Northern Interior	94	(75-114)	85	(68-102)
5953	Northeast	122	(86-158)	72	(46-98)
<b>Yukon</b>		<b>120</b>	<b>(62-177)</b>	<b>62</b>	<b>(26-99)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>94</b>	<b>(45-144)</b>	<b>88</b>	<b>(43-132)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>0</b>	<b>(0-0)</b>	<b>54</b>	<b>(19-152)</b>
<b>Canada</b>		<b>92</b>	<b>(91-94)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>90</b>	<b>(89-92)</b>	<b>75</b>	<b>(74-76)</b>

### Pontage aortocoronarien par greffe

Taux de pontages aortocoronariens pratiqués sur des patients hospitalisés en soins de courte durée par 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Comme pour les autres types d'interventions chirurgicales, la variation des taux de pontages aortocoronariens peut être attribuable à de nombreux facteurs, notamment les différences démographiques et dans l'état de santé, le profil de pratique des médecins et la disponibilité des services. Dans les cas qui se prêtent au traitement par des interventions moins invasives, on peut avoir recours à l'intervention coronarienne percutanée (ICP), une autre intervention destinée à améliorer le débit sanguin vers le muscle du cœur. La variation de la prévalence de cette intervention peut entraîner des écarts dans les taux de pontages aortocoronariens.

**Remarques :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication. Les interventions cardiaques concernant les résidents de la zone 4 du Nouveau-Brunswick ont été pratiquées pour la plupart au Québec; les taux ont été supprimés en raison de différences dans la méthode de collecte des données et de l'inaccessibilité des données du Québec.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Code de carte	Région sanitaire	Revascularisation cardiaque			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>*279</b>	<b>(263-294)</b>	<b>247</b>	<b>(233-261)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	*305	(283-327)	263	(244-283)
1012	Central, T.-N.-L.	257	(225-289)	259	(228-290)
1013	Western, T.-N.-L.	*197	(166-228)	182	(153-210)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>*205</b>	<b>(179-231)</b>	<b>212</b>	<b>(187-237)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>261</b>	<b>(250-272)</b>	<b>236</b>	<b>(226-246)</b>
1211	South Shore, N.-É.	255	(216-294)	226	(191-262)
1212	South West Nova, N.-É.	242	(202-282)	229	(192-267)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	*207	(175-239)	196	(165-226)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	273	(232-313)	260	(222-298)
1218	Cape Breton, N.-É.	*316	(285-347)	273	(244-301)
1219	Capital, N.-É.	275	(256-294)	236	(220-253)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>264</b>	<b>(252-277)</b>	<b>273</b>	<b>(261-285)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	*223	(200-245)	260	(237-284)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	*340	(310-370)	306	(279-333)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	243	(218-269)	283	(256-310)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	224	(190-258)	254	(220-289)
<b>Québec</b>		<b>*294</b>	<b>(290-299)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	280	(256-303)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*284	(263-304)	..	.. ..
2403	Capitale nationale	*325	(310-339)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*304	(288-320)	..	.. ..
2405	Estrie	*358	(335-380)	..	.. ..
2406	Montréal	*271	(263-279)	..	.. ..
2407	Outaouais	*182	(165-198)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	261	(232-289)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*348	(307-389)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*419	(379-459)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*307	(289-325)	..	.. ..
2413	Laval	268	(250-286)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*353	(333-373)	..	.. ..
2415	Laurentides	*287	(271-303)	..	.. ..
2416	Montérégie	*309	(299-320)	..	.. ..
<b>Ontario</b>		<b>*234</b>	<b>(231-237)</b>	<b>234</b>	<b>(231-237)</b>
3501	Érie St-Clair	*190	(178-201)	206	(194-218)
3502	Sud-Ouest	*185	(175-194)	182	(173-191)
3503	Waterloo Wellington	*198	(186-210)	180	(168-191)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	252	(243-261)	265	(256-274)
3505	Centre-Ouest	*241	(227-256)	258	(245-271)
3506	Mississauga Halton	264	(252-276)	221	(211-231)
3507	Toronto-Centre	*169	(161-178)	182	(174-191)
3508	Centre	*225	(216-234)	208	(200-216)
3509	Centre-Est	*242	(233-251)	248	(240-257)
3510	Sud-Est	*317	(301-333)	319	(303-334)
3511	Champlain	*243	(233-253)	260	(250-269)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*237	(221-253)	270	(254-286)
3513	Nord-Est	*274	(260-288)	276	(262-290)
3514	Nord-Ouest	*287	(263-310)	288	(265-312)
<b>Manitoba</b>		<b>*229</b>	<b>(220-239)</b>	<b>215</b>	<b>(206-224)</b>
4610	Winnipeg	*234	(221-247)	210	(198-222)
4625	Sud-Est	*203	(159-248)	239	(194-284)
4630	Entre-les-lacs	*209	(175-243)	204	(172-236)
4640	Centre	*199	(168-231)	233	(200-267)
4645	Assiniboine	*153	(124-183)	216	(181-251)

Code de carte	Région sanitaire	Revascularisation cardiaque			
		2003-2004		2007-2008	
		Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>*269</b>	<b>(258-281)</b>	<b>286</b>	<b>(275-298)</b>
4701	Sun Country	224	(183-265)	250	(206-295)
4702	Five Hills	240	(198-282)	267	(222-312)
4704	Regina	281	(258-305)	299	(275-323)
4705	Sunrise	236	(197-275)	191	(154-227)
4706	Saskatoon	*302	(279-325)	299	(277-321)
4709	Prince Albert	264	(224-304)	373	(326-420)
4710	Prairie North	260	(215-305)	309	(261-358)
<b>Alberta</b>		<b>*280</b>	<b>(273-287)</b>	<b>224</b>	<b>(218-230)</b>
4821	Chinook	*220	(193-247)	197	(173-221)
4822	Palliser	*205	(173-236)	235	(202-267)
4823	Calgary	*246	(234-257)	203	(194-213)
4824	David Thompson	258	(237-280)	217	(199-236)
4825	East Central	277	(244-310)	214	(186-242)
4826	Capital	*299	(286-311)	234	(223-244)
4827	Aspen	*358	(325-390)	270	(243-297)
4828	Peace Country	*454	(407-501)	268	(233-302)
4829	Northern Lights	290	(227-353)	245	(185-306)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>*245</b>	<b>(240-250)</b>	<b>232</b>	<b>(227-237)</b>
5911	East Kootenay	232	(197-266)	196	(165-227)
5912	Kootenay Boundary	*202	(171-234)	181	(153-209)
5913	Okanagan	*203	(187-218)	188	(174-201)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*203	(183-222)	201	(183-220)
5921	Fraser East	*288	(265-311)	304	(282-326)
5922	Fraser North	267	(251-283)	261	(246-276)
5923	Fraser South	*277	(263-292)	298	(284-313)
5931	Richmond	*181	(158-203)	190	(169-212)
5932	Vancouver	*188	(176-201)	167	(155-178)
5933	North Shore	*214	(196-233)	210	(192-227)
5941	South Vancouver Island	261	(243-278)	235	(219-251)
5942	Central Vancouver Island	*323	(300-345)	258	(240-276)
5943	North Vancouver Island	*316	(281-350)	221	(195-248)
5951	Northwest	301	(254-348)	250	(209-290)
5952	Northern Interior	255	(224-286)	278	(247-309)
5953	Northeast	*323	(265-381)	250	(202-297)
<b>Yukon</b>		<b>328</b>	<b>(241-416)</b>	<b>214</b>	<b>(151-276)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>*347</b>	<b>(259-435)</b>	<b>280</b>	<b>(204-357)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>*98</b>	<b>(30-165)</b>	<b>163</b>	<b>(80-246)</b>
<b>Canada</b>		<b>258</b>	<b>(256-260)</b>	<b>..</b>	<b>.. ..</b>
<b>Canada sans les données du Québec</b>		<b>246</b>	<b>(243-248)</b>	<b>235</b>	<b>(233-237)</b>

### Revascularisation cardiaque

Taux de pontages aortocoronariens pratiqués sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée ou d'interventions coronariennes percutanées (ICP) pratiquées sur des patients dans un hôpital de soins de courte durée, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme, par 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Le choix de la méthode de revascularisation (c.-à-d. ICP ou pontage aortocoronarien) dépend de nombreux facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, les préférences du médecin, la disponibilité des services, les pratiques d'orientation des patients et les différences dans l'état de santé et le statut socioéconomique de la population. Le taux combiné de revascularisations cardiaques représente le total des activités liées à la revascularisation cardiaque dans une province ou un territoire.

**Remarques :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication. Les interventions cardiaques concernant les résidents de la zone 4 du Nouveau-Brunswick ont été pratiquées pour la plupart au Québec; les taux ont été supprimés en raison de différences dans la méthode de collecte des données et de l'inaccessibilité des données du Québec.

**Sources :** Base de données sur la morbidité hospitalière, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Ratio d'entrées et de sorties, 2007-2008					
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	Pontage aortocoronarien
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		..	..	..	..	..	..
1011	Eastern, T.-N.-L.	1,13	1,11	1,08	1,09	1,51	1,92
1012	Central, T.-N.-L.	0,85	0,85	0,94	0,86	0,00	0,00
1013	Western, T.-N.-L.	0,93	0,94	0,94	1,03	0,00	0,00
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>0,92</b>	<b>0,93</b>	<b>0,97</b>	<b>0,96</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		..	..	..	..	..	..
1211	South Shore, N.-É.	0,65	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00
1212	South West Nova, N.-É.	0,72	0,00	0,00	0,71	0,00	0,00
1213	Annapolis Valley, N.-É.	1,01	2,33	2,33	1,27	0,00	0,00
1214	Colchester East Hants, N.-É.	0,54	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00
1218	Cape Breton, N.-É.	0,92	1,03	1,09	0,75	0,00	0,00
1219	Capital, N.-É.	1,45	1,34	1,28	1,29	2,90	3,16
<b>Nouveau-Brunswick</b>		..	..	..	..	..	..
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	1,10	1,32	1,18	1,20	0,00	0,00
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	1,16	0,99	1,01	0,96	3,85	4,33
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	0,92	1,05	1,10	0,92	0,00	0,00
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	0,94	1,04	0,73	0,90	0,00	0,00
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	0,95	0,98	0,91	0,94	0,00	0,00
<b>Québec</b>		..	..	..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	..	..	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	..	..	..	..	..
2403	Capitale nationale	..	..	..	..	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	..	..	..	..
2405	Estrie	..	..	..	..	..	..
2406	Montréal	..	..	..	..	..	..
2407	Outaouais	..	..	..	..	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	..	..	..	..
2409	Côte-Nord	..	..	..	..	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	..	..	..	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	..	..	..	..
2413	Laval	..	..	..	..	..	..
2414	Lanaudière	..	..	..	..	..	..
2415	Laurentides	..	..	..	..	..	..
2416	Montérégie	..	..	..	..	..	..
<b>Ontario</b>		..	..	..	..	..	..
3501	Érie St-Clair	0,89	0,89	0,92	0,87	0,26	0,00
3502	Sud-Ouest	1,08	0,95	0,93	1,11	1,23	1,53
3503	Waterloo Wellington	0,91	1,00	1,03	0,90	1,46	1,47
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,00	0,99	0,97	1,04	0,96	1,00
3505	Centre-Ouest	0,72	0,71	0,72	0,59	0,00	0,00
3506	Mississauga Halton	0,96	0,84	0,93	0,83	1,26	1,37
3507	Toronto-Centre	1,84	2,32	2,23	2,43	3,33	5,20
3508	Centre	0,93	0,88	1,00	0,90	0,88	0,82
3509	Centre-Est	0,84	0,78	0,88	0,80	0,47	0,00
3510	Sud-Est	0,96	1,07	1,05	0,99	1,01	1,00
3511	Champlain	1,10	1,00	0,98	1,11	1,19	1,39
3512	Simcoe-Nord Muskoka	0,89	0,74	0,73	0,96	0,00	0,00
3513	Nord-Est	0,95	0,63	0,69	0,92	0,97	0,88
3514	Nord-Ouest	0,91	0,90	0,94	0,85	0,00	0,00
<b>Manitoba</b>		..	..	..	..	..	..
4610	Winnipeg	1,40	1,72	1,57	1,52	1,86	1,99
4625	Sud-Est	0,61	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00
4630	Entre-les-lacs	0,54	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00
4640	Centre	0,75	1,20	0,64	0,15	0,00	0,00
4645	Assiniboine	0,60	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00

Code de carte	Région sanitaire	Ratio d'entrées et de sorties, 2007-2008					
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	Pontage aortocoronarien
<b>Saskatchewan</b>		..	..	..	..	..	..
4701	Sun Country	0,61	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00
4702	Five Hills	0,84	0,47	0,31	0,84	0,00	0,00
4704	Regina	1,15	1,40	1,42	1,16	1,73	1,99
4705	Sunrise	0,96	0,00	0,00	1,54	0,00	0,00
4706	Saskatoon	1,37	2,01	2,15	1,57	1,90	1,69
4709	Prince Albert	0,76	0,45	0,44	0,49	0,00	0,00
4710	Prairie North	1,02	0,00	0,00	1,26	0,00	0,00
<b>Alberta</b>		..	..	..	..	..	..
4821	Chinook	0,93	0,84	1,07	1,12	0,00	0,00
4822	Palliser	0,92	0,92	1,04	0,69	0,00	0,00
4823	Calgary	1,08	1,16	1,07	1,05	1,52	1,51
4824	David Thompson	0,88	0,65	0,70	0,76	0,00	0,00
4825	East Central	0,64	0,72	0,56	0,46	0,00	0,00
4826	Capital	1,25	1,31	1,33	1,24	1,76	1,79
4827	Aspen	0,72	0,35	0,53	0,44	0,00	0,00
4828	Peace Country	0,89	0,88	0,77	0,88	0,00	0,00
4829	Northern Lights	0,88	0,00	0,00	0,92	0,00	0,00
<b>Colombie-Britannique</b>		..	..	..	..	..	..
5911	East Kootenay	0,84	0,68	0,74	0,79	0,00	0,00
5912	Kootenay Boundary	0,85	0,66	0,87	0,78	0,00	0,00
5913	Okanagan	1,03	0,92	1,00	1,09	0,00	0,00
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	0,92	0,51	0,50	0,98	0,00	0,00
5921	Fraser East	0,86	0,77	0,85	0,92	0,00	0,00
5922	Fraser North	1,03	0,71	0,96	0,87	2,27	1,94
5923	Fraser South	0,79	0,52	0,59	0,68	0,00	0,00
5931	Richmond	0,91	2,23	2,12	0,90	0,00	0,00
5932	Vancouver	1,69	3,66	2,99	2,26	5,11	5,79
5933	North Shore	0,87	0,74	0,94	0,79	0,00	0,00
5941	South Vancouver Island	1,16	0,88	0,90	1,08	2,35	2,57
5942	Central Vancouver Island	0,85	0,73	0,76	0,89	0,00	0,00
5943	North Vancouver Island	0,85	1,03	0,96	0,95	0,00	0,00
5951	Northwest	0,87	0,41	0,66	0,99	0,00	0,00
5952	Northern Interior	0,88	0,71	0,79	0,68	0,00	0,00
5953	Northeast	0,88	0,89	1,19	0,91	0,00	0,00
<b>Yukon</b>		<b>0,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,43</b>	<b>0,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>0,97</b>	<b>1,00</b>	<b>0,93</b>	<b>0,92</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Nunavut</b>		<b>0,43</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,20</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Canada</b>		..	..	..	..	..	..

### Ratio d'entrées et de sorties

Ratio du nombre de sorties des établissements pertinents (soins de courte durée et chirurgies d'un jour) dans une région donnée par rapport au nombre de sorties de résidents de la région en question. Un ratio global est calculé pour les sorties des soins de courte durée seulement associées à tout diagnostic ou toute intervention, et séparément pour les arthroplasties de la hanche, les arthroplasties du genou, les hystérectomies, les interventions coronariennes percutanées et les pontages aortocoronariens dans tous les établissements pertinents. Un ratio inférieur à 1 indique que l'utilisation des soins de santé par les résidents d'une région dépasse l'offre de soins dans cette région, ce qui laisse supposer un effet de sorties. Un ratio supérieur à 1 indique que l'offre de soins dans une région dépasse la demande, ce qui laisse supposer un effet d'entrées. Un ratio équivalent à 1 indique que les soins dispensés dans une région sont du même ordre que le recours à ces soins, ce qui laisse supposer que l'activité d'entrées et de sorties, si elle existe, est équilibrée. Un ratio équivalent à zéro indique qu'aucun établissement de la région n'a dispensé le service et que les résidents ont reçu les soins à l'extérieur de leur région.

**Remarque :** Comme les données du Québec pour 2007-2008 n'étaient pas disponibles, elles ne figurent pas dans la présente publication.

**Sources :** Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness.

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens/médecins de famille 2007		Médecins spécialistes 2007	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>107</b>	<b>(98-116)</b>	<b>100</b>	<b>(91-108)</b>
1011	Eastern, T.-N.-L.	114	(101-126)	129	(116-142)
1012	Central, T.-N.-L.	90	(71-109)	58	(43-74)
1013	Western, T.-N.-L.	106	(83-128)	70	(51-88)
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>99</b>	<b>(82-115)</b>	<b>58</b>	<b>(46-71)</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>116</b>	<b>(109-123)</b>	<b>113</b>	<b>(106-120)</b>
1211	South Shore, N.-É.	117	(90-144)	59	(39-78)
1212	South West Nova, N.-É.	86	(63-109)	36	(21-51)
1213	Annapolis Valley, N.-É.	97	(76-118)	76	(58-95)
1214	Colchester East Hants, N.-É.	99	(76-122)	39	(24-53)
1218	Cape Breton, N.-É.	102	(84-120)	80	(64-95)
1219	Capital, N.-É.	137	(126-148)	179	(166-192)
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>99</b>	<b>(92-106)</b>	<b>86</b>	<b>(80-93)</b>
1301	Zone 1, N.-B. (région de Moncton)	108	(94-123)	106	(91-120)
1302	Zone 2, N.-B. (région de Saint John)	98	(84-113)	103	(88-118)
1303	Zone 3, N.-B. (région de Fredericton)	91	(77-105)	64	(52-76)
1304	Zone 4, N.-B. (région de Edmundston)	99	(71-126)	81	(56-106)
1306	Zone 6, N.-B. (région de Bathurst)	98	(76-119)	73	(54-91)
<b>Québec</b>		<b>111</b>	<b>(109-114)</b>	<b>106</b>	<b>(104-109)</b>
2401	Bas-Saint-Laurent	132	(117-148)	91	(78-104)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	109	(97-122)	77	(67-88)
2403	Capitale nationale	151	(141-160)	171	(161-181)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	93	(85-102)	71	(64-79)
2405	Estrie	135	(122-148)	122	(110-135)
2406	Montréal	126	(121-131)	198	(192-205)
2407	Outaouais	95	(85-106)	51	(43-58)
2408	Abitibi-Témiscamingue	134	(115-152)	70	(56-83)
2409	Côte-Nord	136	(113-159)	57	(42-73)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	174	(147-200)	69	(52-86)
2412	Chaudière-Appalaches	100	(91-110)	64	(56-72)
2413	Laval	87	(77-96)	68	(59-76)
2414	Lanaudière	84	(75-93)	50	(44-57)
2415	Laurentides	91	(83-99)	45	(39-50)
2416	Montérégie	93	(88-98)	60	(56-64)
<b>Ontario</b>		<b>85</b>	<b>(83-87)</b>	<b>92</b>	<b>(90-93)</b>
3501	Érié St-Clair	61	(55-68)	52	(46-57)
3502	Sud-Ouest	82	(76-88)	102	(96-109)
3503	Waterloo Wellington	77	(71-83)	57	(52-63)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	76	(71-80)	91	(86-96)
3505	Centre-Ouest	57	(52-63)	40	(36-44)
3506	Mississauga Halton	69	(65-74)	55	(51-60)
3507	Toronto-Centre	142	(136-149)	277	(267-286)
3508	Centre	81	(76-85)	66	(62-70)
3509	Centre-Est	66	(62-70)	54	(50-58)
3510	Sud-Est	98	(89-107)	101	(92-110)
3511	Champlain	110	(104-116)	126	(120-133)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	84	(76-93)	52	(45-59)
3513	Nord-Est	89	(81-96)	60	(54-67)
3514	Nord-Ouest	105	(92-118)	59	(49-68)
<b>Manitoba</b>		<b>92</b>	<b>(87-98)</b>	<b>86</b>	<b>(81-91)</b>
4610	Winnipeg	98	(90-105)	141	(132-150)
4625	Sud-Est	62	(43-81)	*	**
4630	Entre-les-lacs	72	(54-91)	14	(6-22)
4640	Centre	88	(70-106)	14	(7-22)
4645	Assiniboine	77	(56-97)	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens/médecins de famille 2007		Médecins spécialistes 2007	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
<b>Saskatchewan</b>		<b>93</b>	<b>(87-99)</b>	<b>72</b>	<b>(67-78)</b>
4701	Sun Country	64	(42-85)	*	* *
4702	Five Hills	82	(57-106)	32	(17-48)
4704	Regina	104	(91-117)	85	(73-97)
4705	Sunrise	53	(34-72)	22	(9-34)
4706	Saskatoon	113	(101-125)	144	(130-157)
4709	Prince Albert	117	(92-141)	43	(28-58)
4710	Prairie North	79	(58-100)	23	(12-35)
<b>Alberta</b>		<b>108</b>	<b>(105-112)</b>	<b>90</b>	<b>(87-93)</b>
4821	Chinook	101	(86-117)	54	(43-65)
4822	Palliser	86	(69-104)	43	(31-55)
4823	Calgary	116	(110-122)	113	(107-118)
4824	David Thompson	91	(80-101)	33	(27-39)
4825	East Central	85	(68-101)	11	(5-17)
4826	Capital	119	(112-125)	128	(121-134)
4827	Aspen	92	(78-105)	5	(2-9)
4828	Peace Country	78	(64-93)	27	(18-35)
4829	Northern Lights	71	(52-90)	15	(7-24)
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>109</b>	<b>(106-112)</b>	<b>91</b>	<b>(88-94)</b>
5911	East Kootenay	139	(113-165)	30	(18-43)
5912	Kootenay Boundary	144	(117-170)	55	(39-71)
5913	Okanagan	104	(93-114)	85	(75-95)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	96	(83-109)	53	(43-62)
5921	Fraser East	81	(70-92)	40	(33-48)
5922	Fraser North	83	(75-90)	72	(65-79)
5923	Fraser South	73	(67-80)	47	(41-52)
5931	Richmond	83	(70-96)	61	(49-72)
5932	Vancouver	156	(146-165)	257	(244-269)
5933	North Shore	118	(105-131)	61	(52-70)
5941	South Vancouver Island	146	(134-159)	121	(110-132)
5942	Central Vancouver Island	108	(95-120)	60	(51-70)
5943	North Vancouver Island	128	(108-148)	60	(46-73)
5951	Northwest	131	(106-157)	25	(14-36)
5952	Northern Interior	121	(103-138)	52	(41-64)
5953	Northeast	91	(68-113)	9	(2-16)
<b>Yukon</b>		<b>207</b>	<b>(156-257)</b>	<b>26</b>	<b>(8-44)</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>84</b>	<b>(57-112)</b>	<b>30</b>	<b>(14-47)</b>
<b>Nunavut</b>		<b>26</b>	<b>(8-44)</b>	<b>*</b>	<b>* *</b>
<b>Canada</b>		<b>99</b>	<b>(98-100)</b>	<b>94</b>	<b>(93-95)</b>

### Médecins

Nombre de médecins par 100 000 habitants. Ce nombre comprend tous les médecins actifs au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins de pratique clinique et non clinique. Les données excluent les résidents et les médecins non agréés ayant demandé que leur information reste confidentielle. En général, les médecins spécialistes comprennent ceux qui sont agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et/ou le Collège des médecins du Québec (CMQ), à l'exception de la Saskatchewan, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Yukon, où les spécialistes comprennent également les médecins titulaires d'un permis d'exercice de spécialiste, mais qui ne sont pas autorisés par le CRMCC ni le CMQ (c.-à-d. les spécialistes non agréés). Dans le cas des autres provinces et territoires, les spécialistes non agréés sont recensés en tant qu'omnipraticiens. À l'exception des critères précités, tous les autres médecins sont recensés en tant que médecins de famille, y compris les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada. Vous trouverez plus d'information méthodologique en consultant le rapport *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* et le bulletin *Spécialistes agréés et non agréés : comprendre les chiffres* ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)).

Les taux de médecins par habitant s'avèrent des indicateurs utiles et sont publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines de la santé. Cependant, en raison de différences dans la méthode de collecte, de traitement et de déclaration des données, les résultats de l'ICIS peuvent varier par rapport aux données provinciales et territoriales. Les lecteurs devraient par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement.

**Source :** Base de données médicales Scott's, Institut canadien d'information sur la santé.

Professionnels de la santé <sup>†</sup> , 2007											
	Infirmières		Pharmaciens	Dentistes	Hygiénistes dentaires	Diététistes	Ergo- thérapeutes	Physio- thérapeutes	Chiropraticiens	Optométristes	Psychologues
	IA	IAA									
T.-N.-L.	1 097	511	117	33	21	29	28	38	10	10	..
Î.-P.-É.	1 032	448	111	46	50	40	28	36	6	13	19
N.-É.	945	338	107	54	57	51	35	64	11	10	49
N.-B.	1 028	364	89	38	44	44	36	58	8	14	43
Qc	840	226	90	54	61	31	49	47	15	16	104
Ont.	707	203	76	63	75	22	32	47	29	12	24
Man.	907	224	101	50	51	34	39	56	21	10	17
Sask.	861	237	113	38	38	27	21	52	17	12	44
Alb.	787	171	98	55	58	26	41	53	26	13	66
C.-B.	681	131	78	66	57	22	34	54	23	11	24
Yn	1 030	189	70 }	112	61	23 }	26	96	22	16	..
T.N.-O.	1 421 }	207		106	45		21	..	..	0	193
Nun.		..	55	167	6	6	..	..	..	58	
<b>Canada</b>	<b>778</b>	<b>210</b>	<b>86</b>	<b>58</b>	<b>63</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>49</b>

† Taux par 100 000 habitants

Dépenses totales de santé								
	Dollars courants (en millions)				% PIB		% secteur public	
	Réelles 1997	Réelles 2006	Prévisionnelles 2007	Prévisionnelles 2008	1997	2006	1997	2006
T.-N.-L.	1 305	2 335	2 501	2 728	12,4	9,1	78,2	76,5
Î.-P.-É.	340	614	665	721	12,2	14,3	67,6	71,0
N.-É.	2 364	4 493	4 805	5 102	11,6	14,0	70,6	70,8
N.-B.	1 857	3 576	3 778	3 963	11,0	14,1	70,3	70,8
Qc	18 017	31 762	33 900	36 021	9,6	11,2	72,4	71,5
Ont.	30 795	59 986	63 910	67 679	8,6	10,8	66,5	67,1
Man.	3 101	5 874	6 195	6 626	10,4	13,1	72,6	75,2
Sask.	2 656	4 739	5 092	5 365	9,1	10,3	74,4	76,0
Alb.	7 082	17 024	18 604	20 133	6,6	7,1	69,8	71,5
C.-B.	10 832	19 963	21 151	22 554	9,5	11,1	73,3	69,8
Yn	103	218	234	244	9,3	14,0	83,2	81,9
T.N.-O.	307	359	392	417	11,4	8,7	91,4	83,7
Nun.	..	336	351	356	..	28,4	..	94,8
<b>Canada</b>	<b>78 759</b>	<b>151 279</b>	<b>161 576</b>	<b>171 909</b>	<b>8,9</b>	<b>10,5</b>	<b>70,1</b>	<b>69,9</b>

Dépenses totales de santé par affectation de fonds (répartition en millions de dollars exprimé en %)										
	1997					2006				
	Services institutionnels	Services professionnels	Médicaments	Santé publique	Immobilisation et autres dépenses de santé	Services institutionnels	Services professionnels	Médicaments	Santé publique	Immobilisation et autres dépenses de santé
T.-N.-L.	56,1	18,7	14,3	4,0	6,9	52,9	18,9	16,4	3,9	7,9
Î.-P.-É.	50,4	20,1	15,7	3,8	10,0	44,4	19,6	16,9	4,8	14,3
N.-É.	52,0	21,7	15,4	2,6	8,3	45,3	22,1	17,9	3,1	11,6
N.-B.	49,1	21,3	15,9	3,3	10,4	43,7	20,1	17,1	3,2	15,9
Qc	46,9	23,9	15,1	3,5	10,6	42,0	20,9	19,9	4,0	13,2
Ont.	38,6	29,2	15,9	4,4	11,9	36,8	25,3	17,3	6,7	13,9
Man.	46,4	22,6	12,4	5,3	13,3	43,0	21,2	14,1	6,2	15,5
Sask.	39,9	23,1	13,5	6,7	16,8	40,5	22,3	14,3	9,0	13,9
Alb.	40,4	26,3	13,6	6,5	13,2	36,3	24,4	13,7	9,2	16,4
C.-B.	41,6	29,3	11,5	4,6	13,0	34,8	27,8	14,3	5,8	17,3
Yn	36,9	20,9	10,4	16,0	15,8	39,6	16,5	10,2	15,3	18,4
T.N.-O.	45,2	13,0	6,6	9,8	25,4	50,7	17,2	6,1	7,0	19,0
Nun.	..	..	..	..	..	41,5	13,6	5,5	9,0	30,4
<b>Canada</b>	<b>42,4</b>	<b>26,6</b>	<b>14,6</b>	<b>4,5</b>	<b>11,9</b>	<b>38,7</b>	<b>23,9</b>	<b>16,7</b>	<b>6,1</b>	<b>14,6</b>

### Professionnels de la santé

Nombre de professionnels de la santé (certaines professions de la santé) par 100 000 habitants.

Les **infirmières autorisées** (IA), les **infirmières auxiliaires autorisées** (IAA), les **pharmaciens** (à l'exception du Québec, du Manitoba et du Nunavut), les **physiothérapeutes** (à l'exception de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et du Nunavut) et les **ergothérapeutes** (à l'exception du Québec) : Les taux visent les professionnels de la santé autorisés, actifs et en exercice qui pratiquent ces professions. En ce qui concerne les autres professionnels de la santé, les données visent le personnel quel que soit la situation d'emploi et portent sur le nombre de **dentistes** autorisés et actifs, d'**hygiénistes dentaires** autorisés, de **diététistes** autorisés, de **chiropraticiens** autorisés, d'**optométristes** autorisés et actifs et de **psychologues** autorisés et actifs.

**Remarques** : Il se peut que les données sur les ergothérapeutes au Québec portent sur différentes catégories de membres pour les personnes inscrites en raison de différences dans la collecte des données. Les données sur les IA des territoires et sur les physiothérapeutes du Yukon comprennent les inscriptions secondaires. Les taux de professionnels par habitant sont révisés chaque année à l'aide des dernières estimations démographiques de Statistique Canada et peuvent donc différer légèrement des données publiées auparavant. Les taux peuvent être différents de ceux publiés par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation en raison des méthodes de collecte, de traitement et de déclaration de l'ICIS. Vous trouverez des notes méthodologiques détaillées et de plus amples renseignements sur les problèmes de qualité des données et sur chaque profession dans le rapport *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 — guide de référence* ainsi que le *Rapport technique de la Base de données sur le personnel de santé*.

**Sources** : Base de données sur le personnel de santé, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations démographiques trimestrielles, n° 91-002-X au catalogue, Statistique Canada.

### Dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé comprennent tout type de dépense dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé ou d'en prévenir la détérioration. Elles sont présentées en dollars courants et en proportion du produit intérieur brut (PIB). Cette définition permet de mesurer l'activité économique selon son objectif principal et selon ses effets secondaires. Les activités poursuivies essentiellement pour dispenser des soins ou maintenir l'état de santé sont incluses, alors que d'autres activités sont exclues, même si elles peuvent avoir un effet sur la santé. Par exemple, un financement établi en fonction des politiques de soutien du logement et du revenu à des fins d'aide sociale avant tout n'est pas considéré comme une dépense de santé, quoiqu'il soit reconnu comme un facteur déterminant de la santé de la population.

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

### Proportion du secteur public

Dépenses de santé du secteur public en tant que proportion des dépenses totales de santé, soit les dépenses de santé des gouvernements et de leurs organismes.

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

### Dépenses totales de santé par affectation de fonds

Répartition en pourcentage des dépenses totales de santé par catégorie de dépenses de santé. La catégorie des **services en établissement** comprend les hôpitaux et les établissements de soins en hébergement approuvés, financés ou exploités par les gouvernements provinciaux et territoriaux. La catégorie des **services professionnels** comprend les honoraires professionnels principaux versés aux médecins en exercice privé ainsi que les honoraires des dentistes, des denturologistes, des chiropraticiens et des autres professionnels de la santé en exercice privé. Cette catégorie n'inclut pas la rémunération des professionnels de la santé à même le budget de l'hôpital ou de l'organisme de santé du secteur public et concerne généralement les sommes qui passent par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. La catégorie des **médicaments** comprend les dépenses en médicaments prescrits et en produits non prescrits achetés au détail. Elle exclut les médicaments fournis à l'hôpital et dans d'autres établissements. La catégorie de la **santé publique** inclut les dépenses effectuées par les gouvernements et leurs organismes. Elle comprend les dépenses engagées pour la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures pour prévenir la propagation des maladies transmissibles ainsi que d'autres activités connexes. La catégorie des **immobilisations et autres dépenses de santé** comprend les dépenses ayant trait à la construction, à la machinerie, à l'équipement et à certains logiciels pour les hôpitaux, les cliniques, les postes de premiers soins et les établissements de soins en hébergement (immobilisations); le coût de la prestation de programmes d'assurance-maladie par les gouvernements ou par les compagnies d'assurance-maladie privées, ainsi que le coût intégral de l'infrastructure nécessaire au fonctionnement des ministères de la Santé (dépenses d'administration); les autres dépenses de santé comprennent au niveau agrégé les dépenses liées aux services à domicile, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, à la recherche en matière de santé et aux soins de santé divers.

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

## Remarques générales

- La méthodologie ayant servi à l'élaboration de ces indicateurs vise à optimiser la comparabilité des données entre régions, provinces et territoires, étant donné les caractéristiques des fichiers de données nationaux disponibles. Ainsi, des différences peuvent être relevées entre les définitions, les sources de données et les procédures d'extraction figurant dans certains rapports à l'échelle locale, régionale ou provinciale/territoriale lorsqu'elles font l'objet de comparaison à celles décrites dans le présent document. De plus, des divergences peuvent avoir lieu en raison des mises à jour constantes des bases de données. Les données présentées sont fondées sur les dernières mises à jour disponibles au moment de la parution du rapport.
- Les gouvernements provinciaux définissent les régions sanitaires comme des secteurs de responsabilité des conseils régionaux de santé (c.-à-d. constitués par une loi) ou comme des régions présentant un intérêt pour les autorités sanitaires. On détermine la région sanitaire du patient en associant les codes postaux d'abord aux régions géographiques de recensement à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux (mars 2008) de Statistique Canada, puis aux régions sanitaires délimitées dans le rapport de Statistique Canada intitulé *Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement*. Les démarcations sont celles qui étaient en vigueur au mois de décembre 2007.
- Les données portent uniquement sur les régions comptant au moins 50 000 habitants. Ce seuil permet une plus grande stabilité des taux et réduit le risque de suppression lié aux questions de respect de la confidentialité et de la vie privée.
- Les enregistrements dont les codes postaux sont non valides, manquants ou partiellement inscrits ne peuvent pas être associés à une région sanitaire et, par conséquent, ils ne sont pas compris dans les taux régionaux. Cependant, ils sont compris dans les taux provinciaux lorsque cela est possible. Les résidents non canadiens sont exclus des taux du Canada; ils sont identifiés à l'aide du code postal abrégé d'un des États américains ou d'une valeur de code postal désignant les résidents étrangers.
- À l'exception du taux de fractures de la hanche à l'hôpital, les données sont présentées en fonction de la région de résidence du patient et non de celle de l'hospitalisation. Le taux de fractures de la hanche à l'hôpital permet de mesurer la sécurité des patients dans un hôpital. Donc, cet indicateur est déclaré selon la province ou le territoire où le patient est hospitalisé et non selon sa province ou son territoire de résidence.
- Sauf avis contraire, les hospitalisations englobent les congés et les décès des patients dans des établissements de soins de courte durée pour la période de référence. Les cas de chirurgie d'un jour (patients externes) sont inclus dans plusieurs indicateurs. Les patients admis à un hôpital autre que de soins de courte durée (p. ex. un établissement de soins chroniques, psychiatriques ou de réadaptation) ne sont pas pris en compte dans les totaux.
- Dans le cas des indicateurs dérivés d'une intervention (p. ex. une arthroplastie de la hanche ou du genou, une intervention coronarienne percutanée et un pontage aortocoronarien), les taux sont fondés sur le nombre total de sorties plutôt que sur le nombre total d'interventions. Par exemple, une arthroplastie bilatérale des genoux effectuée au cours d'une même hospitalisation est considérée comme une seule intervention. Les indicateurs dérivés d'une intervention comprennent les sorties des hôpitaux de soins de courte durée ainsi que des unités de chirurgie d'un jour, le cas échéant.

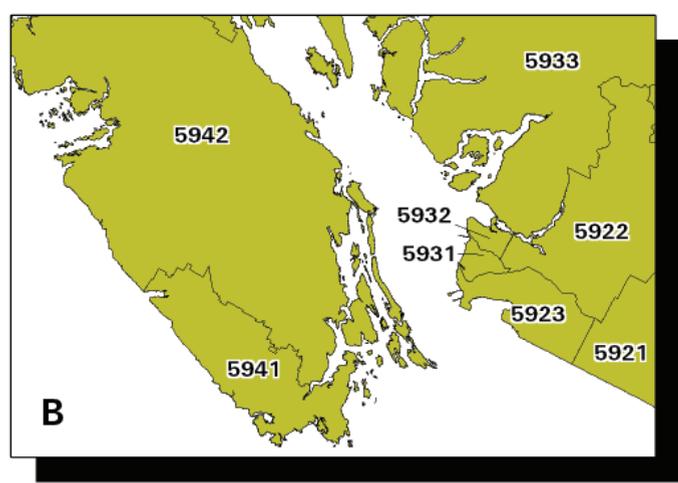
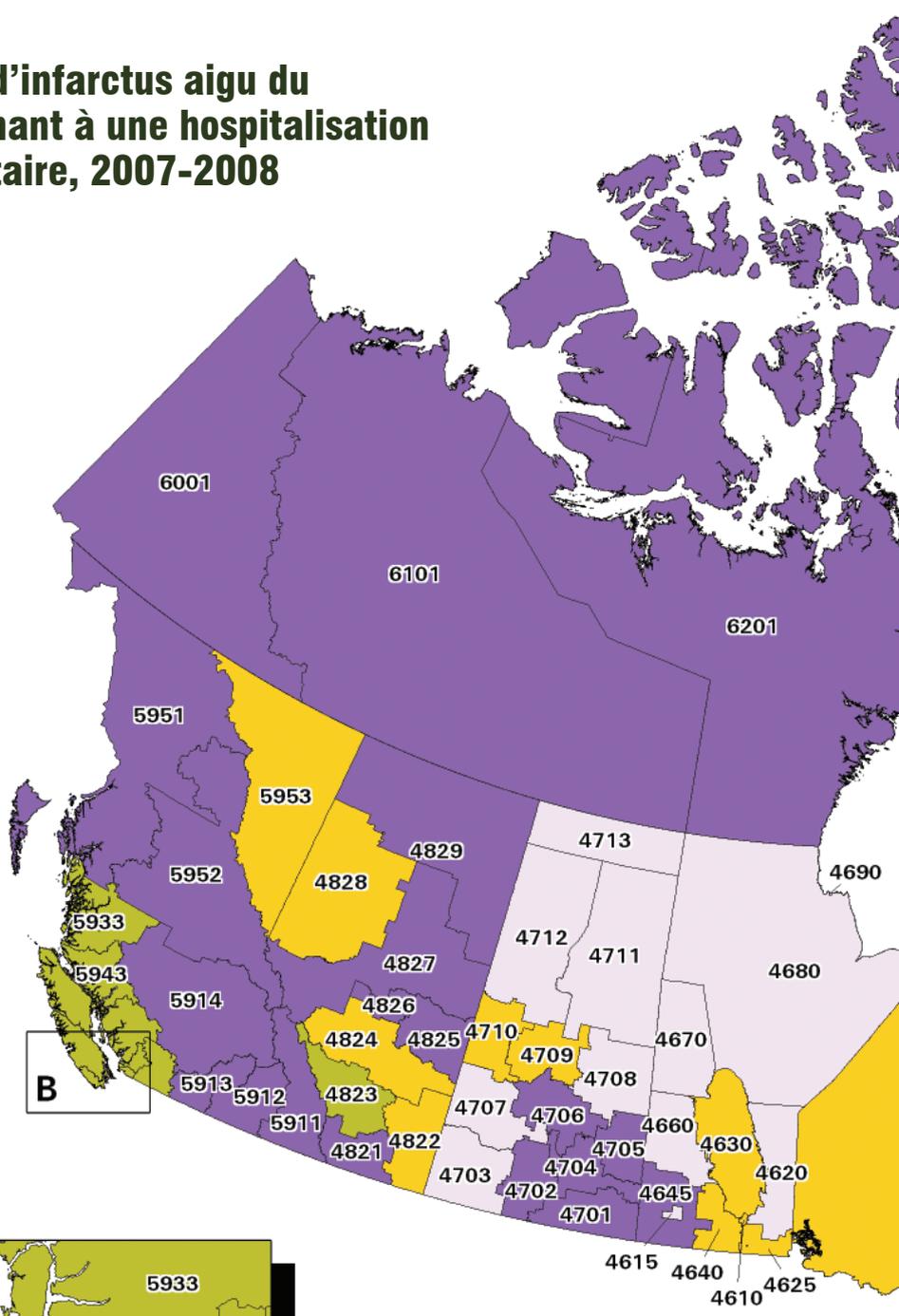
- Les données du Québec pour 2006-2007 et 2007-2008 n'étaient pas disponibles au moment de publier le présent rapport. En outre, les résidents des autres provinces et territoires hospitalisés au Québec au cours de ces années n'ont pas pu être inclus dans les taux de leur province ou territoire de résidence. De plus, les taux du Canada relatifs à la plupart des indicateurs n'ont pas été calculés pour l'année 2007-2008. Les taux à jour et leur signification statistique seront affichés dans la publication en ligne *Indicateurs de santé* dès qu'ils seront disponibles.
- Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge (regroupement par tranches de cinq ans) à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1<sup>er</sup> juillet 1991.
- L'Alberta est en transition vers une nouvelle structure de soins de santé; les données de l'Alberta dans cette publication correspondent aux anciennes limites régionales. Les prochaines publications tiendront compte de la nouvelle structure.
- Les taux de 2003-2004 accompagnent les taux de 2007-2008 de certains indicateurs dans cette publication. Lorsque possible et pertinent, les taux de 2003-2004 ont été recalculés selon la définition de 2007-2008.
- La CIM-10-CA et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) sont des systèmes de codification des diagnostics et des interventions qui ont été mis en œuvre en 2001; au 1<sup>er</sup> avril 2004, l'ensemble des provinces et territoires les avaient adoptés, à l'exception du Québec. Les cas des indicateurs ont été extraits en fonction des systèmes de classification utilisés par les provinces et les territoires lors de chaque année de référence.
- Les données de 2006-2007 sur les hospitalisations dans la région sanitaire de Peace Country (Alberta) étaient incomplètes (il manquait des données pour trois mois). En conséquence, plusieurs indicateurs devraient être interprétés avec prudence, notamment la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM), la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), la réadmission à la suite d'un IAM, la réadmission à la suite d'une crise d'asthme, la réadmission à la suite d'une hystérectomie, la réadmission à la suite d'une prostatectomie et les fractures de la hanche à l'hôpital, qui reposent sur des données totalisées sur trois ans (2005-2006 à 2007-2008). L'incidence sur ces taux devrait toutefois être minime.
- En raison de différences dans la soumission des données, un patient du Manitoba traité à l'intérieur et à l'extérieur de la province ne pouvait pas être identifié comme la même personne. Il se peut que cette situation touche un petit nombre de cas en ce qui concerne les indicateurs qui nécessitent un suivi du patient après l'hospitalisation.
- Vous trouverez les codes de diagnostics et d'interventions ayant servi à extraire les données, les définitions en détail et les notes techniques dans la publication en ligne *Indicateurs de santé* ([www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs) ou [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)). Les taux des indicateurs des années qui précèdent celles figurant dans la présente publication se trouvent également dans la publication en ligne.

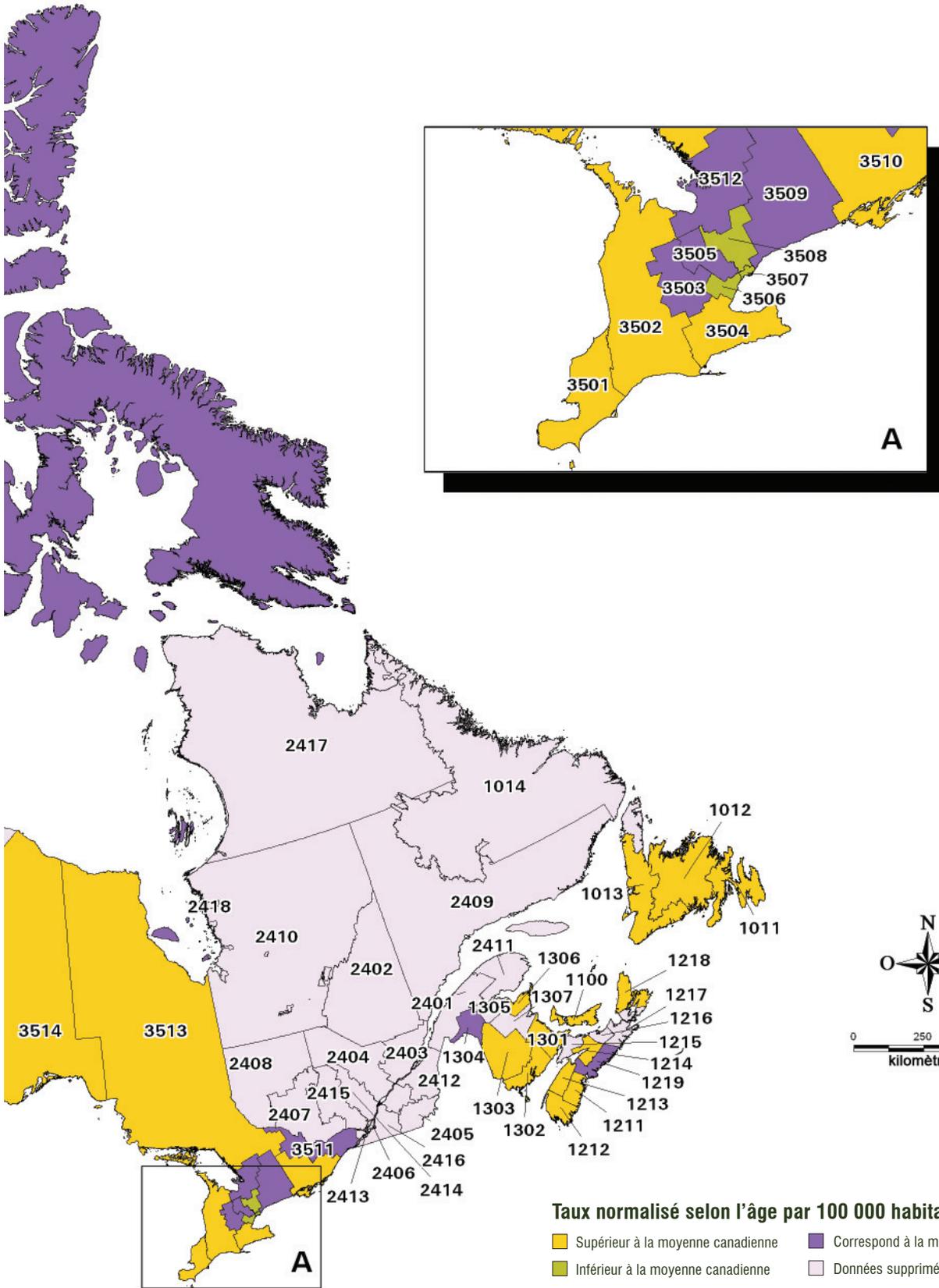


# Index des indicateurs

Activité physique durant les loisirs . . . . .	94-95
Arthrite ou rhumatisme . . . . .	90-91
Arthroplastie de la hanche . . . . .	110-111
Arthroplastie du genou . . . . .	112-113
Asthme . . . . .	90-91
Autochtones . . . . .	84-85
Autoévaluation de la santé . . . . .	90-91
Césarienne . . . . .	100-101
Conditions propices aux soins ambulatoires . . . . .	102-103
Consommation abusive d'alcool . . . . .	94-95
Consommation de fruits et légumes . . . . .	94-95
Dépenses de santé . . . . .	126-127
Diabète . . . . .	90-91
Fracture de la hanche à l'hôpital . . . . .	96-97
Fumeur actuel . . . . .	94-95
Hospitalisation à la suite d'une blessure . . . . .	88-89
Hypertension . . . . .	90-91
Hystérectomie . . . . .	114-115
Immigrants . . . . .	84-85
Indice de masse corporelle . . . . .	90-91
Intervention coronarienne percutanée . . . . .	116-117
Médecins . . . . .	124-125
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral . . . . .	108-109
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde . . . . .	108-109
Pontage aortocoronarien par greffe . . . . .	118-119
Population . . . . .	82-83
Population rurale . . . . .	84-85
Professionnels de la santé . . . . .	126-127
Rapport de dépendance . . . . .	82-83
Ratio d'entrées et de sorties . . . . .	122-123
Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde . . . . .	104-105
Réadmission à la suite d'une crise d'asthme . . . . .	104-105
Réadmission à la suite d'une hystérectomie . . . . .	106-107
Réadmission à la suite d'une prostatectomie . . . . .	106-107
Revascularisation cardiaque . . . . .	120-121
Sentiment d'appartenance à la communauté . . . . .	94-95
Stress dans la vie quotidienne . . . . .	94-95
Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux menant à une hospitalisation . . . . .	86-87
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation . . . . .	86-87
Taux d'événements de fractures de la hanche menant à une hospitalisation . . . . .	96-97
Taux de chômage . . . . .	92-93
Taux de chômage chez les jeunes . . . . .	92-93
Taux de faible revenu . . . . .	92-93
Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche . . . . .	98-99

# Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation selon la région sanitaire, 2007-2008





# Du réel au virtuel

L'ICIS, en partenariat avec Statistique Canada, assure la mise à jour de l'ensemble d'indicateurs régionaux de santé le plus complet du pays. Le document *Indicateurs de santé 2009* en constitue un échantillon. Pour accéder à encore plus d'indicateurs de santé et de données sur un plus grand nombre de régions sanitaires, ainsi qu'à des renseignements connexes, consultez notre publication en ligne ***Indicateurs de santé!***

[www.icis.ca/indicateurs](http://www.icis.ca/indicateurs)

OU

[www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

## Indicateurs de santé

Accéder à tous les indicateurs de santé disponibles de l'ICIS et de Statistique Canada.

## Tableaux de données et cartes

Explorer les tableaux de données en choisissant des éléments tels que le lieu géographique, le groupe d'âge et le sexe.

## Définitions et notes techniques

Trouver les définitions, les sources de données et les méthodologies pour les indicateurs de santé.

## Points saillants

Obtenir un aperçu général de l'état du système de santé et de la santé des Canadiens.



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

# Bon de commande

Nom \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville/prov. ou terr./code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

## Méthode de paiement

(frais de port et manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada)

ci-joint un chèque ou un mandat de \_\_\_\_\_ \$  
à l'ordre de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Visa     MasterCard     American Express

Numéro de carte \_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_\_

Nom du détenteur \_\_\_\_\_

Signature autorisée \_\_\_\_\_

Veillez envoyer le bon de commande (et le paiement, le cas échéant) à :  
Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) Canada K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860 Télécopieur : 613-241-8120

PRODUIT*	QUANTITÉ	TOTAL
<b>Indicateurs de santé 2009</b> (exemplaire imprimé)		<b>0 \$</b>
<b>Health Indicators 2009</b> (exemplaire imprimé)		<b>0 \$</b>
Frais de port et de manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada (taux fixe : 25 \$)		
<b>TOTAL</b>		

\* Pour obtenir des renseignements sur les autres produits de l'ICIS, veuillez consulter le *Guide des produits et services* sur le site Web de l'ICIS ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)).



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

