

Indicateurs de santé 2010



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
À propos de Statistique Canada	v
Remerciements	vii
Sommaire	ix
Cadre conceptuel des indicateurs de santé	xiii
Point de mire : mesurer les disparités au sein du système de santé	1
Crises cardiaques et disparités	9
Hystérectomies et disparités	18
Mot de la fin	26
Lacunes en matière d'information	27
Références	29
Indicateurs de santé : une région à la fois	35
Profil des régions sanitaires	38
État de santé	40
Équité	46
Déterminants non médicaux de la santé	50
Rendement du système de santé	54
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	66
Remarques générales	79
Annexe — Définition de quintile de revenu du quartier	81
Index des indicateurs	83
Carte des régions sanitaires	84
Bon de commande	87

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 de plus amples renseignements, consultez notre site Web au www.icis.ca.

En date du 15 mars 2010, le Conseil d'administration de l'ICIS était composé des personnes suivantes :

M. Graham W. S. Scott, C.M., c.r.

Président du Conseil d'administration
Président, Graham Scott Strategies Inc.

M. John Wright (d'office)

Président-directeur général
ICIS

D^r Luc Boileau

Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec

D^r Marshall Dahl

Endocrinologue-conseil
Vancouver Hospital and Health Sciences Centre and Burnaby Hospital

M^{me} Karen Dodds

Sous-ministre adjointe
Santé Canada

M. John Dyble

Sous-ministre des services de santé, Colombie-Britannique

D^r Chris Eagle

Premier vice-président
Amélioration de la qualité et des services
Alberta Health Services

M. Kevin Empey

Chef de la direction
Lakeridge Health Corporation

M. Donald Ferguson

Sous-ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick

D^r Vivek Goel

Président et chef de la direction
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

M^{me} 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

D^r Cordell Neudorf

Président, Conseil de l'ISPC
Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon

D^r Brian Postl

Vice-président du Conseil d'administration
Président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg

M. Saäd Rafi

Sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario

M. Munir Sheikh, Ph. D.

Statisticien en chef du Canada
Statistique Canada

M. Howard Waldner

Président-directeur général
Autorité sanitaire de l'Île-de-Vancouver

À propos de Statistique Canada

Statistique Canada est autorisé, en vertu de la *Loi sur la statistique*, à recueillir, compiler, analyser, abrégier 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 la santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats pour la santé.

Il informe les Canadiens grâce à l'analyse et la diffusion des ses banques de données. Statistique Canada publie *Rapports sur la santé*, une revue mensuelle évaluée par les pairs et qui répertorie la recherche sur la santé de la population et les services de santé.

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web au www.statcan.gc.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostats@statcan.gc.ca ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros 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, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. 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 sur le site www.statcan.gc.ca sous À propos de nous > Notre organisme > Offrir des services aux Canadiens.

Remerciements

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

Le rapport *Indicateurs de santé 2010* a grandement bénéficié de l'apport de nos intervenants partout au pays. L'ICIS souhaite exprimer sa reconnaissance pour les suggestions judicieuses et l'assistance de tous ceux qui, dans les régions sanitaires, les provinces et les territoires, ont bien voulu examiner les indicateurs.

Il souhaite remercier tout particulièrement les experts ci-dessous pour leurs judicieux conseils dans le cadre de l'élaboration du rapport :

D^r Cordell Neudorf

Médecin hygiéniste en chef
Région sanitaire de Saskatoon

M^{me} Jean Harvey

Directrice
Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)
ICIS

D^r John Millar

Directeur exécutif, Population Health
Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique

M. Michael Wolfson, Ph. D.

Titulaire d'une chaire de recherche du Canada
Modélisation de la santé de la population et populomique
Faculté de médecine, Université d'Ottawa

M^{me} Nancy Ross, Ph. D.

Professeure agrégée
Université McGill, Montréal, Québec

D^r Trevor Hancock

Conseiller en santé publique et en santé de la population
Ministère de la Vie saine et du Sport de la Colombie-Britannique.

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. Jean-Marie Berthelot, vice-président intérimaire, Recherche et Analyse
M^{me} Indra Pulcins, Ph. D., directrice, Indicateurs et Mesure du rendement
D^r Eugene Wen, gestionnaire, Indicateurs de santé
D^{re} Yana Gurevich, méthodologiste
D^{re} Yanyan Gong, chef d'équipe
D^{re} Zeerak Chaudhary, chargée de projet
M^{me} Chantal Couris, Ph. D., méthodologiste principale
M^{me} Carolyn Sandoval, chargée de projet
M^{me} Annette Marcuzzi, chargée de projet
D^{re} Liudmila Husak, chargée de projet
M^{me} Jeanette Tyas, analyste principale
M. Jeremy Herring, analyste principal
M. Dragos Daniel Capan, analyste principal
M. Jun Liang, analyste principal
D^{re} Geta Cernat, analyste principale
M^{me} Anisha Abreo, analyste principale
D^{re} Ling Yin, analyste principale
M^{me} Emily St. Denis, analyste
D^{re} Yue You, analyste

Le Projet des indicateurs de santé, une initiative conjointe de l'ICIS et de Statistique Canada, produit de l'information sur un grand nombre d'indicateurs de santé. Pour les besoins du rapport *Indicateurs de santé 2010*, 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. Nous souhaitons également remercier **Russell Wilkins** de Statistique Canada pour ses précieux conseils sur la méthodologie relative au quintile de revenu du quartier, ainsi que **Richard Klein**, **Kenneth Keppel**, **Jeffrey Percy** et **David Huang** du centre national américain des statistiques sur la santé, des centres de contrôle et de prévention des maladies, pour les conseils qu'ils ont donnés sur les mesures sommaires relatives aux disparités en matière de santé.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'aide et l'appui généreux de **Megan Mueller**, **Joyce Zhang**, **Sisi Wang**, **Sara Jaffer** et 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.

Sommaire

Onzième d'une série de rapports annuels, le rapport *Indicateurs de santé 2010* présente les plus récentes données sur les indicateurs de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada relatifs à un éventail de mesures. Comme dans les éditions précédentes, le rapport tente de répondre à deux questions cruciales : Comment se portent les Canadiens? et Comment se porte le système de santé du Canada? Les régions sanitaires et d'autres intervenants peuvent avoir recours au rapport pour cerner les points à améliorer et pour tirer des leçons de l'expérience des régions affichant les meilleurs résultats.

Chaque indicateur appartient à l'une des quatre dimensions du cadre conceptuel des indicateurs de santé ci-dessous :

- **état de santé** : ces mesures fournissent des renseignements sur la santé des Canadiens, notamment sur le plan du bien-être, de la capacité fonctionnelle de l'être humain et de divers problèmes de santé;
- **déterminants non médicaux de la santé** : ces mesures sont des facteurs externes au système de santé qui influent sur la santé;
- **rendement du système de santé** : ces mesures fournissent des renseignements sur la qualité des services de santé, sur le plan notamment de l'accessibilité, de la pertinence, de l'efficacité et de la sécurité des patients;
- **caractéristiques de la collectivité et du système de santé** : ces mesures présentent une information contextuelle utile, mais elles ne sont pas des mesures directes de l'état de santé ou de la qualité des soins.

En plus de présenter les plus récentes données sur les indicateurs, le rapport de 2010 met l'accent sur les **disparités en matière de santé**, soit sur la cinquième dimension du cadre. Il est important de mesurer les disparités en matière de santé et d'en rendre compte, car certaines peuvent être réduites ou prévenues. La réduction des disparités peut contribuer à résoudre le problème de mortalité et de morbidité excessives, à réduire le fardeau économique de la santé et à améliorer le profil de santé de l'ensemble de la population.

Le présent rapport n'a pas pour objectif de fournir un portrait complet des disparités en matière de santé au Canada. Il sert plutôt de point de départ au processus de déclaration et de surveillance continues des disparités en santé au Canada. Ces travaux peuvent mettre en évidence des résultats potentiellement préoccupants à l'échelle nationale et inciter les provinces et les territoires à examiner les disparités locales en santé afin de déterminer les mesures à prendre pour réduire les écarts.

Bien que de nombreux facteurs contribuent à accentuer les disparités, le rapport examine de plus près le statut socioéconomique (SSE) comme étant l'un des déterminants des disparités en matière de santé. Le statut socioéconomique a été défini au moyen du quintile de revenu du quartier. Pour la première fois dans

le rapport, deux indicateurs de santé, les événements de crise cardiaque et les hospitalisations à la suite d'une blessure, sont présentés par quintile de revenu du quartier pour chacune des provinces. De plus, le rapport présente deux mesures sommaires, le ratio des taux de disparité et la réduction potentielle des taux, qui visent à illustrer l'ampleur des disparités en matière de santé. Il s'agit de deux mesures d'évaluation complémentaires.

Par ailleurs, la section **Point de mire** porte sur les disparités dans le système de santé. Elle aborde les principes d'un système de santé sans disparité au moyen d'une analyse de deux motifs courants d'hospitalisation, les crises cardiaques et les hystérectomies. Ces principes incluent un accès égal aux soins offerts pour le même besoin, une utilisation similaire des ressources pour le même besoin et une qualité uniforme des soins pour tous.

Points saillants du rapport

Crises cardiaques et disparités

- Il existe d'importants gradients socioéconomiques dans les taux de crises cardiaques par quintile de revenu du quartier à l'échelle nationale de même que dans la plupart des provinces. Dans l'ensemble, le taux de crises cardiaques dans les quartiers les moins riches était de 37 % plus élevé que celui des quartiers les plus riches.
- Les taux de crises cardiaques variaient de plus du triple parmi les grandes régions sanitaires de même que les provinces et les territoires. Ces variations géographiques étaient plus marquées que celles observables par quintile de revenu du quartier.
- Les données semblent indiquer que la plupart des Canadiens qui ont fait une crise cardiaque ont bénéficié d'un accès aux soins et de résultats pour la santé similaires, peu importe leur statut socioéconomique :
 - Peu de disparités ont été observées dans les taux de revascularisation parmi les patients ayant subi une crise cardiaque.
 - Des écarts mineurs ont été relevés dans les taux de réadmission après l'obtention d'un congé de l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque.
 - Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une crise cardiaque.

Hystérectomies et disparités

- Les taux d'hystérectomie varient à l'échelle nationale, l'écart pouvant varier du simple au triple entre les provinces et les territoires, et du simple au quadruple entre les régions sanitaires. Des différences marquées ont également été observées entre les habitantes des régions rurales et urbaines. En effet, le taux d'hystérectomie est de 46 % plus élevé chez les femmes vivant en milieu rural (464 par 100 000) que chez celles vivant en milieu urbain (318 par 100 000).

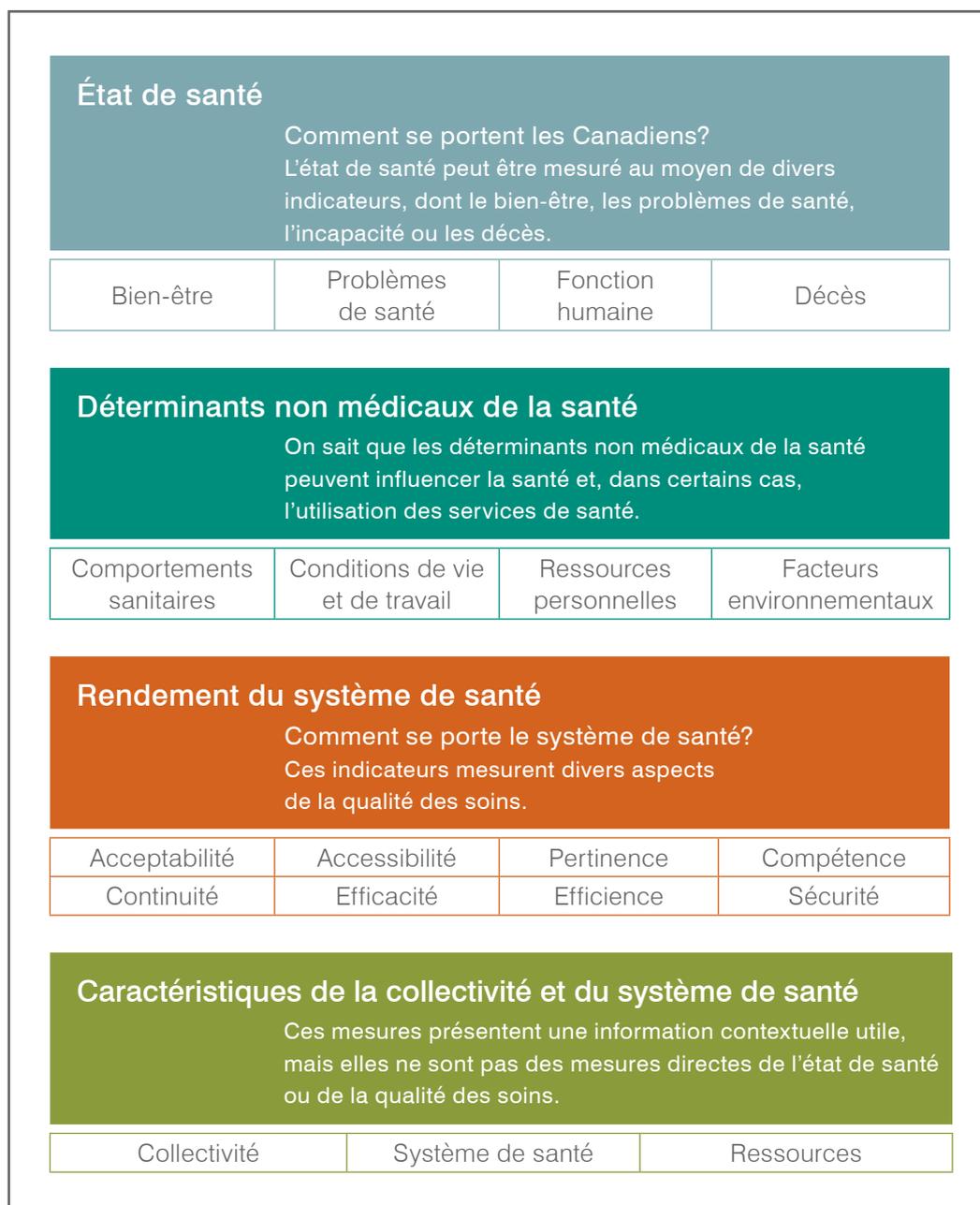
- Certaines différences ont pu être observées parmi les taux d'hystérectomie par quintile du revenu du quartier, les taux étant moins élevés dans les quartiers les moins riches et les plus riches, comparativement aux quartiers à revenu moyen. Ces écarts étaient toutefois beaucoup moins marqués que ceux observables par région géographique.
- En 2008-2009, une réadmission à l'hôpital à la suite d'une hystérectomie a eu lieu dans 1,1 % des cas. Les taux de réadmission variaient peu, mais une différence statistiquement significative a été observée chez les femmes des quartiers les moins riches (1,4 %) comparativement aux taux constatés chez les femmes des quartiers les plus riches (1,0 %).

Autres indicateurs de santé

- Les différences vont parfois jusqu'au double entre les régions au chapitre des taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral, d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires, de césariennes et de la plupart des autres indicateurs de santé.
- Les taux de mortalité dans les 30 jours suivant l'admission et les taux de réadmission à la suite d'une crise cardiaque continuent de diminuer. Des baisses ont en effet été observées dans toutes les provinces et dans la majorité des régions sanitaires.

Des disparités en matière de santé apparaissent en raison des circonstances et de l'environnement dans lesquels les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et en raison des systèmes de santé mis en place pour promouvoir la santé et traiter la maladie. Le présent rapport est le fruit du travail du Projet des indicateurs de santé visant à mesurer les disparités en matière de santé au Canada et à en rendre compte. L'analyse indique que des disparités socioéconomiques existent pour certaines affections et interventions, mais que les disparités géographiques sont encore plus marquées. Il s'agit uniquement d'une étape exploratoire et il faudra pousser plus loin l'analyse afin d'expliquer où et pourquoi ces disparités existent et comment des interventions ciblées peuvent contribuer à les réduire au Canada.

Cadre conceptuel des indicateurs de santé





Point de mire :

mesurer les disparités
au sein du système de santé



Mesurer les disparités au sein du système de santé

Au cours des 10 dernières années, le rapport annuel *Indicateurs de santé* a dressé un portrait comparable national d'un vaste éventail d'indicateurs visant à répondre à deux questions fondamentales :

- Comment se portent les Canadiens?
- Comment se porte le système de santé canadien?

Une question importante n'a toutefois pas encore été abordée dans le cadre du projet des indicateurs de santé : l'état de santé des Canadiens et les soins de santé qu'ils reçoivent sont-ils équivalents dans l'ensemble de la population? En d'autres mots, existe-t-il des disparités en matière de santé?

Il est important de mesurer et de signaler les disparités en matière de santé, car il est possible de réduire ou de prévenir certaines d'entre elles. Le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé a indiqué que de telles disparités ne sont pas inévitables et que beaucoup d'entre elles peuvent être atténuées grâce aux efforts intégrés de différents secteurs¹. C'est aussi pour cette raison que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de « l'équité en matière de santé² » le but premier de sa politique de la *Santé pour tous* et a proposé des stratégies visant à combler le fossé en une génération³.

La réduction des disparités en matière de santé pourrait contribuer à régler le problème de la surmortalité et de la surmorbidity, à réduire le fardeau économique et à améliorer le profil de la santé au Canada dans son ensemble. En fait, on estime qu'environ 20 % des dépenses en soins de santé sont attribuables aux disparités socioéconomiques, comme les écarts liés au revenu¹.

La présente analyse porte sur les disparités dans le système de santé, qui ne sont qu'un des aspects des disparités en matière de santé. Elle ne vise pas à dresser un portrait complet et à vaste portée des disparités au Canada, mais plutôt à servir de tremplin vers la déclaration et le suivi continus des disparités en matière de santé au pays. Le présent travail peut souligner des éléments préoccupants à l'échelle nationale et encourager les provinces et les territoires à examiner les écarts qui existent sur le plan local afin de déterminer les actions à entreprendre pour les réduire.

Que sont les disparités en matière de santé?

De façon générale, les Canadiens sont parmi les populations les plus prospères et les plus en santé au monde. Ils ne jouissent toutefois pas tous d'une aussi bonne santé, et des disparités systématiques en matière de santé existent entre divers groupes de la population.

Définir les disparités en matière de santé

Il est important de distinguer les disparités des inéquités en matière de santé.

Les disparités en matière de santé sont les différences vécues par différents groupes de la société sur le plan de la santé. Elles peuvent résulter de facteurs génétiques et biologiques, de choix personnels ou des aléas et des circonstances de la vie. Toutefois, elles sont souvent occasionnées par des écarts sur les plans du revenu, de l'éducation, de l'emploi et du soutien social⁴. Les termes « disparités » et « inégalités » sont souvent utilisés de façon interchangeable.

On parle couramment d'**inéquités** pour désigner les disparités en matière de santé « [...] jugées inéquitables et résultant de toute forme d'injustice [...]. En raison du fait qu'il est nécessaire de faire appel à un jugement normatif pour identifier les injustices sur le plan de la santé, la science seule ne peut déterminer lesquelles de ces inégalités sont également inéquitables, ni dans quelle proportion une inégalité observée constitue une injustice¹. »

C'est le terme « disparités » qui est employé dans le présent rapport.

Les disparités en matière de santé sont causées par un ensemble de facteurs⁵ qui sont en général associés aux conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et décèdent. Ces facteurs, qu'on appelle déterminants de la santé, sont entre autres :

- le revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les milieux physique et social;
- les facteurs biologiques et génétiques;
- les pratiques personnelles en matière de santé et la capacité d'adaptation;
- le développement pendant l'enfance;
- les services de santé;
- le fait d'être un homme ou une femme;
- la culture⁶.

Que sont les disparités dans le système de santé?

L'accès adéquat aux services de santé, ou plutôt l'absence d'un tel accès, est l'un des déterminants des disparités en matière de santé⁷. Les disparités dans le système de santé peuvent être classées selon trois grands principes, formulés par l'OMS dans le cadre d'une discussion plus approfondie sur les systèmes de santé sans disparités⁸ :

1. **Un même accès aux soins pour un même besoin.** Cela signifie le droit aux mêmes services pour tous, une répartition égale des services en fonction des besoins en soins de santé, l'accès facile aux services dans toutes les régions géographiques et l'abolition des obstacles en matière d'accès.
2. **Une même utilisation pour un même besoin.** Cela veut dire que les groupes ayant le même besoin en services de santé utilisent ces derniers dans une même mesure. Ainsi, les groupes dont les besoins sont plus grands utiliseraient davantage les services, tandis que ceux dont les besoins sont moins importants les utiliseraient moins. La découverte de disparités dans les taux d'utilisation de certains services par différents groupes de la population peut donner lieu à une étude plus approfondie visant à comprendre pourquoi les taux diffèrent.
3. **La même qualité de soins pour tous.** Cela revient à dire que les dispensateurs s'engagent à fournir les services avec le même engagement à tous les groupes de la population, de façon à ce que tous puissent s'attendre à recevoir des soins professionnels de même niveau.

Le présent rapport vise à examiner les disparités dans le système de santé canadien. Une analyse de deux raisons d'hospitalisation courantes, les crises cardiaques et les hystérectomies, servira à aborder les principes fondateurs d'un système de santé sans disparités. Par exemple, les patients victimes d'une crise cardiaque qui appartiennent à des groupes socioéconomiques différents ont-ils le même accès aux services de cardiologie? Les taux de chirurgies gynécologiques comme l'hystérectomie sont-ils les mêmes chez les femmes vivant à Halifax, Vancouver, Toronto ou Iqaluit?

Méthodologie

Bien que de nombreux facteurs puissent entraîner des disparités, le présent rapport se concentre sur le statut socioéconomique (SSE), qui est l'un des déterminants des disparités dans le système de santé.

Comment mesure-t-on le statut socioéconomique?

Dans le présent rapport, le SSE individuel a été déterminé en fonction du revenu du quartier. Les bases de données administratives canadiennes qui portent sur la santé ne contiennent généralement pas d'information sur les facteurs socioéconomiques individuels. Au Canada, les disparités en matière de santé sont donc le plus souvent surveillées au moyen des caractéristiques socioéconomiques de petites régions géographiques qui sont établies à partir des données de recensement, comme les quintiles de revenu du quartier⁹.

Quintiles de revenu du quartier

Les quintiles de revenu du quartier permettent de diviser les petites régions géographiques en cinq groupes démographiques à peu près équivalents. Le premier quintile correspond au revenu le plus faible du quartier et le cinquième, au revenu le plus élevé. Les quintiles ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada, lesquelles sont brièvement décrites en annexe.

Bien que le revenu individuel et le revenu du quartier puissent sembler similaires, les chercheurs s'entendent pour dire qu'ils ne reflètent pas la même réalité, puisqu'ils reposent sur des construits différents⁹. Le revenu du quartier est souvent considéré comme une mesure substitutive des caractéristiques socioéconomiques du quartier¹⁰⁻¹³, car de multiples facteurs socioéconomiques déterminent le lieu de résidence d'une personne. Par exemple, la réussite scolaire permet habituellement à une personne de se qualifier pour un emploi, ce qui lui assure un certain revenu, lequel peut aussi influencer sur son accès à des ressources telles que le logement. Par ailleurs, le revenu du quartier peut également refléter des facteurs comme le taux de criminalité, la qualité des services locaux et la probabilité de jouir d'un soutien social de la part des voisins¹⁴. Par exemple, des études ont démontré que les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu sont susceptibles de subir des conditions de travail plus stressantes, une plus grande précarité d'emploi et des taux plus élevés d'insatisfaction à l'égard de la vie^{15, 16}. Par ailleurs, le revenu du quartier peut refléter adéquatement le statut socioéconomique des groupes de la population qui n'occupent pas d'emploi, comme les enfants et les personnes âgées. De nombreuses études ont montré qu'un revenu du quartier plus élevé est associé à une meilleure santé^{9, 12, 13, 16-19}. On a toutefois signalé que les données sur le revenu du quartier tendent à révéler les disparités dans une moindre mesure que les données individuelles^{9, 10}.

Que représente le quintile de revenu du quartier?

L'analyse des données du recensement canadien de 2006 permet de mieux comprendre cette question. Comme le montre le tableau 1, les quartiers défavorisés présentent des taux élevés de faible revenu et de chômage; une forte proportion d'immigrants récents, de familles monoparentales et de personnes vivant seules; un grand pourcentage d'Autochtones; de même qu'une faible proportion de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires et de propriétaires de résidence.

Tableau 1

Caractéristiques socioéconomiques de chaque quintile de revenu du quartier, Canada, 2006

Quintile de revenu	Taux de faible revenu (%)	Taux de chômage (%)	Logements possédés (%)	Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (%)	Autochtones (%)	Immigrants récents (%)	Familles monoparentales (%)	Personnes vivant seules (%)
1^{er} quintile (le moins élevé)	31,9	9,9	40,4	50,6	7,8	7,3	25,0	16,2
2^e quintile	17,7	6,9	63,6	55,0	3,3	3,9	18,3	12,5
3^e quintile	11,7	5,8	75,6	59,3	2,6	2,8	14,8	9,5
4^e quintile	8,4	5,2	82,6	63,6	2,4	2,1	21,1	7,8
5^e quintile (le plus élevé)	6,3	4,7	85,9	71,1	1,9	1,8	9,4	6,9

Remarque

La définition de chaque caractéristique est fournie à la page 46 et 47.

Source

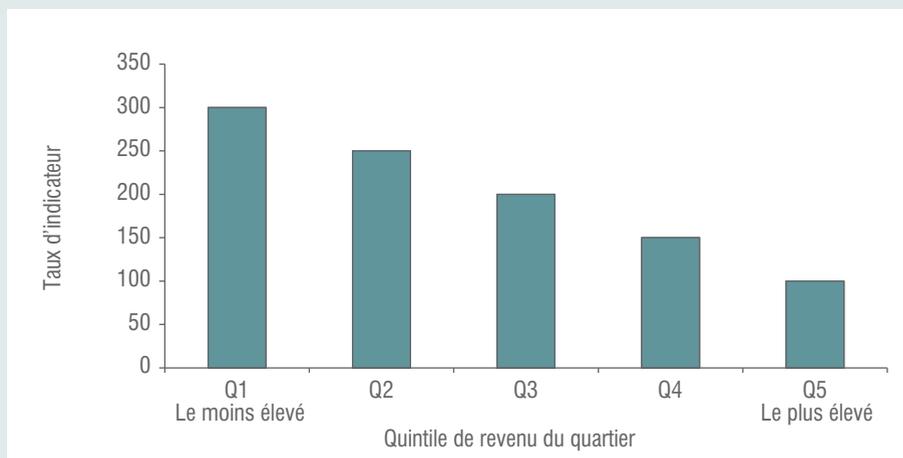
Recensement de 2006, Statistique Canada.

Comment mesure-t-on les disparités en matière de santé?

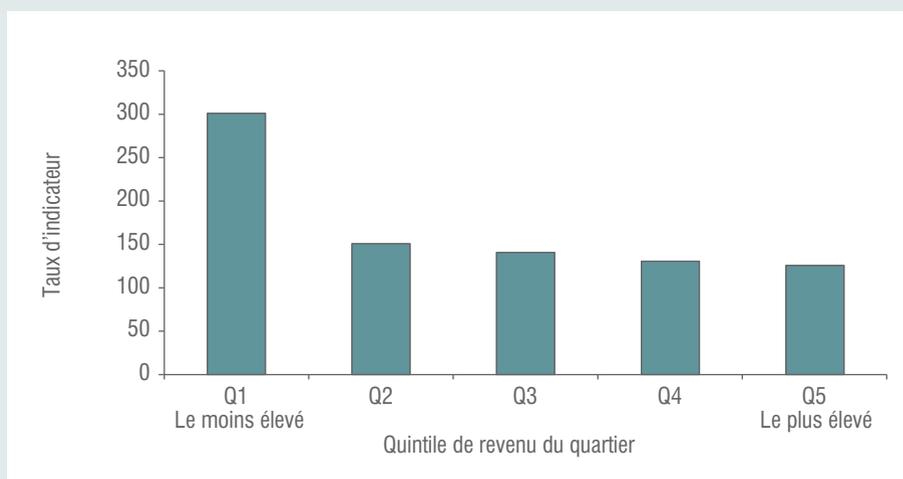
La mesure des disparités en matière de santé commence par l'examen des taux d'un indicateur pour chaque groupe socioéconomique²⁰, ce qui peut aider à comprendre la nature des disparités en matière de santé, qui peuvent se présenter sous différentes formes. Par exemple, les chercheurs parlent communément de gradient socioéconomique lorsque la mortalité ou la morbidité diminue progressivement avec chaque quintile de revenu. Des effets de seuil sont aussi observés lorsque des différences importantes existent entre certains quintiles. Les deux phénomènes (gradient et seuil) peuvent également coexister.

Gradient socioéconomique et effet de seuil

Un gradient socioéconomique en santé est un phénomène selon lequel les gens de faible SSE sont moins en santé que les gens aisés, dans l'ensemble du spectre des statuts socioéconomiques. Dans les représentations graphiques, on observe une diminution constante des taux (ou une pente) entre le SSE le plus faible et le SSE le plus élevé.



Un effet de seuil est un phénomène selon lequel le plus grand écart entre les taux survient entre certains groupes socioéconomiques, par exemple le quintile de revenu du quartier le moins élevé et le deuxième quintile de revenu, comme le montre le graphique ci-dessous.



De plus, des mesures sommaires peuvent être calculées pour décrire l'ampleur des disparités en matière de santé en un seul chiffre. Dans le présent rapport, deux mesures ont été employées : le ratio des taux de disparité et la réduction potentielle du taux, lesquels sont définis dans l'encadré. La principale différence entre les mesures est que la réduction potentielle du taux, contrairement au ratio des taux de disparité, tient compte des renseignements concernant non seulement les groupes les plus riches et les plus pauvres, mais aussi les deuxième, troisième et quatrième quintiles de revenu²⁰. Ces mesures sont complémentaires en ce qui concerne l'évaluation des disparités.

Mesures sommaires

Le ratio des taux de disparité est obtenu en divisant le taux d'un indicateur de santé pour le quintile de revenu du quartier le moins élevé par le taux pour le quintile de revenu du quartier le plus élevé. Il fournit une mesure sommaire de l'ampleur des disparités socioéconomiques pour un indicateur de santé lorsqu'on compare le groupe le moins élevé au groupe le plus élevé.

La réduction potentielle du taux représente la réduction du taux d'un indicateur de santé qui se produirait si chaque groupe socioéconomique avait le même taux que celui du quintile de revenu du quartier le plus élevé. Cette mesure repose sur le concept des cas de surmorbidity ou de surmortalité qui pourraient être évités et fournit une mesure sommaire de l'effet global des disparités socioéconomiques sur un indicateur de santé.

Crises cardiaques et disparités

Les crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde, ou IAM) sont l'une des premières causes de maladie et de mortalité au Canada²¹. Le risque d'une crise cardiaque n'est toutefois pas le même dans tous les groupes de la population. Certaines personnes peuvent présenter des caractéristiques intrinsèques qui augmentent leur risque de subir une crise cardiaque, mais dans de nombreux cas le risque repose en grande partie sur les comportements liés à la santé et le mode de vie²². Par exemple, une alimentation saine, un mode de vie sans tabac et l'activité physique peuvent réduire de façon considérable le risque d'une crise cardiaque²³.

Le lien entre le SSE et la survenue de crises cardiaques est également bien décrit dans les publications²⁴⁻²⁶. De nombreuses études ont montré que le chômage et de faibles niveaux de scolarité ou de revenu sont liés à des taux élevés de crises cardiaques²⁷⁻³². Les différences entre les taux de crises cardiaques des divers groupes socioéconomiques sont souvent attribuées à des différences dans les facteurs de risque cardiovasculaire^{27, 33-35}. Des études ont montré qu'au Canada, la prévalence de facteurs de risque comme l'hypertension, le diabète, l'obésité et le tabagisme est plus élevée au sein des groupes à faible revenu³⁶⁻³⁸. Non seulement de tels gradients de santé entre niveaux de revenu existent-ils, mais l'écart se creuse entre le groupe de revenu le plus faible et le groupe de revenu le plus élevé en ce qui concerne certains facteurs de risque, dont l'hypertension et le diabète³⁸. Néanmoins, des études indiquent que ces facteurs ne suffisent pas à expliquer toutes les différences entre les divers groupes socioéconomiques. Les caractéristiques de l'environnement socioéconomique et les habitudes de vie peuvent exercer divers types d'influences. En outre, les modes de vie, loin de se développer dans le néant, sont fortement influencés par les facteurs socioéconomiques²⁴.

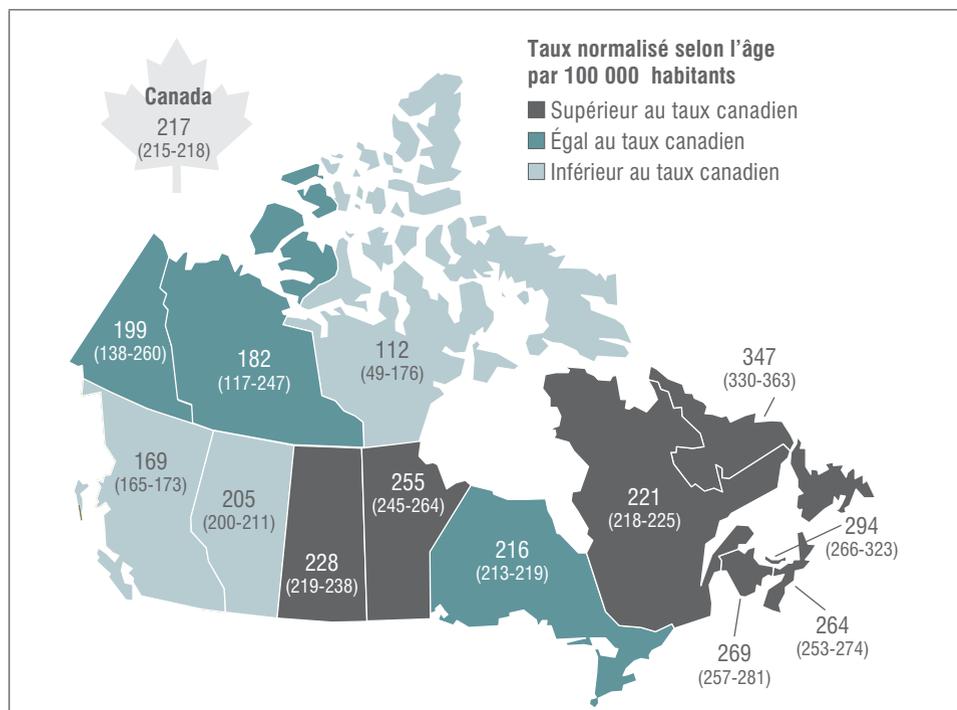
Les crises cardiaques à l'échelle canadienne

Le taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisationⁱ peut fournir une estimation de l'incidence des crises cardiaques dans la collectivité. En 2008-2009, 66 707 Canadiens ont été hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque, et 2 266 d'entre eux (3,4 %) ont subi plus d'une crise cardiaque en un an. Cela représente un taux, normalisé selon l'âge, de 217 événements d'IAM menant à une hospitalisation par 100 000 adultes (de 20 ans et plus). Les taux d'événements d'IAM menant à une hospitalisation variaient à l'échelle du pays, allant de 169 par 100 000 habitants en Colombie-Britannique et 205 par 100 000 habitants en Alberta à 347 par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador et 294 par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard (voir la figure 1).

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

Figure 1

Taux, normalisé selon l'âge, d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, par province et territoire, Canada, 2008-2009



Sources

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Comment les taux de crises cardiaques diffèrent-ils d'un groupe socioéconomique à l'autre?

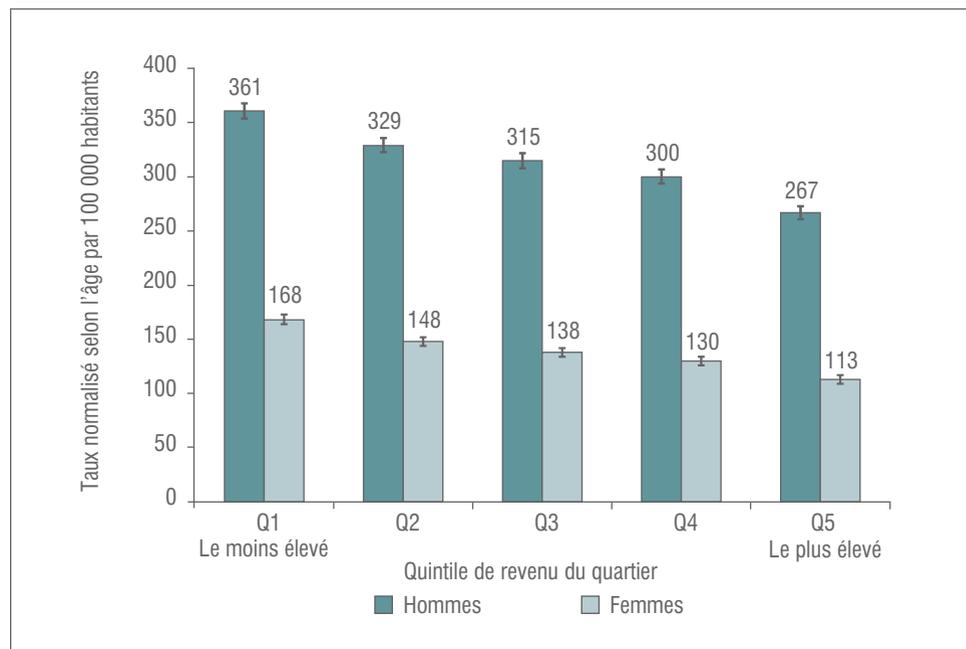
Les taux de crises cardiaques variaient considérablement selon le revenu du quartier. Le taux, normalisé selon l'âge, d'événements d'IAM menant à une hospitalisation était de 255 par 100 000 habitants dans les quartiers les plus défavorisés, comparativement à 186 par 100 000 habitants dans les quartiers les plus riches. Ces disparités sont importantes du point de vue de la santé de la population : si tous les groupes socioéconomiques présentaient le même taux que le groupe le plus riche, le taux global d'événements d'IAM menant à une hospitalisation diminuerait de 16 %, ce qui correspond à une réduction potentielle du taux. Cela équivaut à environ 10 400 crises cardiaques de moins menant à une hospitalisation au Canada en 2008-2009.

Existe-t-il des différences en fonction de l'âge et du sexe?

Les taux de crises cardiaques variaient également en fonction de l'âge et du sexe. Bien que les taux de crise cardiaque étaient plus élevés chez les hommes, des gradients socioéconomiques similaires existaient autant chez les hommes que chez les femmes (voir la figure 2).

Figure 2

Taux, normalisé selon l'âge, d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, selon le quintile de revenu du quartier et le sexe, Canada, 2008-2009



Remarques

Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2008-2009 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006.

Le symbole I représente des intervalles de confiance de 95 %.

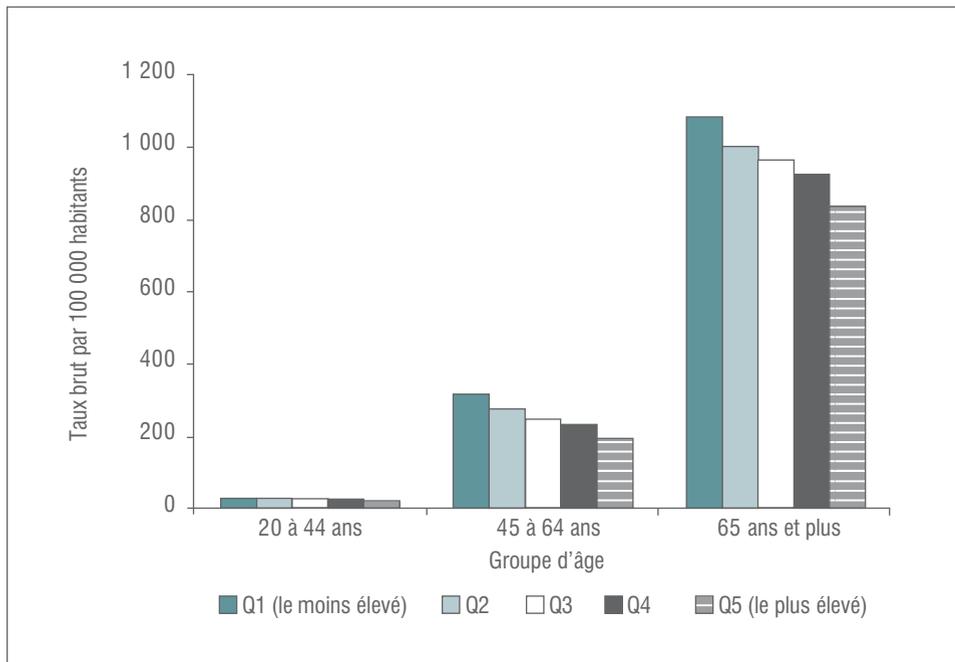
Sources

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Des gradients socioéconomiques importants ont également été observés dans tous les groupes d'âge (voir la figure 3). Chez les adultes de 45 à 64 ans, le taux de crises cardiaques dans les quartiers les plus défavorisés était 1,6 fois plus élevé ($p < 0,05$) que dans les quartiers les plus riches. Des ratios plus faibles ont été recensés chez les jeunes adultes (de 20 à 44 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus). Bien que la différence relative et la réduction potentielle du taux soient plus élevées dans les groupes d'âge plus jeunes, le plus grand écart absolu entre les taux concernait les personnes âgées, les taux de ce groupe d'âge étant beaucoup plus élevés que ceux des autres.

Figure 3

Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation selon l'âge et le quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009

**Remarque**

Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2008-2009 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006.

Sources

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Comment l'accès aux soins cardiaques diffère-t-il d'un groupe socioéconomique à l'autre?

Il est important de tenir compte des cheminement cliniques à la suite d'une crise cardiaque. L'efficacité des soins de santé peut influencer sur les résultats pour les patients autant pendant la phase aiguë qu'au cours du suivi médical subséquent. Par exemple, les chirurgies de revascularisation cardiaque (comme l'angioplastie et les pontages coronariens) peuvent servir à rétablir ou à accroître la circulation sanguine vers le muscle cardiaque, ce qui atténue certains symptômes des maladies coronariennes, comme les douleurs thoraciques et la faiblesse. La revascularisation peut ainsi améliorer la qualité de vie des patients^{39, 40} et réduire la mortalité^{39, 41-43}. L'accès aux soins peut toutefois être influencé par le SSE du patient. Plusieurs études internationales ont signalé des disparités dans l'accès aux soins cardiaques, les groupes plus défavorisés étant moins susceptibles d'être admis dans une unité de soins cardiaques⁴⁴ et de subir des interventions diagnostiques et de revascularisation^{29, 45-47}.

Les Canadiens bénéficient d'un système de santé universel qui vise à fournir le même accès aux soins à tous, indépendamment de leur capacité de payer. Toutefois, des études reposant sur des données des années 1990 ont démontré que les patients vivant dans des quartiers à revenu plus élevé étaient plus susceptibles de subir une angiographie^{48, 49} et une revascularisation cardiaque, et que leur temps d'attente était moindre en ce qui concerne ces interventions⁴⁸. De plus, les patients plus riches étaient plus susceptibles d'être dirigés vers la réadaptation cardiologique et un cardiologue, comparativement aux patients dont le revenu était moins élevé⁵⁰. Une étude analysant les taux de revascularisation après un an a montré l'existence d'une forte corrélation positive entre le SSE et les taux de revascularisation, même après avoir pris en compte les facteurs de base propres au patient, comme le diabète, l'hypercholestérolémie et les antécédents de crise cardiaque⁵¹.

Ces disparités persistent-elles aujourd'hui? En 2008-2009, au Canada (à l'exception du Québec), 44 % des patients ont subi une revascularisation dans les 28 jours suivant leur admission à l'hôpital pour une crise cardiaque. Parmi les patients revascularisés, le temps d'attente médian avant l'intervention était de deux jours, dans tous les quintiles de revenu.

La comparaison n'est toutefois pas si simple, principalement parce que les patients victimes d'une crise cardiaque ne sont pas tous sélectionnés pour subir une revascularisation. Plusieurs facteurs interviennent dans le processus décisionnel, entre autres l'état du patient, l'accessibilité des services spécialisés et les préférences du patient. Certains de ces facteurs ne peuvent pas être évalués avec les données actuelles. Néanmoins, certaines caractéristiques des patients ont été examinées, dont l'âge, le sexe, plusieurs comorbidités et la disponibilité des services.

Tableau 2

Caractéristiques à l'admission à l'hôpital des patients victimes d'une crise cardiaque, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009

	1 ^{er} quintile (le moins élevé)	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	5 ^e quintile (le plus élevé)
Âge médian (années)	71	71	71	70	70
Femmes* (pourcentage)	39,8	37,7	35,8	34,4	33,3
Comorbidités† (pourcentage)					
Choc	1,8	1,6	1,6	1,6	1,5
Insuffisance cardiaque*	15,2	13,9	13,1	12,9	11,9
Œdème pulmonaire aigu	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3
Dysrythmie cardiaque*	8,3	8,2	7,6	7,7	7,2
IAM dans l'année précédente*	6,9	6,2	5,9	5,2	5,4
Diabète*	31,0	29,0	25,7	25,9	24,9
Néphropathie*	7,3	6,7	6,1	6,2	5,7
Cancer	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
MPOC*	4,1	3,3	3,1	2,8	2,7
Hypertension*	4,6	4,2	3,8	4,0	4,4
Admission dans un établissement doté de services de revascularisation* (pourcentage)	34,2	33,3	34,0	34,0	35,9

Remarques

* Différences statistiquement significatives ($p < 0,05$) d'après le test du chi-deux.

† Si codifiée comme une comorbidité importante au moment de l'hospitalisation dans la Base de données sur les congés des patients. Veuillez consulter les Normes canadiennes de codification pour la définition de « comorbidité importante »⁵².

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

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Sources

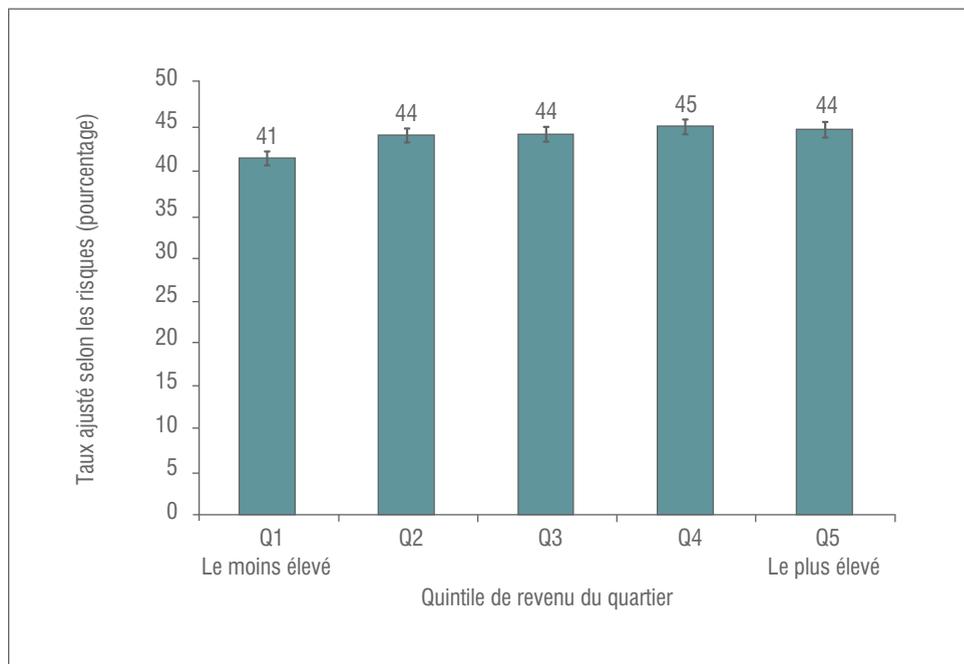
Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; recensement de 2006, Statistique Canada.

Le tableau 2 illustre les caractéristiques des patients victimes d'une crise cardiaque telles qu'elles se présentaient à leur admission à l'hôpital, selon le quintile de revenu. Les patients vivant dans les quartiers les plus défavorisés avaient tendance à être plus malades que les patients provenant de quartiers plus riches. Ils présentaient en effet une plus grande proportion d'insuffisance cardiaque, de dysrythmie cardiaque, d'antécédents de crise cardiaque, de maladies pulmonaires obstructives chroniques et de néphropathies. Compte tenu des résultats d'études antérieures selon lesquels les angioplasties sont habituellement pratiquées sur des patients présentant un risque faible⁵³⁻⁵⁵, les taux de revascularisation ont été ajustés selon les différences dans ces facteurs propres aux patients. Par ailleurs, des études donnent à penser que les patients qui sont admis dès le départ dans un hôpital doté d'un service de revascularisation cardiaque sont plus susceptibles de subir ce type d'intervention⁵⁶⁻⁵⁸. Ainsi, l'admission des patients dans de tels hôpitaux a également été prise en compte.

En tenant compte des caractéristiques des patients, le taux de revascularisation chez les patients vivant dans les quartiers les plus défavorisés était inférieur d'environ 7 % à celui des autres groupes de revenu ($p < 0,05$; voir la figure 4).

Figure 4

Taux de revascularisation dans les 28 jours suivant une crise cardiaque, ajusté selon les risques, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009

**Remarques**

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 les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; recensement de 2006, Statistique Canada.

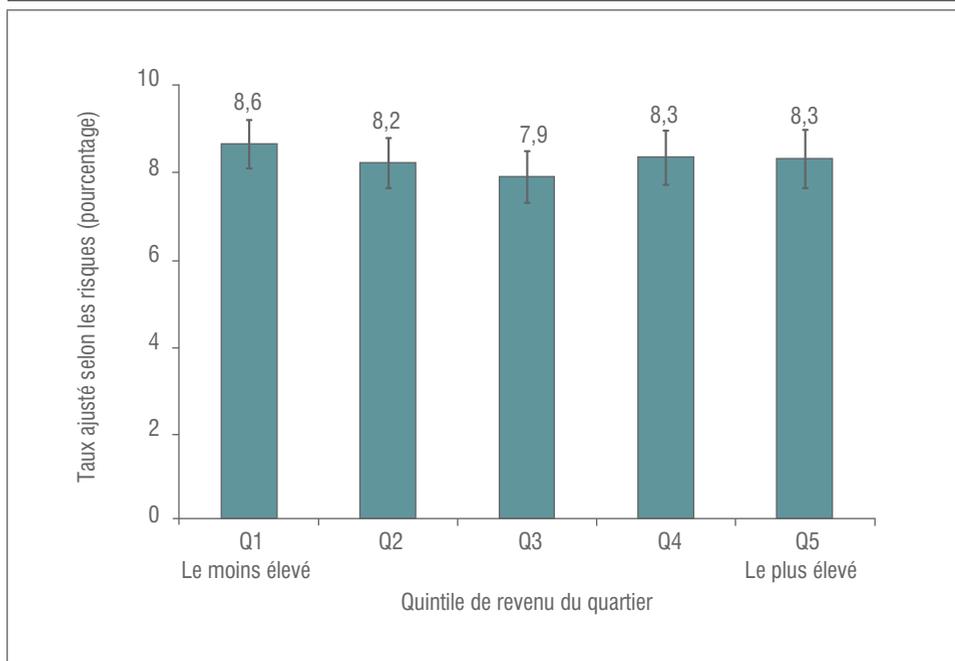
Taux de mortalité à l'hôpital et de réadmissions à la suite d'une crise cardiaque dans les divers groupes socioéconomiques

Les taux de mortalité à l'hôpital et de réadmissions à la suite d'une crise cardiaque peuvent refléter la qualité des soins et l'efficacité sous-jacente du traitement à l'hôpital, de même que la qualité des soins offerts dans la collectivité. Selon certaines études, un SSE faible est associé à des taux plus élevés de mortalité^{31, 48, 51, 59, 60} et de réadmission⁶¹ à la suite d'une hospitalisation pour une crise cardiaque. Ainsi, on a estimé que chaque augmentation de 10 000 \$ du revenu médian d'un quartier est associée à une diminution de 10 % du risque de décéder à la suite d'une crise cardiaque^{48, 59}. Toutefois, les effets du SSE sur la mortalité sont atténués de façon considérable lorsqu'on prend en compte l'âge, les événements cardiovasculaires antérieurs et les facteurs de risque du patient^{51, 59, 62}.

Au Canada (à l'exclusion du Québec), 8,3 % des patients étaient décédés à l'hôpital en 2008-2009 dans les 30 jours suivant leur admission pour une nouvelle crise cardiaqueⁱⁱ. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les quintiles de revenu du quartier en ce qui concerne les taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque. Les taux ajustés selon les risques par quintile de revenu sont présentés à la figure 5.

Figure 5

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, ajusté selon les risques, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarques

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

Le symbole \pm représente des intervalles de confiance de 95 %.

Sources

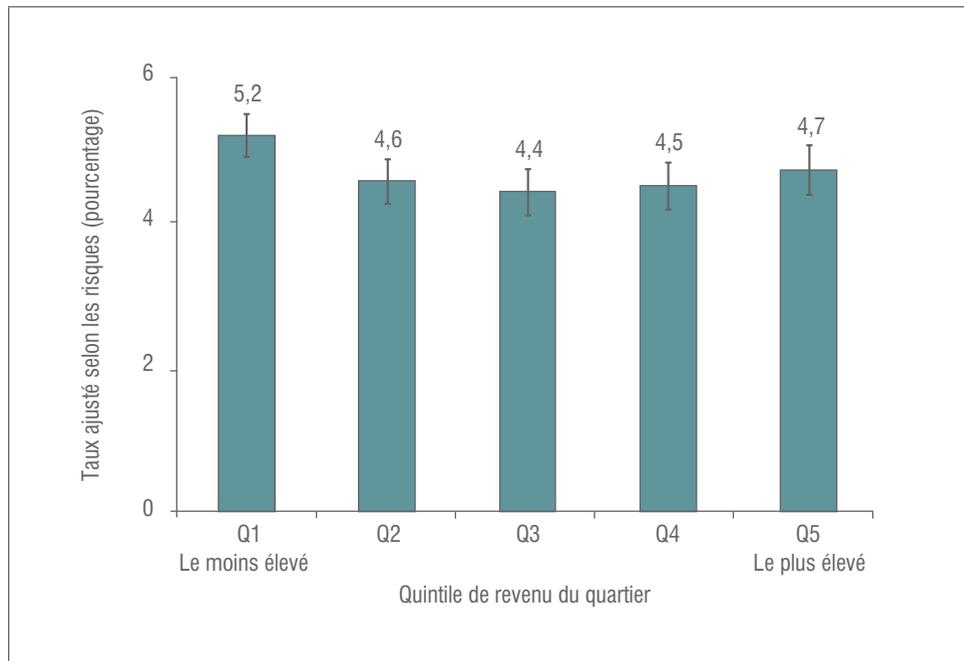
Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; recensement de 2006, Statistique Canada.

De 2006-2007 à 2008-2009, 4,7 % des patients victimes d'une crise cardiaque sont retournés à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur congé. Les taux ajustés selon les risques de réadmission à la suite d'un IAMⁱⁱⁱ variaient selon le quintile de revenu du quartier. Le taux de réadmission de 5,2 % observé chez les patients des quartiers les plus défavorisés était sensiblement supérieur au taux de tous les autres quintiles de revenu (voir la figure 6).

- ii. L'analyse comprenait des patients pour lesquels la crise cardiaque était le motif principal des soins. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au www.icis.ca/indicateurs.
- iii. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au www.icis.ca/indicateurs.

Figure 6

Taux de réadmission à la suite d'une crise cardiaque, ajusté selon les risques, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2006-2007 à 2008-2009



Remarques

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

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 les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; recensement de 2006, Statistique Canada.

Crises cardiaques et système de santé

L'étude de la relation entre les crises cardiaques et le revenu du quartier a montré que de forts gradients socioéconomiques existent dans les taux de crises cardiaques. De plus faibles disparités ont été observées dans les taux de revascularisation, un traitement administré aux patients victimes d'une crise cardiaque. Certains écarts ont été relevés dans les taux de réadmission après l'obtention d'un congé de l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque. Aucune différence importante n'a toutefois été observée en ce qui concerne les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour une crise cardiaque. Cela semble indiquer que l'accès aux soins et les résultats des soins (sur les plans de la mortalité et des réadmissions) étaient similaires pour la plupart des Canadiens qui ont été victimes d'une crise cardiaque, indépendamment de leur SSE. Ces données suggèrent que les disparités qui ont trait aux crises cardiaques se manifestent principalement avant même l'arrivée des patients à l'hôpital, soulignant également le besoin d'améliorer la prévention primaire des crises cardiaques, particulièrement chez les populations les plus défavorisées.

Hystérectomies et disparités

L'hystérectomie, soit l'ablation totale ou partielle de l'utérus, est la deuxième chirurgie la plus courante chez les Canadiennes, après la césarienne, bien que le taux d'hystérectomie soit en déclin constant au pays depuis le début des années 1980^{63, 64}.

Les taux d'hystérectomie varient considérablement dans le monde⁶⁵⁻⁶⁸ et au Canada. En 2008-2009, les taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge enregistrés au Canada variaient presque du simple au triple à l'échelle des provinces et des territoires, et du simple au quadruple à l'échelle des régions.

Il n'y a aucune explication simple en ce qui a trait à ces variations, mais trois types de facteurs principaux ont été relevés : les facteurs propres à la patiente, les facteurs propres au médecin et les facteurs propres au système de santé⁶⁴.

Certains des facteurs propres à la patiente sont de nature biologique. Il s'agit, entre autres, de l'âge^{63, 69} et des antécédents de fausse couche de la patiente, du nombre d'enfants qu'elle a eus et du motif clinique de la chirurgie^{70, 71}. D'autres facteurs sont de nature socioéconomique, comme le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Ainsi, dans plusieurs pays développés, des études ont montré qu'un avoir familial net et une situation socioéconomique plus élevés étaient associés à une moins grande probabilité de subir une hystérectomie⁷²⁻⁷⁴. De plus, on a démontré une corrélation entre un faible niveau de scolarité et une plus forte probabilité de se voir proposer l'hystérectomie⁷⁵ et de choisir de subir cette intervention^{70, 72, 75, 76}.

Les facteurs biologiques et socioéconomiques sont parfois interreliés. Par exemple, des études suggèrent que l'incidence de certaines affections prédisposant à l'hystérectomie, comme les cancers gynécologiques, peut être plus forte dans les groupes à revenu élevé⁷⁷. Inversement, certains troubles menstruels, raison possible de pratiquer une hystérectomie, peuvent être plus prévalents au sein des groupes à faible revenu⁷⁸. Il est donc important de tenir compte de telles corrélations. Néanmoins, au Canada, peu de données décrivent actuellement des différences majeures dans les facteurs biologiques entre les différents groupes socioéconomiques ou géographiques qui rendent l'hystérectomie nécessaire.

Le type de formation reçue par le médecin, le nombre d'années écoulées depuis l'obtention de son diplôme, de même que son âge et son sexe représentent certains des facteurs propres au médecin qui pourraient influencer les taux d'hystérectomie⁷⁹.

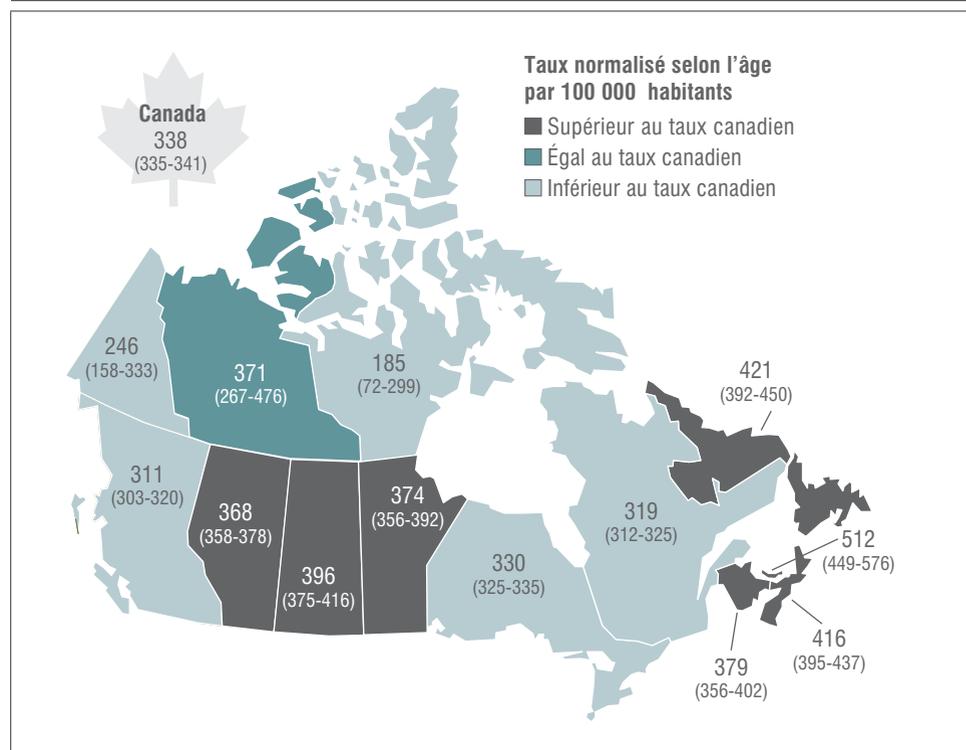
Quant aux facteurs propres au système de santé, ils s'appliquent à une plus vaste échelle : l'accessibilité des ressources et les particularités de la prestation des soins de santé dans un lieu précis. Par exemple, les études montrent que les régions dotées d'hôpitaux d'enseignement présentent des taux d'hystérectomie inférieurs à ceux des régions qui sont dépourvues de tels établissements⁸⁰. De façon similaire, des variations dans la prestation des soins de santé peuvent exister entre les régions urbaines et rurales, et d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Les hystérectomies à l'échelle canadienne

En 2008-2009, près de 47 000 hystérectomies ont été pratiquées au Canada, ce qui représente un taux, normalisé selon l'âge, de 338 hystérectomies^{iv} par 100 000 femmes de 20 ans ou plus. Le taux d'hystérectomie normalisé selon l'âge variait toutefois substantiellement d'une province et d'un territoire à l'autre, allant de 185 par 100 000 femmes au Nunavut et 246 au Yukon à 421 à Terre-Neuve-et-Labrador et 512 à l'Île-du-Prince-Édouard (voir la figure 7).

Figure 7

Taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge, par province et territoire, Canada, 2008-2009



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, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

iv. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au www.icis.ca/indicateurs.

Quel est l'effet de la vie en région rurale ou urbaine?

Le taux d'hystérectomie normalisé selon l'âge chez les femmes vivant en région rurale était de 464 par 100 000 femmes, soit 46 % de plus ($p < 0,05$) que le taux observé chez les Canadiennes vivant en région urbaine (318 par 100 000 femmes). Plusieurs facteurs ont été soulevés dans la littérature pour expliquer cette différence : les différents modèles de pratique des médecins, les approches variées des hôpitaux d'enseignement⁸⁰, de même que des problèmes d'accès, entre autres les difficultés vécues par les femmes des régions rurales qui doivent parcourir de longues distances pour recevoir des services de consultation externe comme solution de rechange à l'hystérectomie⁸¹.

Définition des régions urbaines et rurales

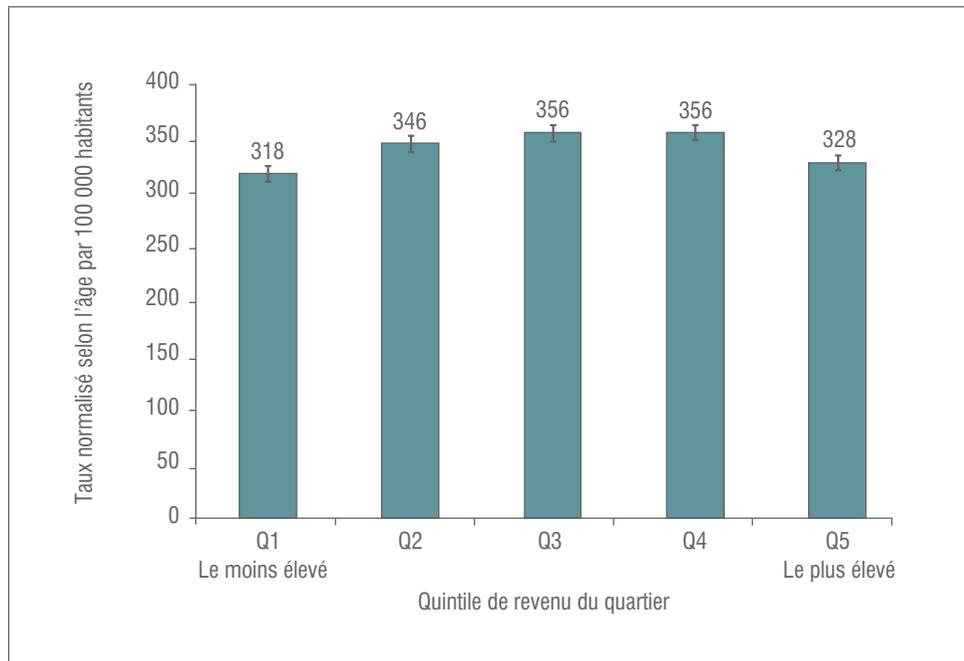
Les régions urbaines sont situées à l'intérieur des limites géographiques d'une région métropolitaine de recensement (dont le noyau urbain compte au moins 100 000 habitants) ou d'une agglomération de recensement (dont le noyau urbain compte au moins 10 000 habitants). Toute région n'étant pas classée comme urbaine est définie comme étant une région rurale.

Quel est l'effet du statut socioéconomique?

Cette question est complexe, les divers traitements ne présentant pas tous un gradient socioéconomique. Les taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge variaient en fonction du SSE, mais ne présentaient pas un gradient constant ni une tendance nette. En 2008-2009, les taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge chez les femmes vivant dans les quartiers les plus défavorisés et chez celles vivant dans les quartiers les plus riches étaient sensiblement inférieurs aux taux observés dans les trois groupes de revenu intermédiaires (voir la figure 8).

Figure 8

Taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarques

Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2008-2009 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006.

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, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

Regard sur les indications de l'hystérectomie

Différentes raisons peuvent pousser une femme à subir une hystérectomie. Il s'agit d'une indication claire pour certains cancers gynécologiques, mais pour d'autres problèmes, la décision d'opérer est souvent discrétionnaire, et l'hystérectomie n'est pas le seul traitement possible⁸². Les interventions chirurgicales pratiquées pour des indications discrétionnaires sont celles pour lesquelles les taux varient le plus et où les disparités sont les plus évidentes^{80, 83}. C'est pourquoi l'étude des taux d'hystérectomie selon les diverses indications peut présenter un intérêt particulier.

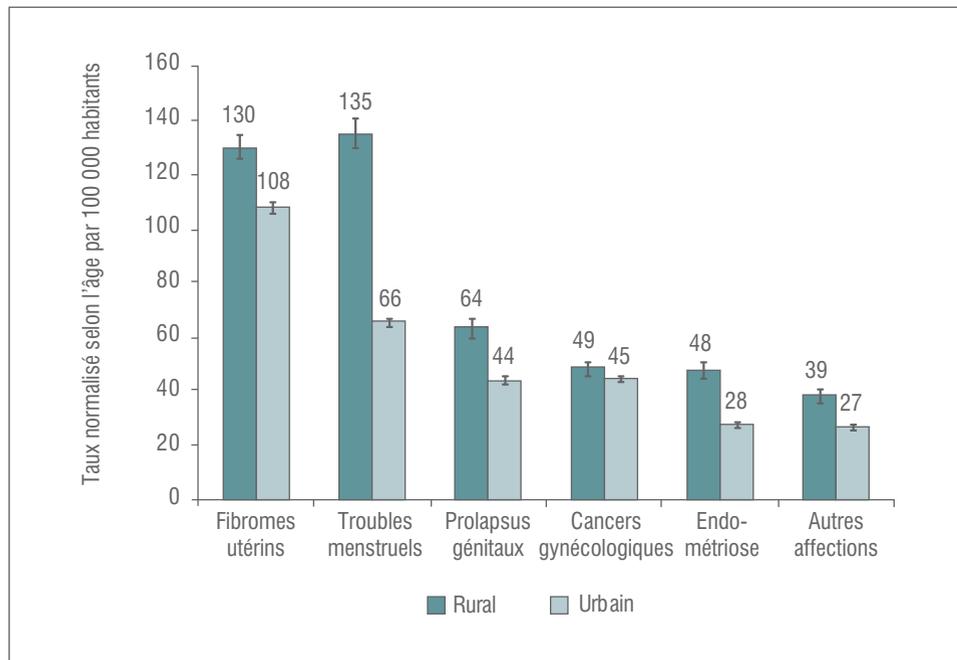
En 2008-2009, les indications les plus fréquentes de l'hystérectomie étaient :

- les fibromes utérins (35 %);
- les troubles menstruels (19 %);
- les prolapsus génitaux (15 %);
- les cancers gynécologiques (15 %);
- l'endométriase (8 %);
- d'autres problèmes n'appartenant pas aux groupes précédents (8 %).

Les taux d'hystérectomie variaient en fonction de la région géographique. Les taux globaux d'hystérectomie normalisés selon l'âge étaient considérablement plus élevés chez les femmes vivant dans les régions rurales que chez les femmes vivant dans les régions urbaines. L'écart le plus marqué a toutefois été observé dans les cas de troubles menstruels (voir la figure 9) : chez les femmes des régions rurales, le taux, normalisé selon l'âge, d'hystérectomie pratiquée en raison de troubles menstruels était presque le double du taux observé chez les femmes des régions urbaines. Aussi, les troubles menstruels étaient-ils l'indication principale de l'hystérectomie chez les femmes en région rurale, tandis que les fibromes utérins constituaient l'indication principale chez les habitantes des régions urbaines.

Figure 9

Taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge, selon l'indication et le type de région (urbaine ou rurale), Canada, 2008-2009



Remarques

Les données sur la population urbaine et rurale pour 2008-2009 ont été extrapolées à partir des données des recensements canadiens de 2001 et 2006.

Le symbole \pm représente des intervalles de confiance de 95 %.

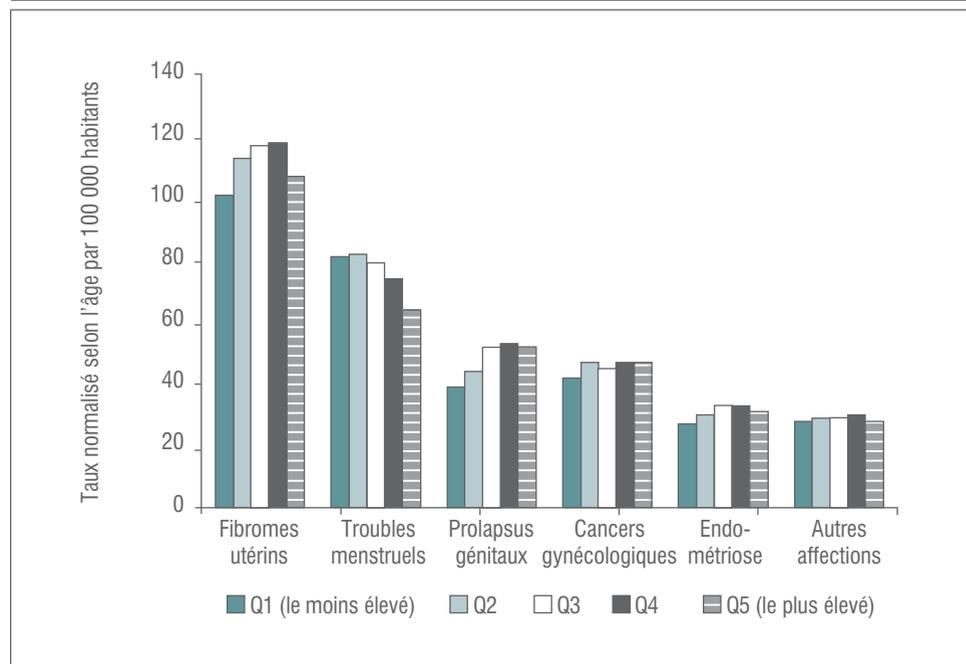
Sources

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, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Des différences ont aussi été remarquées en fonction des quintiles de revenu du quartier (figure 10). Par exemple, le taux, normalisé selon l'âge, d'hystérectomie pratiquée en raison de troubles menstruels était considérablement plus bas chez les femmes des quartiers les plus riches (64 par 100 000 femmes) que chez les femmes de tous les autres quintiles de revenu (de 74 à 82 par 100 000 femmes).

Figure 10

Taux d'hystérectomie normalisés selon l'âge, selon l'indication et le quintile de revenu du quartier, Canada, 2008-2009



Remarques

Les données par quintile de revenu relatives à la population de 2008-2009 ont été extrapolées au moyen de celles des recensements canadiens de 2001 et 2006.

Pour toutes les indications à l'exception de « Autres affections », les taux du premier quintile étaient statistiquement différents de ceux du cinquième quintile.

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, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; recensement de 2006, Statistique Canada.

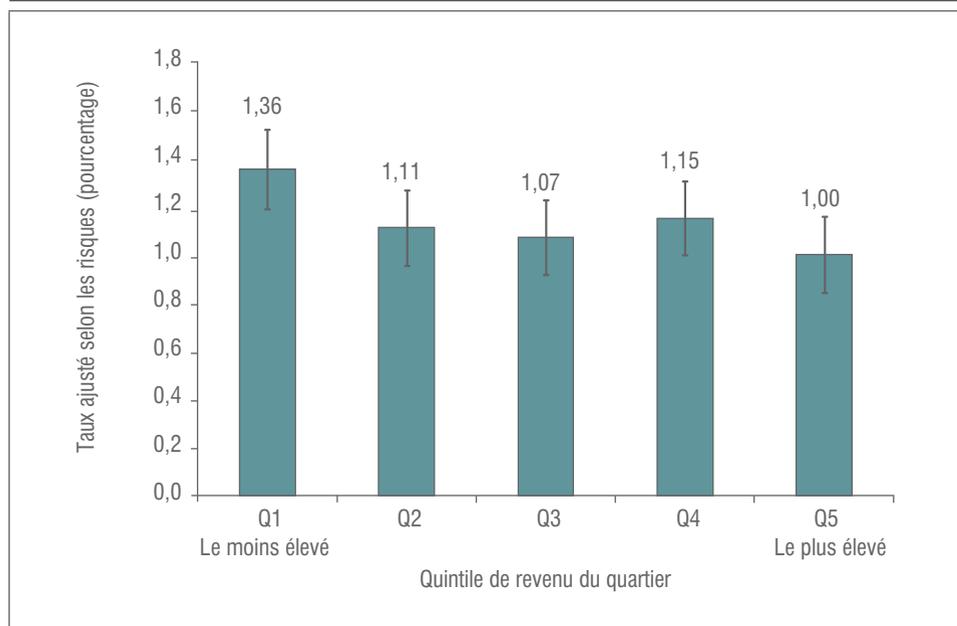
Réadmissions à l'hôpital à la suite d'une hystérectomie

Bien que les réadmissions imprévues ne soient pas toujours évitables, elles sont souvent vues comme une mesure de la qualité des soins reçus durant le séjour initial et après le congé de l'hôpital. De 2006-2007 à 2008-2009, 1,1 % des femmes ont été réadmisses de façon imprévue à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur congé à la suite d'une hystérectomie^v. Environ 92 % de ces réadmissions étaient attribuables à des infections postopératoires. Les taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie ajustés selon les risques variaient d'une province à l'autre, allant de 1,8 % en Saskatchewan à 1,0 % en Alberta et en Colombie-Britannique.

Les taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie variaient également en fonction du quintile de revenu du quartier (voir la figure 11). Le taux de réadmission, ajusté selon les risques, de 1,36 % chez les femmes des quartiers les plus défavorisés était supérieur au taux observé chez les femmes des quartiers les plus riches (1,0 %; $p < 0,05$). Aucune différence importante n'a été démontrée entre les habitantes des régions urbaines et rurales.

Figure 11

Taux de réadmissions à la suite d'une hystérectomie, ajusté selon les risques, par quintile de revenu du quartier, Canada, 2006-2007 à 2008-2009



Remarques

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

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 les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; recensement de 2006, Statistique Canada.

v. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie de l'indicateur, veuillez vous rendre au www.icis.ca/indicateurs.

Hystérectomies : qui, où et pourquoi?

Il est important de tenir compte des disparités, car elles peuvent mettre en évidence les groupes susceptibles d'avoir davantage besoin des services ou d'être plus à risque de complications chirurgicales. Les disparités peuvent également servir de signal d'alarme en ce qui concerne la sur- ou sous-utilisation d'une intervention chirurgicale et indiquer les secteurs où l'accès à des soins de santé adéquats est peut-être limité.

Il est difficile d'évaluer l'existence d'un même *accès aux services disponibles pour le même besoin et d'une même utilisation pour le même besoin* en l'absence de données exhaustives sur la prévalence de toutes les affections sous-jacentes. Les variations significatives dans les taux d'hystérectomie par région géographique et indication peuvent toutefois signaler des disparités dans l'utilisation ou dans l'accès à d'autres options de traitement. De plus, les variations dans les taux de réadmission à la suite d'une hystérectomie en fonction de la région géographique et du revenu du quartier peuvent être liées à des disparités dans la qualité des soins avant, pendant ou après l'hospitalisation.

Mot de la fin

Des disparités en matière de santé apparaissent en raison des circonstances et de l'environnement dans lesquels les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et en raison des systèmes de santé mis en place pour promouvoir la santé et traiter la maladie. Le présent rapport est une première étape de l'analyse des disparités dans le système de santé du Canada. À partir de deux motifs courants d'hospitalisation, comme les crises cardiaques et les hystérectomies, l'analyse montre qu'il existe des disparités pour certaines affections et interventions au Canada.

D'importants gradients socioéconomiques ressortent au chapitre des taux de crises cardiaques. Par contre, peu de différences ont été constatées dans les taux de réadmission à la suite d'une crise cardiaque ou dans le type de personnes qui reçoivent des traitements comme la revascularisation cardiaque. Par ailleurs, aucune différence n'a été observée dans les taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission à la suite d'une crise cardiaque. Ces résultats laissent entrevoir qu'il n'existe pratiquement aucune disparité dans l'accès aux soins de santé et les résultats parmi les personnes ayant subi une crise cardiaque, mais que des disparités sont présentes avant l'admission.

D'importantes variations géographiques ont été observées en ce qui a trait aux taux d'hystérectomie et de réadmission à la suite d'une hystérectomie. De telles variations sont également présentes au chapitre des motifs justifiant le recours à l'hystérectomie. Par contre, il existe peu de différences liées au statut socioéconomique dans les taux d'hystérectomie.

Le présent rapport est le fruit du travail du Projet des indicateurs de santé visant à mesurer les disparités en matière de santé au Canada et à en rendre compte. Il faudra pousser plus loin l'analyse afin d'expliquer où et pourquoi ces disparités existent et comment des interventions ciblées peuvent contribuer à les réduire.

Lacunes en matière d'information

Ce que nous savons

- Au Canada, il existe des disparités en matière de santé entre les groupes de statut socioéconomique et les régions géographiques pour certaines affections et interventions.
- Il est important de mesurer les disparités en matière de santé et d'en rendre compte, car certaines peuvent être réduites ou prévenues.
- Au Canada, les taux de crises cardiaques varient considérablement en fonction du groupe de statut socioéconomique. Il existe toutefois peu ou pas de différence sur les plans de l'accès à la revascularisation cardiaque, des taux de réadmission et des taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une crise cardiaque.
- Les taux d'hystérectomie et de réadmission à la suite d'une hystérectomie varient en fonction du groupe de statut socioéconomique et surtout en fonction de la région géographique.

Ce que nous ignorons

- L'ampleur exacte des disparités en matière de santé au Canada.
- Le degré d'influence des facteurs ou des comportements individuels sur les disparités en matière de santé, comparativement au contexte socioéconomique.
- Les interventions et les programmes les plus susceptibles de réduire certaines disparités en matière de santé et dans quel contexte.

Ce qui se passe

- En 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé a créé le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé. Cette même année, ce Groupe de travail a produit un rapport traitant de la réduction des disparités en matière de santé au Canada, intitulé *Réduire les disparités sur le plan de la santé — rôles du secteur de la santé : document de travail*.
- En 2005, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé la Commission des déterminants sociaux de la santé pour orienter les efforts visant la réduction des disparités en matière de santé. Par la suite, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a créé le Groupe de référence canadien de la Commission pour faire avancer les travaux relatifs aux déterminants de la santé.

- En 2008, la Commission a publié son rapport final, intitulé *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, qui formule des recommandations visant la réduction des disparités en matière de santé. Ce rapport invite également les gouvernements nationaux à mettre en place des systèmes de suivi des disparités en matière de santé et propose des cadres de surveillance minimale et exhaustive des disparités en matière de santé à l'échelle nationale.
- En 2010, le Réseau de santé publique pancanadien a publié le rapport *Indicateurs d'inégalités en santé* pour faire suite aux recommandations de la Commission de l'OMS et du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé. Le rapport recommande l'adoption d'une série d'indicateurs pouvant servir à mesurer les disparités en matière de santé et dans les principaux déterminants de la santé au Canada et à en rendre compte.

Références

1. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *Reducing Health Disparities—Roles of the Health Sector: Discussion Paper*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2004.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Targets for Health for All*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1985.
3. Commission des déterminants sociaux de la santé, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé — rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé]*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2008.
4. Administrateur en chef de la santé publique, *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2008 [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008]*, Ottawa (Ont.), ministre de la Santé, 2008.
5. Association canadienne de santé publique, *Health Impacts of Social and Economic Conditions: Implications for Public Policy*, Ottawa (Ont.), ACSP, 1997.
6. Santé Canada, *Taking Action on Population Health [Pour une population en meilleure santé : une action concrète]*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1998.
7. M. Whitehead et G. Dahlgren, *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 1*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.
8. M. Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Copenhague (Danemark), Organisation mondiale de la Santé, 1990.
9. R. Pampalon et coll., « A Comparison of Individual and Area-Based Socio-Economic Data for Monitoring Social Inequalities in Health », *Health Reports* [« Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapports sur la santé*], vol. 20, n° 4 (2009), p. 85-94.
10. D. A. Southern et coll., « Individual-Level and Neighborhood-Level Income Measures: Agreement and Association With Outcomes in a Cardiac Disease Cohort », *Medical Care*, vol. 43, n° 11 (2005), p. 1116-1122.
11. S. E. Taylor et coll., « Health Psychology: What Is an Unhealthy Environment and How Does It Get Under the Skin? », *Annual Review of Psychology*, vol. 48 (1997), p. 411-447.
12. C. Wang et coll., « Neighborhood Income and Health Outcomes in Infants: How Do Those With Complex Chronic Conditions Fare? », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 163, n° 7 (2009), p. 608-615.

13. R. Wilkins et coll., « Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada From 1971 to 1996 », *Health Reports* [« Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, 1971-1996 », *Rapports sur la santé*], vol. 13, suppl. (2002), p. 1-27.
14. R. J. Sampson et coll., « Assessing 'Neighborhood Effects': Social Processes and New Directions in Research », *Annual Review of Sociology*, vol. 28 (2002), p. 443-478.
15. K. L. Frohlich et coll., « Health Disparities in Canada Today: Some Evidence and a Theoretical Framework », *Health Policy*, vol. 79 (2006), p. 132-143.
16. H. M. Orpana et L. Lemyre, « Explaining the Social Gradient in Health in Canada: Using the National Population Health Survey to Examine the Role of Stressors », *International Journal of Behavioural Medicine*, vol. 11, n° 3 (2004), p. 143-151.
17. P. D. James et coll., « Avoidable Mortality by Neighbourhood Income in Canada: 25 Years After the Establishment of Universal Health Insurance », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 61, n° 4 (2007), p. 287-296.
18. I. H. Yen et S. L. Syme, « The Social Environment and Health: A Discussion of the Epidemiologic Literature », *Annual Review of Public Health*, vol. 20 (1999), p. 287-308.
19. C. A. Mustard et coll., « Assessing Ecologic Proxies for Household Income: A Comparison of Household and Neighbourhood Level Income Measures in the Study of Population Health Status », *Health & Place*, vol. 5, n° 2 (1999), p. 157-171.
20. A. E. Kunst et J. P. Mackenbach, *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*, Copenhague (Danemark), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1994.
21. Statistique Canada, *Leading Causes of Death in Canada—2005 [Les principales causes de décès au Canada — 2005]*, dernière modification en 2008. Consulté le 27 janvier 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2009000/tbl/t001-eng.pdf>>.
22. S. Yusuf et coll., « Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study », *Lancet*, vol. 364, n° 9438 (2004), p. 937-952.
23. Agence de la santé publique du Canada, *Tracking Heart Disease and Stroke in Canada [Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada]*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2009.
24. M. G. Marmot et J. F. Mustard, « Coronary Heart Disease From a Population Perspective », *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, T. Marmor, M. Barer et R. Evans (dir.), Piscataway (New Jersey), Aldine Transaction, 1994, p. 189-214.
25. M. G. Marmot et coll., « Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall II Study », *Lancet*, vol. 337, n° 8754 (1991), p. 1387-1393.
26. G. Rose et M. G. Marmot, « Social Class and Coronary Heart Disease », *British Heart Journal*, vol. 45, n° 1 (1981), p. 13-19.
27. C. A. Davies et coll., « Increasing Socioeconomic Inequalities in First Acute Myocardial Infarction in Scotland, 1990-92 and 2000-02 », *BMC Public Health Research*, vol. 9 (2009), p. 134.

28. C. Morrison et coll., « Effect of Socioeconomic Group on Incidence of, Management of, and Survival After Myocardial Infarction and Coronary Death: Analysis of Community Coronary Event Register », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7080 (1997), p. 541-546.
29. S. Picciotto et coll., « Associations of Area Based Deprivation Status and Individual Educational Attainment With Incidence, Treatment, and Prognosis of First Coronary Event in Rome, Italy », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 60, n° 1 (2006), p. 37-43.
30. A. Rosengren et coll., « Education and Risk for Acute Myocardial Infarction in 52 High, Middle and Low-Income Countries: INTERHEART Case-Control Study », *Heart*, vol. 95, n° 24 (2009), p. 2014-2022.
31. V. Salomaa et coll., « Relationship of Socioeconomic Status to the Incidence and Prehospital, 28-Day, and 1-Year Mortality Rates of Acute Coronary Events in the FINMONICA Myocardial Infarction Register Study », *Circulation*, vol. 101, n° 16 (2000), p. 1913-1918.
32. K. Sundquist et coll., « Neighborhood Socioeconomic Environment and Incidence of Coronary Heart Disease: A Follow-Up Study of 25,319 Women and Men in Sweden », *American Journal of Epidemiology*, vol. 159, n° 7 (2004), p. 655-662.
33. E. B. Loucks et coll., « Life-Course Socioeconomic Position and Incidence of Coronary Heart Disease: The Framingham Offspring Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 169, n° 7 (2009), p. 829-836.
34. R. H. Chan et coll., « Influence of Socioeconomic Status on Lifestyle Behavior Modifications Among Survivors of Acute Myocardial Infarction », *American Journal of Cardiology*, vol. 102, n° 12 (2008), p. 1583-1588.
35. S. J. Pocock et coll., « Social Class Differences in Ischaemic Heart Disease in British Men », *Lancet*, vol. 2, n° 8552 (1987), p. 197-201.
36. D. A. Alter et coll., « Influence of Education and Income on Atherogenic Risk Factor Profiles Among Patients Hospitalized With Acute Myocardial Infarction », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 12 (2004), p. 1219-1228.
37. R. Choinière et coll., « Distribution of Cardiovascular Disease Risk Factors by Socioeconomic Status Among Canadian Adults », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n° 9, suppl. (2000), p. S13-S24.
38. D. S. Lee et coll., « Trends in Risk Factors for Cardiovascular Disease in Canada: Temporal, Socio-Demographic and Geographic Factors », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n°s 3-4 (2009), p. E55-E66.
39. 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 (Committee to Revise the 1991 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery) », *Circulation*, vol. 100, n° 13 (1999), p. 1464-1480.
40. 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.

41. 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.
42. M. Labinaz et coll., « 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.
43. 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.
44. C. Ancona et coll., « Differences in Access to Coronary Care Unit Among Patients With Acute Myocardial Infarction in Rome: Old, Ill, and Poor People Hold the Burden of Inefficiency », *BMC Health Services Research*, vol. 4, n° 1 (2004), p. 34.
45. Y. Gerber et coll., « Interaction Between Income and Education in Predicting Long-Term Survival After Acute Myocardial Infarction », *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 15, n° 5 (2008), p. 526-532.
46. T. Hetemaa et coll., « Socioeconomic Inequities in Invasive Cardiac Procedures Among Patients With Incident Angina Pectoris or Myocardial Infarction », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, n° 2 (2006), p. 116-123.
47. J. Quatromoni et R. Jones, « Inequalities in Socio-Economic Status and Invasive Procedures for Coronary Heart Disease: A Comparison Between the USA and the UK », *International Journal of Clinical Practice*, vol. 62, n° 12 (2008), p. 1910-1919.
48. D. A. Alter et coll., « Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality After Acute Myocardial Infarction », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 18 (1999), p. 1359-1367.
49. L. Pilote et coll., « Universal Health Insurance Coverage Does Not Eliminate Inequities in Access to Cardiac Procedures After Acute Myocardial Infarction », *American Heart Journal*, vol. 146, n° 6 (2003), p. 1030-1037.
50. D. A. Alter et coll., « Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care Among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada », *JAMA*, vol. 291, n° 9 (2004), p. 1100-1107.
51. W. C. Chang et coll., « Effects of Socioeconomic Status on Mortality After Acute Myocardial Infarction », *The American Journal of Medicine*, vol. 120, n° 1 (2007), p. 33-39.
52. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI for 2008 [Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
53. S. Jedrzkiewicz et coll., « Temporal Trends in the Use of Invasive Cardiac Procedures for Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndromes According to Initial Risk Stratification », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 25, n° 11 (2009), p. e370-e376.
54. A. T. Yan et coll., « Management Patterns in Relation to Risk Stratification Among Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndromes », *Archives of Internal Medicine*, vol. 167, n° 10 (2007), p. 1009-1016.

55. M. I. Zia et coll., « Paradoxical Use of Invasive Cardiac Procedures for Patients With Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction: An International Perspective From the CRUSADE Initiative and the Canadian ACS Registries I and II », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 23, n° 13 (2007), p. 1073-1079.
56. D. A. Alter et coll., « Long-Term MI Outcomes at Hospitals With or Without On-Site Revascularization », *JAMA*, vol. 285, n° 16 (2001), p. 2101-2108.
57. I. Popescu et coll., « Differences in Mortality and Use of Revascularization in Black and White Patients With Acute MI Admitted to Hospitals With and Without Revascularization Services », *JAMA*, vol. 297, n° 22 (2007), p. 2489-2495.
58. F. Van de Werf et coll., « Access to Catheterisation Facilities in Patients Admitted With Acute Coronary Syndrome: Multinational Registry Study », *British Medical Journal*, vol. 330, n° 7489 (2005), p. 441.
59. Y. Gerber et coll., « Neighborhood Income and Individual Education: Effect on Survival After Myocardial Infarction », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 83, n° 6 (2008), p. 663-669.
60. S. Gerward et coll., « Survival Rate 28 Days After Hospital Admission With First Myocardial Infarction. Inverse Relationship With Socio-Economic Circumstances », *Journal of Internal Medicine*, vol. 259, n° 2 (2006), p. 164-172.
61. S. M. Bernheim et coll., « Socioeconomic Disparities in Outcomes After Acute Myocardial Infarction », *American Heart Journal*, vol. 153, n° 2 (2007), p. 313-319.
62. D. A. Alter et coll., « Socioeconomic Status and Mortality After Acute Myocardial Infarction », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n° 2 (2006), p. 82-93.
63. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009 [Indicateurs de santé 2009]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
64. W. J. Millar, « Hysterectomy, 1981/82 to 1996/97 », *Health Reports* [« Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997 », *Rapports sur la santé*], vol. 12, n° 2 (2001), p. 9-22.
65. C. Lundholm et coll., « Hysterectomy on Benign Indications in Sweden 1987-2003: A Nationwide Trend Analysis », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 88, n° 1 (2009), p. 52-58.
66. Organisation de coopération et de développement économiques, *OECD Health Data 2009 [Éco-Santé OCDE 2009]*, Paris (France), OCDE, 2009.
67. K. Spilsbury et coll., « Persistent High Rates of Hysterectomy in Western Australia: A Population-Based Study of 83 000 Procedures Over 23 Years », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 113, n° 7 (2006), p. 804-809.
68. M. K. Whiteman et coll., « Inpatient Hysterectomy Surveillance in the United States, 2000-2004 », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 198, n° 1 (2008), p. 34-37.
69. 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* [« Utilisation du frottis de Papanicolaou au Canada : estimation basée sur une population admissible rajustée en fonction des antécédents d'hystérectomie », *Maladies chroniques au Canada*], vol. 19, n° 1 (1998), p. 19-24.

70. K. M. Brett et coll., « Epidemiology of Hysterectomy in the United States: Demographic and Reproductive Factors in a Nationally Representative Sample », *Journal of Women's Health*, vol. 6, n° 3 (1997), p. 309-316.
71. A. Dharmalingam et coll., « Biosocial Determinants of Hysterectomy in New Zealand », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 9 (2000), p. 1455-1458.
72. R. Cooper et coll., « Socioeconomic Position and Hysterectomy: A Cross-Cohort Comparison of Women in Australia and Great Britain », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, n° 12 (2008), p. 1057-1063.
73. K. Kjerulff et coll., « The Socioeconomic Correlates of Hysterectomies in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 1 (1993), p. 106-108.
74. N. F. Marks et D. S. Shinberg, « Socioeconomic Differences in Hysterectomy: The Wisconsin Longitudinal Study », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9 (1997), p. 1507-1514.
75. G. Santow, « Education and Hysterectomy », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 35, n° 1 (1995), p. 60-69.
76. B. L. Harlow et R. L. Barbieri, « Influence of Education on Risk of Hysterectomy Before Age 45 Years », *American Journal of Epidemiology*, vol. 150, n° 8 (1999), p. 843-847.
77. L. Elit et coll., « Patterns of Surgical Care for Uterine Cancers in Ontario », *European Journal of Gynaecological Oncology*, vol. 30, n° 3 (2009), p. 255-258.
78. D. J. Jamieson et J. F. Steege, « The Prevalence of Dysmenorrhea, Dyspareunia, Pelvic Pain, and Irritable Bowel Syndrome in Primary Care Practices », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 87, n° 1 (1996), p. 55-58.
79. N. A. Bickell et coll., « Gynecologists' Sex, Clinical Beliefs, and Hysterectomy Rates », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 10 (1994), p. 1649-1652.
80. R. E. Hall et M. M. Cohen, « Variations in Hysterectomy Rates in Ontario: Does the Indication Matter? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 151, n° 12 (1994), p. 1713-1719.
81. G. Santow et M. Bracher, « Correlates of Hysterectomy in Australia », *Social Science & Medicine*, vol. 34, n° 8 (1992), p. 929-942.
82. G. Lefebvre et coll., « SOGC Clinical Guidelines—Hysterectomy », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 24, n° 1 (2002), p. 37-61.
83. J. F. Gentleman et coll., « Surgical Rates in Subprovincial Areas Across Canada: Rankings of 39 Procedures in Order of Variation », *Canadian Journal of Surgery*, vol. 39, n° 5 (1996), p. 361-367.
84. Institut canadien d'information sur la santé, *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada [Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.



Indicateurs de santé :

une région à la fois



Indicateurs de santé : une région à la fois

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.

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 produits 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 ou le www.statcan.gc.ca.

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 ou www.statcan.gc.ca). Veuillez consulter la carte des régions sanitaires du Canada à la page 84.

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

Code de carte	Région sanitaire	Nom de légende	Population (en milliers) 2008	Population 65 ans ou plus (%) 2008	Rapport de dépendance 2008
Terre-Neuve-et-Labrador		T.-N.-L.	509	14,5	55,8
1011	Eastern Regional Integrated Health Authority	Eastern	298	13,5	53,1
1012	Central Regional Integrated Health Authority	Central	94	17,3	61,0
1013	Western Regional Integrated Health Authority	Western	79	16,6	61,0
Île-du-Prince-Édouard		Î.-P.-É.	141	15,2	63,3
Nouvelle-Écosse		N.-É.	939	15,5	58,3
1211	South Shore District Health Authority	South Shore	59	19,7	61,6
1212	South West Nova District Health Authority	South West Nova	60	17,9	62,9
1213	Annapolis Valley District Health Authority	Annapolis Valley	83	17,3	65,7
1214	Colchester East Hants Health Authority	Colchester East Hants	74	15,9	64,1
1218	Cape Breton District Health Authority	Cape Breton	125	18,2	65,9
1219	Capital District Health Authority	Capital	415	12,3	51,3
Nouveau-Brunswick		N.-B.	748	15,3	57,7
1301	Zone 1	Zone 1 (région de Moncton)	199	15,2	54,7
1302	Zone 2	Zone 2 (région de Saint John)	174	14,9	61,7
1303	Zone 3	Zone 3 (région de Fredericton)	171	13,9	57,4
1304	Zone 4	Zone 4 (région d'Edmundston)	50	15,7	55,0
1306	Zone 6	Zone 6 (région de Bathurst)	79	16,5	55,4
Québec		Qc	7 772	14,7	56,1
2401	ASSS du Bas-Saint-Laurent	Bas-Saint-Laurent	202	17,6	58,8
2402	ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	Saguenay–Lac-Saint-Jean	275	15,6	56,3
2403	ASSS de la Capitale-Nationale	Capitale-Nationale	680	16,0	51,8
2404	ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Mauricie et Centre-du-Québec	492	17,2	58,7
2405	ASSS de l'Estrie	Estrie	305	15,7	59,2
2406	ASSS de Montréal	Montréal	1 878	15,2	51,4
2407	ASSS de l'Outaouais	Outaouais	352	11,7	54,6
2408	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Abitibi-Témiscamingue	146	13,6	58,8
2409	ASSS de la Côte-Nord	Côte-Nord	96	12,7	55,8
2411	ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	95	18,5	57,6
2412	ASSS de la Chaudière-Appalaches	Chaudière-Appalaches	402	14,9	56,9
2413	ASSS de Laval	Laval	384	14,5	60,7
2414	ASSS de Lanaudière	Lanaudière	453	12,7	58,7
2415	ASSS des Laurentides	Laurentides	535	13,0	59,0
2416	ASSS de la Montérégie	Montréal	1 415	13,5	58,7
Ontario		Ont.	12 977	13,5	58,5
3501	RLISS d'Érie St. Clair	Érie St. Clair	649	14,6	61,8
3502	RLISS du Sud-Ouest	Sud-Ouest	944	15,1	62,6
3503	RLISS de Waterloo Wellington	Waterloo Wellington	731	12,1	57,0
3504	RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 382	15,3	62,2
3505	RLISS du Centre-Ouest	Centre-Ouest	812	10,1	57,3
3506	RLISS de Mississauga Halton	Mississauga Halton	1 102	10,6	58,5
3507	RLISS de Toronto-Centre	Toronto-Centre	1 167	13,6	52,3
3508	RLISS du Centre	Centre	1 664	11,9	56,0
3509	RLISS du Centre-Est	Centre-Est	1 519	13,7	58,0
3510	RLISS du Sud-Est	Sud-Est	487	16,9	62,6
3511	RLISS de Champlain	Champlain	1 217	13,3	56,0
3512	RLISS de Simcoe-Nord Muskoka	Simcoe-Nord Muskoka	447	15,0	62,7
3513	RLISS du Nord-Est	Nord-Est	569	16,7	61,8
3514	RLISS du Nord-Ouest	Nord-Ouest	239	14,3	62,8
Manitoba		Man.	1 211	13,8	64,1
4610	Office régional de la santé de Winnipeg	Winnipeg	681	13,9	56,7
4615	Office régional de la santé de Brandon	Brandon	50	14,9	60,6
4625	Santé Sud-Est	Sud-Est	66	10,5	73,8
4630	Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs	Entre-les-Lacs	82	15,1	68,4
4640	Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc.	Centre	105	13,6	77,8
4645	Office régional de la santé Assiniboine	Assiniboine	70	18,9	76,7

Code de carte	Région sanitaire	Nom de légende	Population (en milliers) 2008	Population 65 ans ou plus (%) 2008	Rapport de dépendance 2008
Saskatchewan		Sask.	1 021	14,9	68,5
4701	Sun Country Health Region	Sun Country	53	17,3	70,4
4702	Five Hills Health Region	Five Hills	53	19,0	72,5
4704	Regina Qu'Appelle Health Region	Regina	250	14,0	61,4
4705	Sunrise Health Region	Sunrise	54	22,1	83,0
4706	Saskatoon Health Region	Saskatoon	300	13,2	60,6
4709	Prince Albert Parkland RHA	Prince Albert	76	15,6	81,4
4710	Prairie North Health Region	Prairie North	70	12,5	76,7
Alberta		Alb.	3 611	10,4	53,2
4821	Zone 1 (Chinook)	Zone 1 (Chinook)	167	13,1	65,4
4822	Zone 2 (Palliser)	Zone 2 (Palliser)	110	13,5	61,4
4823	Zone 3 (Calgary)	Zone 3 (Calgary)	1 322	9,5	48,9
4824	Zone 4 (David Thompson)	Zone 4 (David Thompson)	324	11,1	56,9
4825	Zone 5 (East Central)	Zone 5 (East Central)	118	14,9	68,8
4826	Zone 6 (Capital)	Zone 6 (Capital)	1 126	10,9	51,5
4827	Zone 7 (Aspen)	Zone 7 (Aspen)	187	11,3	66,6
4828	Zone 8 (Peace Country)	Zone 8 (Peace Country)	147	8,1	58,9
4829	Zone 9 (Northern Lights)	Zone 9 (Northern Lights)	84	3,2	43,2
Colombie-Britannique		C.-B.	4 406	14,6	57,5
5911	East Kootenay HSDA	East Kootenay	79	15,8	63,2
5912	Kootenay Boundary HSDA	Kootenay Boundary	78	17,9	65,0
5913	Okanagan HSDA	Okanagan	345	20,1	69,4
5914	Thompson Cariboo Shuswap HSDA	Thompson/Cariboo/Shuswap	220	16,2	64,0
5921	Fraser East HSDA	Fraser East	276	14,2	66,6
5922	Fraser North HSDA	Fraser North	585	12,0	52,1
5923	Fraser South HSDA	Fraser South	680	12,2	59,9
5931	Richmond HSDA	Richmond	189	13,9	55,8
5932	Vancouver HSDA	Vancouver	630	12,9	41,8
5933	North Shore/Coast Garibaldi HSDA	North Shore	273	15,5	59,6
5941	South Vancouver Island HSDA	South Vancouver Island	364	17,4	55,7
5942	Central Vancouver Island HSDA	Central Vancouver Island	258	19,7	69,9
5943	North Vancouver Island HSDA	North Vancouver Island	119	16,0	64,2
5951	Northwest HSDA	Northwest	75	10,6	64,4
5952	Northern Interior HSDA	Northern Interior	142	11,0	58,9
5953	Northeast HSDA	Northeast	67	8,4	58,1
Yukon		Yn	33	7,6	48,4
Territoires du Nord-Ouest		T.N.-O.	43	5,0	53,8
Nunavut		Nun.	32	2,8	83,5
Canada		Canada	33 441	13,8	57,6

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 permettent de calculer les 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 données sur la croissance démographique des régions sanitaires de la Colombie-Britannique ont été fournies par BC Stats.

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.

Autoévaluation des affections

	Santé perçue (12 ans ou plus) (excellente ou très bon) 2008		Asthme (12 ans ou plus) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	61,5	(58,8-64,3)	8,3	(6,7-9,8)
Î.-P.-É.	61,7	(57,9-65,4)	7,5	(5,4-9,5)
N.-É.	56,3	(53,6-59,0)	9,9	(8,3-11,4)
N.-B.	54,9	(52,3-57,5)	8,7	(7,4-10,0)
Qc	59,3	(57,9-60,7)	8,9	(8,1-9,7)
Ont.	59,3	(58,2-60,5)	8,3	(7,7-8,9)
Man.	54,1	(51,3-56,9)	10,4	(8,5-12,3)
Sask.	54,1	(52,0-56,3)	8,7	(7,5-9,9)
Alb.	63,0	(61,1-64,9)	7,8	(6,9-8,7)
C.-B.	56,9	(55,4-58,5)	7,4	(6,5-8,3)
Yn	60,7	(55,7-65,6)	8,2▼	(5,5▼-10,9▼)
T.N.-O.	48,7	(44,5-52,9)	6,5▼	(3,5▼-9,4▼)
Nun.	49,1	(43,2-55,1)	4,0▼	(1,5▼-6,5▼)
Canada	58,9	(58,2-59,6)	8,4	(8,0-8,7)

	Hypertension (12 ans ou plus) 2008		Diabète (12 ans ou plus) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	20,2	(18,3-22,1)	8,8	(7,3-10,4)
Î.-P.-É.	18,6	(15,8-21,3)	6,7	(5,0-8,5)
N.-É.	20,4	(18,5-22,2)	7,4	(6,1-8,6)
N.-B.	19,3	(17,9-20,8)	7,8	(6,7-9,0)
Qc	16,3	(15,4-17,1)	6,0	(5,3-6,6)
Ont.	16,6	(15,9-17,4)	6,2	(5,6-6,7)
Man.	18,4	(16,8-20,0)	5,0	(4,1-5,9)
Sask.	18,6	(17,0-20,2)	6,4	(5,5-7,3)
Alb.	14,8	(13,6-15,9)	4,7	(4,0-5,4)
C.-B.	14,7	(13,7-15,7)	4,9	(4,3-5,6)
Yn	11,3	(8,0-14,7)	2,7▼	(1,3▼-4,0▼)
T.N.-O.	10,8	(8,2-13,4)	3,8▼	(2,1▼-5,5▼)
Nun.	6,1▼	(3,4▼-8,7▼)	*	* *
Canada	16,4	(16,0-16,8)	5,9	(5,6-6,2)

	Arthrite (12 ans ou plus) 2008		Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans ou plus) (30 ou plus) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	20,1	(18,0-22,3)	27,4	(24,6-30,2)
Î.-P.-É.	18,5	(15,8-21,3)	23,9	(20,6-27,2)
N.-É.	21,3	(19,5-23,1)	24,8	(22,5-27,1)
N.-B.	20,2	(18,5-21,8)	23,5	(21,3-25,7)
Qc	11,2	(10,5-12,0)	15,5	(14,4-16,6)
Ont.	16,9	(16,2-17,7)	17,1	(16,2-17,9)
Man.	17,5	(16,0-19,0)	20,3	(18,2-22,4)
Sask.	18,4	(16,9-19,9)	25,6	(23,5-27,6)
Alb.	14,2	(13,0-15,3)	18,3	(16,9-19,7)
C.-B.	14,7	(13,7-15,6)	13,5	(12,4-14,6)
Yn	11,3	(8,2-14,5)	17,6	(13,7-21,6)
T.N.-O.	11,0	(7,6-14,4)	24,9	(18,4-31,5)
Nun.	10,7	(8,3-13,2)	27,7	(21,6-33,8)
Canada	15,3	(14,9-15,7)	17,2	(16,8-17,7)

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 ou www.statcan.gc.ca

Santé perçue

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. La santé perçue est un indicateur de l'état de santé global d'une personne. Il peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental.

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

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

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

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

Arthrite

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

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

Indice de masse corporelle chez les adultes

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.

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

Code de carte	Région sanitaire	Hospitalisation à la suite d'une blessure 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		539	(519-559)
1011	Eastern	*486	(461-510)
1012	Central	*433	(389-477)
1013	Western	587	(533-640)
Île-du-Prince-Édouard		*580	(541-618)
Nouvelle-Écosse		*504	(490-518)
1211	South Shore	576	(515-637)
1212	South West Nova	530	(474-585)
1213	Annapolis Valley	*458	(414-503)
1214	Colchester East Hants	563	(509-617)
1218	Cape Breton	*580	(537-622)
1219	Capital	*425	(406-445)
Nouveau-Brunswick		*592	(575-609)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*475	(445-504)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	517	(484-550)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*577	(543-612)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*950	(865-1 036)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*601	(545-657)
Québec		531	(526-536)
2401	Bas-Saint-Laurent	*610	(577-642)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*696	(665-727)
2403	Capitale-Nationale	526	(510-543)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*632	(610-654)
2405	Estrie	*680	(652-709)
2406	Montréal	*414	(405-423)
2407	Outaouais	*472	(449-494)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*830	(783-877)
2409	Côte-Nord	*691	(638-744)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*720	(666-774)
2412	Chaudière-Appalaches	549	(527-571)
2413	Laval	*460	(439-480)
2414	Lanaudière	*509	(488-530)
2415	Laurentides	*624	(603-645)
2416	Montérégie	*519	(508-531)
Ontario		*420	(416-423)
3501	Érié St. Clair	*437	(421-452)
3502	Sud-Ouest	533	(519-547)
3503	Waterloo Wellington	*402	(387-416)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*497	(486-508)
3505	Centre-Ouest	*319	(307-332)
3506	Mississauga Halton	*330	(320-341)
3507	Toronto-Centre	*363	(353-373)
3508	Centre	*304	(296-312)
3509	Centre-Est	*356	(347-366)
3510	Sud-Est	*413	(395-430)
3511	Champlain	*426	(415-438)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*505	(485-524)
3513	Nord-Est	*631	(611-651)
3514	Nord-Ouest	*858	(821-895)
Manitoba		*684	(670-699)
4610	Winnipeg	*505	(488-521)
4615	Brandon	*690	(620-761)
4625	Sud-Est	*666	(603-728)
4630	Entre-les-Lacs	*822	(759-885)
4640	Centre	*742	(691-793)
4645	Assiniboine	*801	(734-868)

Code de carte Région sanitaire		Hospitalisation à la suite d'une blessure 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*805	(788-822)
4701	Sun Country	*1 059	(972-1 146)
4702	Five Hills	*794	(720-869)
4704	Regina	*726	(693-759)
4705	Sunrise	*1 143	(1 053-1 233)
4706	Saskatoon	537	(512-562)
4709	Prince Albert	*912	(843-982)
4710	Prairie North	*988	(913-1 062)
Alberta		*715	(706-723)
4821	Zone 1 (Chinook)	*812	(769-854)
4822	Zone 2 (Palliser)	*859	(805-912)
4823	Zone 3 (Calgary)	*583	(570-596)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*994	(960-1 028)
4825	Zone 5 (East Central)	*729	(682-776)
4826	Zone 6 (Capital)	*641	(626-655)
4827	Zone 7 (Aspen)	*1 034	(988-1 081)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*854	(773-936)
Colombie-Britannique		*582	(576-589)
5911	East Kootenay	*888	(822-954)
5912	Kootenay Boundary	*801	(735-867)
5913	Okanagan	*676	(648-703)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*784	(747-821)
5921	Fraser East	*639	(610-668)
5922	Fraser North	520	(502-538)
5923	Fraser South	*580	(563-598)
5931	Richmond	*357	(331-383)
5932	Vancouver	*405	(390-420)
5933	North Shore	*605	(576-633)
5941	South Vancouver Island	542	(518-565)
5942	Central Vancouver Island	*619	(588-650)
5943	North Vancouver Island	*698	(649-747)
5951	Northwest	*1 090	(1 011-1 168)
5952	Northern Interior	*819	(771-867)
5953	Northeast	*693	(626-759)
Yukon		*1 232	(1 100-1 363)
Territoires du Nord-Ouest		*1 285	(1 162-1 408)
Nunavut		*1 154	(980-1 328)
Canada		534	(531-536)

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.

Sources : Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation 2008-2009		Taux d'événements d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*347	(330-363)	*151	(140-162)
1011	Eastern	*346	(325-368)	*156	(141-170)
1012	Central	*413	(374-451)	138	(116-161)
1013	Western	*267	(232-302)	142	(117-168)
Île-du-Prince-Édouard		*294	(266-323)	141	(122-160)
Nouvelle-Écosse		*264	(253-274)	122	(115-129)
1211	South Shore	*329	(287-371)	125	(100-150)
1212	South West Nova	*315	(271-358)	*167	(135-198)
1213	Annapolis Valley	*271	(237-305)	114	(92-137)
1214	Colchester East Hants	*357	(315-400)	143	(117-170)
1218	Cape Breton	*319	(289-349)	129	(110-148)
1219	Capital	*180	(166-193)	*106	(95-116)
Nouveau-Brunswick		*269	(257-281)	*138	(130-147)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*263	(240-285)	129	(113-144)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*261	(237-286)	133	(116-150)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*316	(288-343)	136	(118-154)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	218	(177-258)	149	(116-182)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	215	(184-247)	139	(113-165)
Québec		*221	(218-225)	..	.. ..
2401	Bas-Saint-Laurent	218	(199-238)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*239	(221-257)	..	.. ..
2403	Capitale-Nationale	208	(197-218)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*259	(245-273)	..	.. ..
2405	Estrie	*276	(258-295)	..	.. ..
2406	Montréal	*197	(190-203)	..	.. ..
2407	Outaouais	229	(212-247)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*293	(264-322)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	*266	(231-301)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*317	(284-351)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	*192	(178-205)	..	.. ..
2413	Laval	*179	(166-193)	..	.. ..
2414	Lanaudière	*288	(272-305)	..	.. ..
2415	Laurentides	204	(192-217)	..	.. ..
2416	Montérégie	*226	(218-234)	..	.. ..
Ontario		216	(213-219)	129	(127-131)
3501	Érié St. Clair	*246	(234-258)	*151	(141-160)
3502	Sud-Ouest	*238	(228-248)	122	(115-129)
3503	Waterloo Wellington	222	(210-234)	137	(127-146)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*255	(246-263)	129	(123-135)
3505	Centre-Ouest	212	(201-224)	*140	(130-150)
3506	Mississauga Halton	*174	(165-183)	134	(126-142)
3507	Toronto-Centre	*160	(153-168)	131	(124-138)
3508	Centre	*165	(158-171)	*122	(116-128)
3509	Centre-Est	*206	(198-213)	*122	(116-127)
3510	Sud-Est	*240	(227-253)	134	(124-144)
3511	Champlain	*193	(185-201)	*103	(97-109)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	215	(202-229)	139	(127-150)
3513	Nord-Est	*314	(300-328)	*153	(143-163)
3514	Nord-Ouest	*393	(367-418)	*170	(153-187)
Manitoba		*255	(245-264)	135	(128-142)
4610	Winnipeg	*237	(225-249)	131	(122-139)
4615	Brandon	*271	(223-318)	106	(77-135)
4625	Sud-Est	236	(193-279)	145	(111-179)
4630	Entre-les-Lacs	*283	(246-320)	128	(103-153)
4640	Centre	249	(216-282)	119	(97-141)
4645	Assiniboine	*273	(235-310)	131	(106-156)

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation 2008-2009		Taux d'événements d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*228	(219-238)	133	(126-140)
4701	Sun Country	243	(201-285)	107	(80-135)
4702	Five Hills	236	(195-276)	141	(110-172)
4704	Regina	215	(196-234)	136	(121-151)
4705	Sunrise	*262	(223-302)	115	(89-140)
4706	Saskatoon	203	(185-220)	137	(123-151)
4709	Prince Albert	*259	(221-296)	152	(123-181)
4710	Prairie North	*276	(233-319)	140	(110-171)
Alberta		*205	(200-211)	*123	(119-127)
4821	Zone 1 (Chinook)	230	(205-255)	123	(105-141)
4822	Zone 2 (Palliser)	230	(200-261)	127	(105-150)
4823	Zone 3 (Calgary)	*170	(162-179)	*115	(108-122)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*286	(265-307)	*158	(142-173)
4825	Zone 5 (East Central)	246	(217-275)	120	(100-140)
4826	Zone 6 (Capital)	*197	(188-206)	*115	(108-122)
4827	Zone 7 (Aspen)	235	(210-260)	133	(114-152)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	190	(136-244)	157	(103-211)
Colombie-Britannique		*169	(165-173)	*121	(118-124)
5911	East Kootenay	*258	(224-292)	133	(107-159)
5912	Kootenay Boundary	*261	(228-294)	130	(105-155)
5913	Okanagan	205	(191-219)	137	(126-148)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	233	(213-253)	123	(109-137)
5921	Fraser East	*191	(174-208)	119	(106-132)
5922	Fraser North	*129	(119-139)	121	(111-131)
5923	Fraser South	*175	(164-186)	134	(125-144)
5931	Richmond	*115	(99-131)	*103	(88-118)
5932	Vancouver	*133	(124-143)	*110	(101-119)
5933	North Shore	*165	(150-180)	119	(106-132)
5941	South Vancouver Island	*119	(108-130)	*99	(89-109)
5942	Central Vancouver Island	*177	(162-191)	*113	(101-125)
5943	North Vancouver Island	*177	(154-201)	127	(107-147)
5951	Northwest	225	(186-264)	*179	(143-215)
5952	Northern Interior	219	(191-246)	*157	(133-181)
5953	Northeast	*276	(226-326)	150	(112-187)
Yukon		199	(138-260)	201	(126-275)
Territoires du Nord-Ouest		182	(117-247)	194	(126-262)
Nunavut		*112	(49-176)	*247	(129-366)
Canada		217	(215-218)	128	(127-130)

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

Taux de nouveaux événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) 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.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Taux d'événements d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation

Taux de nouveaux événements d'accident vasculaire cérébral (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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

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

Quintile de revenu du quartier	Profil socioéconomique, 2006							
	Taux de faible revenu %	Taux de chômage %	Logements possédés %	Titulaires d'un diplôme d'études post-secondaires %	Autochtones %	Immigrants récents %	Familles mono-parentales %	Personnes vivant seules %
Terre-Neuve-et-Labrador								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	26,9	24,9	72,2	40,5	4,2	0,3	20,4	9,6
2 ^e quintile	16,5	20,6	77,4	49,5	5,8	0,1	17,3	8,4
3 ^e quintile	12,0	18,8	80,9	53,5	3,3	0,1	14,1	7,7
4 ^e quintile	9,9	16,9	83,1	59,6	4,9	0,2	13,6	6,9
5 ^e quintile (le plus élevé)	7,2	11,5	80,8	69,2	5,0	0,6	11,2	6,8
Île-du-Prince-Édouard								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	21,5	13,8	49,9	48,0	2,3	0,6	25,6	15,4
2 ^e quintile	13,1	11,5	72,3	53,5	1,7	0,3	19,9	9,8
3 ^e quintile	6,7	10,6	82,8	55,7	0,9	0,8	14,4	7,6
4 ^e quintile	5,7	9,4	84,2	62,2	0,7	0,3	12,6	7,5
5 ^e quintile (le plus élevé)	5,4	9,7	86,1	66,2	0,8	1,1	9,1	7,4
Nouvelle-Écosse								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	26,8	11,2	51,9	49,6	5,9	1,1	25,7	15,9
2 ^e quintile	14,8	9,6	70,0	54,7	2,3	0,6	19,3	12,3
3 ^e quintile	11,5	9,1	76,8	59,2	1,9	0,7	15,1	9,9
4 ^e quintile	8,6	8,2	80,9	65,1	1,7	0,5	13,5	9,2
5 ^e quintile (le plus élevé)	6,6	7,2	84,1	70,7	1,3	0,8	10,9	7,8
Nouveau-Brunswick								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	25,9	13,6	57,2	41,2	6,2	1,0	24,6	13,8
2 ^e quintile	15,3	11,1	74,8	47,0	1,9	0,5	17,3	11,0
3 ^e quintile	10,2	9,3	81,1	51,3	1,5	0,5	14,8	9,3
4 ^e quintile	8,8	9,0	82,8	56,5	1,2	0,4	13,4	8,6
5 ^e quintile (le plus élevé)	6,2	6,8	83,8	66,4	1,0	0,6	10,6	7,1
Québec								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	35,6	11,3	31,4	51,8	2,4	6,1	24,9	20,2
2 ^e quintile	20,3	7,7	51,1	56,7	1,3	2,6	19,2	16,0
3 ^e quintile	12,8	6,0	67,1	60,0	1,1	1,6	15,7	11,9
4 ^e quintile	8,9	5,1	77,4	64,2	1,2	1,2	12,8	9,3
5 ^e quintile (le plus élevé)	6,5	4,6	83,6	73,2	1,0	1,3	10,5	8,0

Quintile de revenu du quartier

Petites régions géographiques divisées en cinq groupes démographiques à peu près équivalents. Le premier quintile correspond au revenu de quartier le plus bas et le cinquième, au revenu le plus élevé. Les quintiles ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada, lesquelles sont brièvement décrites en annexe.

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 au seuil de faible revenu avant impôt (SFR) de Statistique Canada. Les seuils représentent les niveaux de revenu où les gens consacrent 20 % de plus que la moyenne de leur revenu avant impôt à l'alimentation, au logement et aux 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, Statistique Canada.

Taux de chômage

Proportion de la population active de 15 ans ou plus qui n'avait pas d'emploi au cours de la semaine (du dimanche au samedi) ayant précédé le recensement (le 16 mai 2006). La population active comprend les personnes qui avaient un emploi et celles qui étaient au chômage. Le taux de chômage est une mesure classique de l'activité économique. Les personnes en chômage ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi.

Remarque : Il se peut que le taux de chômage fondé sur les données du recensement soit différent du taux fondé sur l'Enquête sur la population active en raison des différences dans la définition et la source de données.

Source : Recensement 2006, Statistique Canada.

Logements possédés

Proportion de logements privés occupés possédés par rapport au nombre total de logements privés occupés. Un logement privé occupé est considéré comme possédé quand il appartient à un membre du ménage ou est payé par celui-ci. Il est considéré comme possédé même s'il n'est pas entièrement payé, ce qui est le cas, par exemple, d'un logement grevé d'une hypothèque ou d'une autre créance.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Quintile de revenu du quartier	Profil socioéconomique, 2006							
	Taux de faible revenu %	Taux de chômage %	Logements possédés %	Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires %	Autochtones %	Immigrants récents %	Familles monoparentales %	Personnes vivant seules %
Ontario								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	31,9	9,5	39,5	51,5	4,0	10,1	25,6	14,2
2 ^e quintile	16,6	6,8	67,9	55,2	1,9	5,4	18,2	10,5
3 ^e quintile	10,7	5,7	79,9	60,0	1,5	4,0	14,5	7,9
4 ^e quintile	7,6	5,2	85,8	64,6	1,2	2,8	11,8	6,7
5 ^e quintile (le plus élevé)	5,7	4,9	87,4	72,0	1,0	1,9	9,1	6,4
Manitoba								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	42,6	11,0	32,5	40,6	40,2	6,6	32,8	16,3
2 ^e quintile	20,0	5,0	63,8	49,1	11,6	3,1	19,5	15,2
3 ^e quintile	12,2	4,2	79,8	52,3	9,0	2,3	14,3	10,4
4 ^e quintile	7,9	3,7	85,5	58,5	8,2	1,9	11,6	8,3
5 ^e quintile (le plus élevé)	5,1	3,9	88,4	65,6	6,8	1,2	8,6	6,8
Saskatchewan								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	33,5	11,0	41,0	42,5	39,4	1,6	31,1	16,0
2 ^e quintile	17,1	5,0	70,8	48,2	11,3	0,8	18,5	14,1
3 ^e quintile	11,4	4,5	78,0	53,3	8,8	0,7	15,0	11,9
4 ^e quintile	7,6	3,9	85,2	56,9	6,3	0,6	10,5	9,1
5 ^e quintile (le plus élevé)	5,3	4,1	87,2	64,2	6,1	0,8	8,9	7,3
Alberta								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	24,7	6,0	47,5	49,8	12,4	5,9	22,5	14,6
2 ^e quintile	14,5	4,3	67,5	55,1	4,9	3,3	17,2	12,0
3 ^e quintile	9,5	3,6	79,5	59,6	4,0	2,5	13,9	8,6
4 ^e quintile	6,7	3,6	86,9	63,7	3,6	2,3	10,7	6,5
5 ^e quintile (le plus élevé)	5,2	3,3	89,0	70,2	2,7	2,0	7,9	5,9
Colombie-Britannique								
1 ^{er} quintile (le moins élevé)	31,2	8,3	48,5	53,6	8,4	7,7	22,2	17,4
2 ^e quintile	19,7	6,3	67,2	56,5	4,3	5,2	16,8	12,2
3 ^e quintile	14,7	5,4	74,0	61,1	3,5	3,6	14,5	10,3
4 ^e quintile	11,0	4,7	79,6	63,8	3,3	2,8	12,2	8,8
5 ^e quintile (le plus élevé)	8,9	4,5	84,6	69,3	2,5	2,7	9,4	7,1

Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires

Proportion de la population de 25 à 64 ans ayant obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires. Il s'agit d'une mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Autochtones

Proportion d'Autochtones vivant dans une région géographique. Les Autochtones sont les personnes ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone (par exemple les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis ou les Inuits) ou celles qui ont déclaré être un Autochtone visé par un traité, un Autochtone inscrit, en vertu de 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.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Immigrants récents

Proportion d'immigrants récents vivant dans une région géographique. Il s'agit des personnes ayant obtenu le statut d'immigrant reçu entre 2001 et 2006 au Canada. 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.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Familles monoparentales

Proportion de familles monoparentales parmi les familles de recensement occupant un logement privé. Par famille de recensement, on entend un couple marié ou en union libre ou un parent seul partageant un logement avec au moins un fils ou une fille n'ayant jamais été marié.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Personnes vivant seules

Proportion de personnes vivant seules parmi la population totale occupant un logement privé.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, 2008-2009							
Quintile de revenu du quartier [†]							
	1 ^{er} quintile IC de 95 %	2 ^e quintile IC de 95 %	3 ^e quintile IC de 95 %	4 ^e quintile IC de 95 %	5 ^e quintile IC de 95 %	Ratio des taux de disparité IC de 95 %	Réduction potentielle du taux IC de 95 %
T.-N.-L.	377 (340-414)	336 (301-372)	332 (297-366)	337 (301-374)	314 (278-350)	**1,20 (1,03-1,40)	7,5 (-2,5-16,7)
Î.-P.-É.	374 (300-447)	326 (256-395)	302 (235-370)	309 (240-378)	241 (184-299)	**1,55 (1,14-2,11)	**22,2 (3,5-37,9)
N.-É.	293 (269-318)	301 (277-326)	263 (239-286)	248 (225-270)	225 (203-247)	**1,30 (1,14-1,48)	**15,5 (7,6-22,8)
N.-B.	283 (256-311)	295 (268-322)	290 (262-318)	253 (228-278)	253 (225-281)	1,12 (0,97-1,30)	8,1 (-1,3-16,8)
Qc	254 (246-262)	236 (228-243)	216 (208-223)	222 (214-230)	189 (182-197)	**1,34 (1,28-1,41)	**15,5 (12,4-18,5)
Ont.	263 (257-270)	232 (225-238)	227 (220-233)	207 (201-213)	183 (178-189)	**1,44 (1,38-1,50)	**17,6 (15,3-19,9)
Man.	334 (307-361)	267 (245-288)	233 (213-253)	247 (226-269)	231 (210-252)	**1,45 (1,28-1,63)	**11,8 (4,3-18,7)
Sask.	312 (284-340)	217 (196-238)	220 (199-240)	217 (196-238)	205 (183-226)	**1,52 (1,33-1,75)	**12,2 (3,5-20,2)
Alb.	222 (209-235)	224 (211-236)	225 (212-238)	205 (192-218)	182 (170-194)	**1,22 (1,12-1,33)	**14,2 (8,8-19,3)
C.-B.	202 (192-212)	188 (179-198)	170 (161-179)	160 (151-169)	145 (137-154)	**1,39 (1,29-1,50)	**16,2 (11,7-20,6)
Yn	*	*	*	*	*	*	*
T.N.-O.	*	*	*	*	*	*	*
Nun.	*	*	*	*	*	*	*
Canada	255 (251-259)	232 (228-236)	221 (217-224)	210 (207-214)	186 (183-190)	**1,37 (1,34-1,41)	**15,8 (14,4-17,3)

Hospitalisation à la suite d'une blessure, 2008-2009							
Quintile de revenu du quartier [†]							
	1 ^{er} quintile IC de 95 %	2 ^e quintile IC de 95 %	3 ^e quintile IC de 95 %	4 ^e quintile IC de 95 %	5 ^e quintile IC de 95 %	Ratio des taux de disparité IC de 95 %	Réduction potentielle du taux IC de 95 %
T.-N.-L.	532 (486-578)	585 (537-633)	504 (459-549)	525 (479-572)	521 (476-566)	1,02 (0,90-1,15)	2,4 (-5,4-9,7)
Î.-P.-É.	589 (502-676)	615 (521-709)	689 (591-788)	547 (460-634)	578 (486-670)	1,02 (0,82-1,26)	4,1 (-10,2-17,0)
N.-É.	544 (511-577)	536 (503-568)	512 (480-544)	481 (449-513)	505 (471-539)	1,08 (0,98-1,18)	2,0 (-4,0-7,8)
N.-B.	669 (628-710)	601 (562-641)	622 (582-662)	549 (511-587)	558 (520-597)	**1,20 (1,09-1,31)	**7,0 (1,0-12,6)
Qc	589 (578-601)	553 (542-565)	538 (527-549)	539 (527-551)	496 (484-507)	**1,19 (1,15-1,22)	**8,8 (6,9-10,7)
Ont.	487 (479-496)	428 (420-436)	433 (425-441)	414 (406-422)	403 (396-411)	**1,20 (1,18-1,24)	**6,8 (5,2-8,4)
Man.	1 145 (1 102-1 189)	657 (626-689)	588 (557-618)	565 (535-596)	591 (558-623)	**1,94 (1,81-2,07)	**16,8 (12,6-20,9)
Sask.	1 200 (1 151-1 249)	799 (759-838)	725 (687-762)	716 (678-753)	742 (702-781)	**1,62 (1,51-1,73)	**11,4 (7,0-15,6)
Alb.	900 (878-922)	750 (730-770)	737 (717-758)	697 (677-717)	673 (653-694)	**1,34 (1,28-1,39)	**10,4 (7,9-12,9)
C.-B.	666 (650-683)	607 (590-623)	610 (594-626)	590 (573-607)	575 (558-592)	**1,16 (1,11-1,20)	**5,7 (3,2-8,2)
Yn	*	*	*	*	*	*	*
T.N.-O.	*	*	*	*	*	*	*
Nun.	*	*	*	*	*	*	*
Canada	634 (629-640)	547 (541-552)	538 (532-543)	519 (514-525)	501 (496-507)	**1,27 (1,25-1,28)	**8,5 (7,6-9,5)

† Taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants.

** Un ratio des taux de disparité ou une réduction potentielle du taux statistiquement significatif.

Coefficient de Gini, 2006		
	Revenu total	Revenu après impôt
T.-N.-L.	0,41	0,36
Î.-P.-É.	0,37	0,34
N.-É.	0,41	0,37
N.-B.	0,40	0,37
Qc	0,42	0,38
Ont.	0,43	0,39
Man.	0,41	0,38
Sask.	0,43	0,40
Alb.	0,42	0,39
C.-B.	0,43	0,40
Yn	..	..
T.-N.-L.	..	..
Nun.	..	..
Canada	0,43	0,39

Quintile de revenu du quartier

Petites régions géographiques divisées en cinq groupes démographiques à peu près équivalents. Le premier quintile correspond au revenu de quartier le plus bas et le cinquième, au revenu le plus élevé. Les quintiles ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada, lesquelles sont brièvement décrites en annexe.

Ratio des taux de disparité

Rapport entre le taux d'un indicateur de santé pour le quintile de revenu du quartier le plus bas (Q1) et le taux pour le quintile de revenu du quartier le plus élevé (Q5). Il fournit une mesure sommaire du niveau de disparité socioéconomique pour un indicateur de santé dans une province ou un territoire. Il doit être évalué en combinaison avec d'autres mesures, comme le taux de l'indicateur pour chaque quintile de revenu du quartier ainsi que la réduction potentielle du taux. L'intervalle de confiance (IC) de 95 % est fourni afin de faciliter l'interprétation. Si l'IC de 95 % ne contient pas la valeur 1, le ratio des taux indique une disparité statistiquement significative entre les taux du Q1 et du Q5 au sein d'une province ou d'un territoire, tel qu'il est indiqué par le symbole **.

Réduction potentielle du taux

Réduction du taux d'un indicateur de santé qui se produirait si chaque groupe de revenu du quartier enregistrait le taux du quintile de revenu du quartier le plus élevé (Q5), exprimée en pourcentage. Cette mesure repose sur le concept des cas de surmorbidity ou de surmortalité qui pourraient être évités et fournit une mesure sommaire de l'incidence globale des disparités socioéconomiques sur un indicateur de santé. Elle doit être évaluée en combinaison avec d'autres mesures, comme le taux de l'indicateur pour chaque quintile de revenu du quartier ainsi que le ratio des taux de disparité. L'intervalle de confiance (IC) de 95 % permet de faciliter l'interprétation. Si l'IC de 95 % ne contient pas la valeur 0, la réduction potentielle du taux présente une réduction potentielle statistiquement significative du taux global de l'indicateur au sein d'une province ou d'un territoire, tel qu'il est indiqué par le symbole **.

Coefficient de Gini

Le coefficient de Gini, compris entre zéro et un, mesure le degré relatif de l'inégalité de la répartition du revenu. Le coefficient serait de zéro (inégalité minimale) dans le cas d'une population dont chaque membre toucherait exactement le même revenu, et il serait de un (inégalité maximale) si un membre touchait tout le revenu et les autres n'en touchaient pas du tout. Même s'il n'y a pas d'interprétation simple d'une seule valeur d'un coefficient de Gini, de façon générale, plus le coefficient est élevé, plus grande est l'inégalité de la répartition.

Source : Division de la statistique du revenu, Statistique Canada.

Autoévaluation — comportements sanitaires				
	Tabagisme (12 ans ou plus) 2008		Consommation abusive d'alcool (12 ans ou plus) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	24,6	(22,2-27,0)	22,3	(19,7-24,9)
Î.-P.-É.	21,1	(17,9-24,3)	16,5	(13,3-19,6)
N.-É.	23,5	(21,2-25,9)	20,6	(18,4-22,9)
N.-B.	23,3	(21,2-25,5)	19,4	(17,6-21,3)
Qc	23,3	(22,1-24,5)	17,3	(16,3-18,3)
Ont.	19,8	(18,9-20,8)	15,5	(14,7-16,2)
Man.	24,2	(21,8-26,6)	19,6	(17,4-21,9)
Sask.	25,1	(23,2-27,1)	18,8	(16,9-20,6)
Alb.	22,7	(21,0-24,4)	17,6	(16,1-19,1)
C.-B.	18,6	(17,3-19,9)	15,5	(14,3-16,8)
Yn	31,6	(25,7-37,6)	24,0	(18,2-29,9)
T.N.-O.	34,3	(29,8-38,9)	23,5	(18,4-28,6)
Nun.	54,2	(48,3-60,2)	25,1▼	(16,0▼-34,2▼)
Canada	21,4	(20,9-21,9)	16,7	(16,3-17,2)

	Consommation de fruits et légumes (12 ans ou plus) (cinq portions ou plus par jour) 2008		Activité physique durant les loisirs (12 ans ou plus) (niveau élevé ou moyennement élevé d'activité physique) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	32,6	(29,6-35,7)	43,6	(40,8-46,4)
Î.-P.-É.	34,7	(30,8-38,7)	47,1	(43,2-50,9)
N.-É.	36,7	(33,8-39,5)	48,4	(45,6-51,3)
N.-B.	38,8	(36,5-41,2)	48,5	(46,1-50,9)
Qc	53,2	(51,7-54,7)	47,6	(46,2-49,0)
Ont.	40,5	(39,4-41,6)	49,5	(48,4-50,6)
Man.	34,5	(31,8-37,2)	52,8	(50,3-55,3)
Sask.	40,5	(38,3-42,6)	48,7	(46,4-51,1)
Alb.	45,2	(43,1-47,3)	53,4	(51,4-55,4)
C.-B.	42,4	(40,7-44,0)	58,7	(57,1-60,2)
Yn	36,5	(31,3-41,7)	54,3	(48,1-60,4)
T.N.-O.	20,3	(16,4-24,3)	39,5	(33,7-45,3)
Nun.	24,2	(17,6-30,8)	48,2	(36,3-60,0)
Canada	43,7	(43,0-44,3)	50,6	(50,0-51,3)

Autoévaluation — facteurs environnementaux				
	Exposition à la fumée secondaire (12 ans ou plus) (à domicile) 2008		Exposition à la fumée secondaire (12 ans ou plus) (dans les véhicules et les lieux publics) 2008	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	7,7	(5,8-9,6)	14,0	(11,7-16,3)
Î.-P.-É.	8,3	(5,8-10,8)	13,2	(9,9-16,5)
N.-É.	7,0	(5,6-8,4)	16,3	(14,3-18,4)
N.-B.	8,9	(7,5-10,4)	14,9	(12,8-16,9)
Qc	9,7	(8,7-10,6)	13,5	(12,4-14,6)
Ont.	5,9	(5,3-6,5)	15,5	(14,5-16,5)
Man.	7,0	(5,4-8,7)	14,3	(12,0-16,6)
Sask.	8,1	(6,6-9,5)	14,2	(12,5-15,8)
Alb.	5,5	(4,6-6,4)	15,9	(14,2-17,7)
C.-B.	3,6	(3,0-4,2)	13,7	(12,2-15,1)
Yn	6,6▼	(4,0▼-9,3▼)	7,0▼	(4,2▼-9,8▼)
T.N.-O.	5,8▼	(2,8▼-8,8▼)	7,9▼	(4,2▼-11,5▼)
Nun.	17,6▼	(9,3▼-28,9▼)	17,4▼	(9,1▼-25,7▼)
Canada	6,6	(6,3-7,0)	14,7	(14,2-15,3)

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



www.icis.ca/indicateurs ou www.statcan.gc.ca

Tabagisme

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

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

Consommation abusive d'alcool

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir consommé cinq boissons alcoolisées ou plus au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois.

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

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

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

Exposition à la fumée secondaire à domicile

Proportion de la population à domicile de non fumeurs de 12 ans ou plus ayant déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur logement tous les jours ou presque tous les jours.

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

Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics

Proportion de la population à domicile de non fumeurs de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés et/ou des lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

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

Code de carte	Région sanitaire	Taux de faible revenu (revenu de 2005)	Taux de chômage 2008	Logements possédés 2006
		%	%	%
Terre-Neuve-et-Labrador		14,7	13,2	78,8
1011	Eastern	14,9	10,9	77,3
1012	Central	14,9	18,6	83,8
1013	Western	16,3	18,6	79,0
Île-du-Prince-Édouard		11,0	10,7	73,8
Nouvelle-Écosse		13,8	7,7	72,2
1211	South Shore	11,6	7,6	83,4
1212	South West Nova	12,9	10,5	79,7
1213	Annapolis Valley	13,9	8,6	74,2
1214	Colchester East Hants	11,1	6,6	77,2
1218	Cape Breton	16,7	13,1	76,2
1219	Capital	14,1	5,3	64,8
Nouveau-Brunswick		13,5	8,6	75,8
1301	Zone 1 (région de Moncton)	12,6	7,1	74,3
1302	Zone 2 (région de Saint John)	14,6	6,9	73,6
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	12,3	6,8	76,3
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	13,5	12,8	75,0
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	15,3	13,0	79,1
Québec		17,2	7,2	60,1
2401	Bas-Saint-Laurent	12,6	8,8	70,2
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	12,6	8,5	66,7
2403	Capitale-Nationale	16,2	4,5	58,3
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	15,6	8,1	64,0
2405	Estrie	14,7	5,9	61,4
2406	Montréal	29,0	8,7	37,9
2407	Outaouais	14,4	5,4	69,3
2408	Abitibi-Témiscamingue	12,1	7,6	66,0
2409	Côte-Nord	9,5	11,8	71,8
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11,8	17,3	75,5
2412	Chaudière-Appalaches	10,0	5,0	73,3
2413	Laval	16,0	6,7	68,9
2414	Lanaudière	12,1	7,2	76,0
2415	Laurentides	11,7	7,3	73,2
2416	Montérégie	12,5	6,6	69,1
Ontario		14,7	6,5	71,0
3501	Érié St. Clair	12,2	8,4	74,9
3502	Sud-Ouest	11,1	6,2	71,2
3503	Waterloo Wellington	9,8	5,6	72,1
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	13,8	6,6	73,4
3505	Centre-Ouest	14,6	6,9	78,1
3506	Mississauga Halton	13,3	6,0	77,4
3507	Toronto-Centre	24,2	6,2	48,1
3508	Centre	17,7	6,9	73,0
3509	Centre-Est	16,1	7,9	75,5
3510	Sud-Est	11,9	6,0	73,2
3511	Champlain	13,8	5,0	69,1
3512	Simcoe-Nord Muskoka	9,7	6,2	80,8
3513	Nord-Est	12,8	6,1	71,0
3514	Nord-Ouest	10,7	7,9	75,5
Manitoba		16,7	4,2	70,3
4610	Winnipeg	19,9	4,4	65,6
4615	Brandon	15,8	3,1	63,7
4625	Sud-Est	8,6	4,9	82,5
4630	Entre-les-Lacs	9,4	4,7	85,0
4640	Centre	12,0	3,7	79,8
4645	Assiniboine	12,1	2,7	82,5

Code de carte	Région sanitaire	Taux de faible revenu (revenu de 2005)	Taux de chômage 2008	Logements possédés 2006
		%	%	%
Saskatchewan		14,4	4,1	72,7
4701	Sun Country	10,1	2,0	78,1
4702	Five Hills	14,7	4,6	73,3
4704	Regina	13,2	3,8	71,8
4705	Sunrise	15,0	3,7	79,0
4706	Saskatoon	15,7	3,8	69,1
4709	Prince Albert	17,6	6,3	72,2
4710	Prairie North	14,2	4,7	73,3
Alberta		12,2	3,6	73,1
4821	Zone 1 (Chinook)	11,9	3,7	76,0
4822	Zone 2 (Palliser)	10,2	2,9	72,9
4823	Zone 3 (Calgary)	12,8	3,4	74,5
4824	Zone 4 (David Thompson)	9,3	3,9	75,6
4825	Zone 5 (East Central)	8,6	2,4	77,4
4826	Zone 6 (Capital)	14,2	3,7	69,3
4827	Zone 7 (Aspen)	8,7	4,4	78,0
4828	Zone 8 (Peace Country)	8,5	4,3	75,7
4829	Zone 9 (Northern Lights)	7,3	*	72,2
Colombie-Britannique		17,3	4,6	69,6
5911	East Kootenay	12,7	5,2	79,3
5912	Kootenay Boundary	14,1	4,5	79,7
5913	Okanagan	13,5	5,0	75,9
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	13,0	6,2	77,5
5921	Fraser East	13,9	4,9	74,5
5922	Fraser North	20,3	4,0	68,7
5923	Fraser South	15,8	4,8	76,6
5931	Richmond	26,1	5,3	76,3
5932	Vancouver	26,8	4,2	47,9
5933	North Shore	14,5	2,5	73,2
5941	South Vancouver Island	13,1	3,3	65,3
5942	Central Vancouver Island	13,9	6,0	77,1
5943	North Vancouver Island	15,0	4,4	76,5
5951	Northwest	13,8	7,6	73,2
5952	Northern Interior	12,8	7,3	75,3
5953	Northeast	8,8	4,7	73,8
Yukon		..	..	67,7
Territoires du Nord-Ouest		..	..	53,2
Nunavut		..	..	22,7
Canada		15,3	6,1	68,5

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 au seuil de faible revenu avant impôt (SFR) de Statistique Canada. Les seuils représentent les niveaux de revenu où les gens consacrent 20 % de plus que la moyenne de leur revenu avant impôt à l'alimentation, au logement et aux 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, 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.

Logements possédés

Proportion de logements privés occupés possédés par rapport au nombre total de logements privés occupés. Un logement privé occupé est considéré comme possédé quand il appartient à un membre du ménage ou est payé par celui-ci. Il est considéré comme possédé même s'il n'est pas entièrement payé, ce qui est le cas, par exemple, d'un logement grevé d'une hypothèque ou d'une autre créance.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements de fracture de la hanche menant à une hospitalisation 2008-2009		Fracture de la hanche à l'hôpital 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques pour 1 000 sorties	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		†545	(494-596)	0,8	(0,5-1,0)
1011	Eastern	†544	(476-612)	0,7	(0,4-1,1)
1012	Central	491	(388-595)	*	**
1013	Western	520	(403-637)	*	**
Île-du-Prince-Édouard		539	(450-629)	0,8	(0,4-1,2)
Nouvelle-Écosse		478	(445-512)	1,0	(0,8-1,2)
1211	South Shore	525	(403-647)	*	**
1212	South West Nova	463	(341-585)	*	**
1213	Annapolis Valley	472	(367-576)	*	**
1214	Colchester East Hants	504	(387-620)	*	**
1218	Cape Breton	468	(385-551)	1,0	(0,5-1,4)
1219	Capital	476	(420-532)	1,1	(0,8-1,4)
Nouveau-Brunswick		477	(440-514)	0,9	(0,7-1,0)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	480	(408-551)	0,8	(0,5-1,1)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	528	(445-612)	†1,3	(1,0-1,7)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	491	(409-574)	1,2	(0,8-1,6)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	607	(443-771)	*	**
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	†284	(198-370)	*	**
Québec		†418	(407-429)	..	.. ..
2401	Bas-Saint-Laurent	427	(365-489)	..	.. ..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	†327	(275-379)	..	.. ..
2403	Capitale-Nationale	437	(401-474)	..	.. ..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	439	(399-480)	..	.. ..
2405	Estrie	436	(381-492)	..	.. ..
2406	Montréal	445	(423-468)	..	.. ..
2407	Outaouais	417	(356-477)	..	.. ..
2408	Abitibi-Témiscamingue	374	(292-457)	..	.. ..
2409	Côte-Nord	†340	(236-443)	..	.. ..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	†369	(284-454)	..	.. ..
2412	Chaudière-Appalaches	†384	(338-430)	..	.. ..
2413	Laval	†399	(349-449)	..	.. ..
2414	Lanaudière	†393	(342-444)	..	.. ..
2415	Laurentides	458	(408-507)	..	.. ..
2416	Montérégie	†421	(393-449)	..	.. ..
Ontario		451	(442-460)	†0,6	(0,6-0,7)
3501	Érié St. Clair	†502	(461-544)	0,7	(0,5-1,0)
3502	Sud-Ouest	†491	(458-525)	0,6	(0,4-0,8)
3503	Waterloo Wellington	440	(400-480)	0,7	(0,4-0,9)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	474	(447-501)	0,6	(0,5-0,8)
3505	Centre-Ouest	†341	(303-380)	0,6	(0,3-0,9)
3506	Mississauga Halton	423	(388-458)	†0,5	(0,3-0,7)
3507	Toronto-Centre	†425	(396-455)	†0,5	(0,3-0,7)
3508	Centre	430	(404-457)	†0,5	(0,3-0,6)
3509	Centre-Est	†414	(389-440)	0,7	(0,5-0,9)
3510	Sud-Est	489	(444-533)	1,0	(0,8-1,3)
3511	Champlain	467	(436-497)	0,7	(0,5-0,9)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	482	(433-532)	0,6	(0,3-0,8)
3513	Nord-Est	488	(446-530)	0,7	(0,5-0,9)
3514	Nord-Ouest	†550	(476-623)	0,7	(0,4-1,0)
Manitoba		†536	(505-568)	†1,1	(0,9-1,2)
4610	Winnipeg	†536	(494-578)	†1,3	(1,0-1,5)
4615	Brandon	498	(356-640)	*	**
4625	Sud-Est	478	(326-631)	*	**
4630	Entre-les-Lacs	522	(402-643)	*	**
4640	Centre	496	(391-601)	*	**
4645	Assiniboine	†601	(482-720)	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Taux d'événements de fracture de la hanche menant à une hospitalisation 2008-2009		Fracture de la hanche à l'hôpital 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques pour 1 000 sorties	IC de 95 %
Saskatchewan		482	(450-513)	0,7	(0,5-0,8)
4701	Sun Country	421	(307-535)	*	**
4702	Five Hills	537	(413-661)	*	**
4704	Regina	515	(447-584)	0,6	(0,3-0,9)
4705	Sunrise	498	(387-609)	0,8	(0,4-1,2)
4706	Saskatoon	448	(387-509)	0,7	(0,4-1,0)
4709	Prince Albert	366	(265-467)	*	**
4710	Prairie North	520	(384-656)	*	**
Alberta		*481	(461-502)	*1,1	(1,0-1,2)
4821	Zone 1 (Chinook)	*589	(494-684)	1,2	(0,8-1,6)
4822	Zone 2 (Palliser)	452	(356-548)	*	**
4823	Zone 3 (Calgary)	476	(441-512)	*1,1	(0,9-1,3)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*578	(505-651)	*1,4	(1,1-1,7)
4825	Zone 5 (East Central)	*363	(285-441)	1,0	(0,6-1,4)
4826	Zone 6 (Capital)	475	(440-511)	0,9	(0,7-1,1)
4827	Zone 7 (Aspen)	392	(311-473)	*1,4	(1,0-1,8)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	335	(102-567)	*	**
Colombie-Britannique		*474	(458-489)	*0,9	(0,9-1,0)
5911	East Kootenay	*593	(466-720)	*	**
5912	Kootenay Boundary	492	(387-598)	*	**
5913	Okanagan	473	(426-519)	0,7	(0,5-1,0)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	501	(430-572)	0,9	(0,6-1,3)
5921	Fraser East	508	(444-572)	1,1	(0,7-1,4)
5922	Fraser North	480	(433-527)	1,0	(0,8-1,3)
5923	Fraser South	*549	(503-596)	*1,3	(1,0-1,5)
5931	Richmond	*361	(295-427)	0,9	(0,4-1,4)
5932	Vancouver	*393	(354-432)	0,9	(0,7-1,1)
5933	North Shore	485	(424-545)	0,8	(0,5-1,2)
5941	South Vancouver Island	447	(402-492)	0,9	(0,6-1,2)
5942	Central Vancouver Island	471	(415-526)	1,0	(0,7-1,3)
5943	North Vancouver Island	510	(412-607)	*	**
5951	Northwest	495	(336-654)	*	**
5952	Northern Interior	*675	(546-804)	*	**
5953	Northeast	650	(435-865)	*	**
Yukon		650	(286-1 014)	*	**
Territoires du Nord-Ouest		691	(332-1 049)	*	**
Nunavut		*	**	*	**
Canada		456	(451-462)	0,8	

Taux d'événements de fracture 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 signalé 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, l'allocation des ressources en santé et l'estimation des coûts.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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, ajusté 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. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec. 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			
		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain) 2008-2009		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain) 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*69,0	(64,3-73,7)	*88,2	(84,7-91,7)
1011	Eastern	66,7	(60,5-72,8)	87,3	(82,7-92,0)
1012	Central	*82,7	(71,8-93,7)	*93,5	(85,3-100,0)
1013	Western	70,6	(59,0-82,1)	86,4	(77,9-95,0)
Île-du-Prince-Édouard		63,6	(55,5-71,7)	84,9	(78,9-90,9)
Nouvelle-Écosse		62,9	(59,6-66,3)	*81,3	(78,8-83,8)
1211	South Shore	63,7	(52,1-75,3)	*73,3	(64,5-82,0)
1212	South West Nova	73,8	(60,5-87,1)	89,6	(79,7-99,5)
1213	Annapolis Valley	*88,8	(78,1-99,5)	*98,1	(90,2-100,0)
1214	Colchester East Hants	55,0	(44,0-66,0)	78,0	(69,7-86,2)
1218	Cape Breton	*80,9	(72,4-89,4)	*93,9	(87,6-100,0)
1219	Capital	*47,3	(41,6-53,1)	*72,5	(68,2-76,8)
Nouveau-Brunswick		*68,8	(64,9-72,6)	*88,0	(85,1-90,9)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*74,9	(67,4-82,5)	*93,1	(87,4-98,8)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*49,6	(41,9-57,4)	80,8	(75,0-86,6)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*72,7	(64,3-81,1)	85,6	(79,3-91,9)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	76,3	(62,7-90,0)	91,4	(81,1-100,0)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*82,5	(67,3-97,6)	88,3	(77,0-99,7)
Québec		..	.. ..	..	.. ..
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	..	.. ..	..	.. ..
Ontario		63,2	(62,2-64,2)	84,2	(83,4-85,0)
3501	Érié St. Clair	64,6	(60,5-68,8)	85,2	(82,1-88,4)
3502	Sud-Ouest	*47,7	(44,2-51,2)	*74,5	(71,9-77,2)
3503	Waterloo Wellington	*84,1	(79,6-88,7)	*94,9	(91,5-98,4)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*66,4	(63,6-69,3)	85,3	(83,1-87,4)
3505	Centre-Ouest	61,4	(55,7-67,1)	80,7	(76,4-85,0)
3506	Mississauga Halton	64,7	(60,4-69,1)	82,8	(79,6-86,1)
3507	Toronto-Centre	*58,8	(55,4-62,2)	*80,9	(78,3-83,4)
3508	Centre	*67,6	(64,5-70,7)	*87,8	(85,5-90,2)
3509	Centre-Est	65,6	(62,5-68,7)	85,4	(83,0-87,7)
3510	Sud-Est	66,3	(61,8-70,8)	*89,1	(85,7-92,5)
3511	Champlain	62,1	(58,8-65,3)	86,6	(84,2-89,1)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*51,0	(45,8-56,3)	*74,5	(70,5-78,4)
3513	Nord-Est	*68,0	(63,5-72,5)	85,5	(82,1-88,9)
3514	Nord-Ouest	*49,9	(43,1-56,7)	80,4	(75,2-85,6)
Manitoba		63,5	(60,6-66,5)	84,1	(81,9-86,3)
4610	Winnipeg	62,4	(58,5-66,2)	84,3	(81,4-87,2)
4615	Brandon	74,8	(60,4-89,2)	91,0	(80,0-100,0)
4625	Sud-Est	67,8	(52,0-83,7)	80,5	(68,7-92,3)
4630	Entre-les-Lacs	54,7	(42,4-66,9)	83,9	(74,8-93,1)
4640	Centre	54,9	(44,5-65,3)	77,8	(70,0-85,6)
4645	Assiniboine	*72,9	(63,3-82,6)	88,7	(81,6-95,9)

Code de carte	Région sanitaire	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) 2008-2009		(proportion des chirurgies pratiquées le jour même, le lendemain ou le surlendemain) 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		*47,1	(43,9-50,2)	*72,2	(69,8-74,5)
4701	Sun Country	75,1	(62,0-88,1)	87,8	(77,9-97,6)
4702	Five Hills	*43,6	(32,4-54,7)	*73,4	(65,2-81,7)
4704	Regina	61,9	(55,6-68,2)	83,4	(78,7-88,1)
4705	Sunrise	52,6	(42,2-62,9)	*76,0	(68,2-83,7)
4706	Saskatoon	*33,4	(27,1-39,8)	*62,3	(57,6-67,1)
4709	Prince Albert	49,9	(35,8-63,9)	*64,8	(53,8-75,8)
4710	Prairie North	*33,6	(19,0-48,2)	*67,2	(56,1-78,3)
Alberta		61,4	(59,2-63,6)	85,6	(84,0-87,3)
4821	Zone 1 (Chinook)	*80,5	(72,5-88,6)	*91,2	(85,1-97,2)
4822	Zone 2 (Palliser)	*81,3	(71,0-91,7)	*93,6	(85,8-100,0)
4823	Zone 3 (Calgary)	*67,0	(63,2-70,8)	*88,7	(85,8-91,5)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*44,6	(38,3-50,9)	79,5	(74,7-84,2)
4825	Zone 5 (East Central)	*40,4	(29,6-51,2)	*68,8	(60,6-77,0)
4826	Zone 6 (Capital)	*57,2	(53,4-61,0)	84,1	(81,2-87,0)
4827	Zone 7 (Aspen)	56,3	(45,1-67,5)	84,6	(76,2-93,0)
4828	Zone 8 (Peace Country)	69,3	(56,7-81,9)	89,5	(79,8-99,1)
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*	**	*	**
Colombie-Britannique		64,2	(62,6-65,8)	*85,8	(84,6-87,1)
5911	East Kootenay	*83,1	(72,1-94,0)	*93,4	(85,2-100,0)
5912	Kootenay Boundary	*82,5	(71,4-93,6)	90,2	(81,9-98,6)
5913	Okanagan	63,3	(58,3-68,3)	85,8	(82,0-89,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*72,2	(65,0-79,3)	*91,4	(86,1-96,8)
5921	Fraser East	*71,9	(65,6-78,1)	*90,6	(85,9-95,3)
5922	Fraser North	*44,8	(40,0-49,6)	*73,1	(69,5-76,7)
5923	Fraser South	58,6	(54,2-62,9)	82,0	(78,7-85,3)
5931	Richmond	63,1	(54,0-72,3)	86,3	(79,3-93,2)
5932	Vancouver	62,4	(57,6-67,2)	86,5	(82,9-90,1)
5933	North Shore	*53,5	(47,1-59,8)	80,9	(76,2-85,7)
5941	South Vancouver Island	65,2	(60,5-69,9)	*88,1	(84,6-91,6)
5942	Central Vancouver Island	*85,5	(79,7-91,4)	*95,5	(91,0-99,9)
5943	North Vancouver Island	*81,8	(72,3-91,3)	*93,3	(86,2-100,0)
5951	Northwest	*42,8	(25,9-59,7)	86,2	(73,5-98,9)
5952	Northern Interior	72,3	(62,6-82,1)	89,4	(82,1-96,8)
5953	Northeast	68,2	(51,3-85,1)	90,7	(77,8-100,0)
Yukon		*	**	*	**
Territoires du Nord-Ouest		*	**	83,0	(64,4-100,0)
Nunavut		*	**	*	**
Canada		62,7		84,2	

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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

Source : 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 2008-2009		Césarienne 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	%	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*504	(485-524)	31,5	(30,2-32,8)
1011	Eastern	*450	(425-474)	32,2	(30,5-33,9)
1012	Central	*573	(525-622)	33,4	(30,0-36,8)
1013	Western	*529	(478-581)	28,3	(24,9-31,8)
Île-du-Prince-Édouard		*480	(443-516)	30,5	(28,1-32,9)
Nouvelle-Écosse		*365	(353-377)	27,8	(26,9-28,7)
1211	South Shore	292	(250-335)	30,2	(25,9-34,4)
1212	South West Nova	*432	(381-483)	26,6	(22,7-30,5)
1213	Annapolis Valley	*267	(234-300)	24,7	(21,5-27,8)
1214	Colchester East Hants	*433	(386-479)	28,8	(25,6-32,0)
1218	Cape Breton	*511	(471-551)	31,7	(29,0-34,4)
1219	Capital	*280	(263-297)	26,8	(25,5-28,2)
Nouveau-Brunswick		*542	(526-559)	27,5	(26,4-28,5)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*399	(371-427)	29,8	(27,8-31,9)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*446	(415-477)	22,7	(20,8-24,6)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*633	(596-670)	27,7	(25,7-29,8)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*585	(520-650)	29,1	(25,0-33,1)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*582	(529-636)	28,1	(24,4-31,7)
Québec		*324	(320-328)	23,1	(22,8-23,4)
2401	Bas-Saint-Laurent	315	(292-338)	24,1	(22,2-26,1)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*485	(458-511)	22,0	(20,5-23,6)
2403	Capitale-Nationale	*257	(245-269)	22,8	(21,8-23,8)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	335	(319-351)	21,0	(19,9-22,2)
2405	Estrie	*381	(359-402)	18,4	(17,0-19,7)
2406	Montréal	*274	(267-282)	24,0	(23,5-24,6)
2407	Outaouais	*375	(355-396)	27,0	(25,6-28,3)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*498	(462-534)	22,5	(20,6-24,5)
2409	Côte-Nord	*556	(509-602)	20,6	(18,3-23,0)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*621	(574-668)	26,7	(23,6-29,9)
2412	Chaudière-Appalaches	*277	(261-293)	25,1	(23,8-26,3)
2413	Laval	*251	(235-267)	24,8	(23,5-26,1)
2414	Lanaudière	333	(316-350)	19,4	(18,3-20,5)
2415	Laurentides	*342	(327-358)	22,9	(21,8-23,9)
2416	Montérégie	322	(313-331)	23,1	(22,4-23,7)
Ontario		*290	(287-293)	28,6	(28,4-28,9)
3501	Érié St. Clair	*361	(346-375)	26,1	(25,0-27,2)
3502	Sud-Ouest	314	(302-325)	23,4	(22,6-24,3)
3503	Waterloo Wellington	*252	(240-264)	26,9	(26,0-27,9)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*333	(323-343)	29,9	(29,1-30,7)
3505	Centre-Ouest	*287	(275-299)	30,5	(29,6-31,3)
3506	Mississauga Halton	*213	(204-222)	27,4	(26,6-28,2)
3507	Toronto-Centre	*232	(223-240)	29,5	(28,7-30,3)
3508	Centre	*183	(177-190)	29,2	(28,6-29,9)
3509	Centre-Est	*268	(260-277)	31,0	(30,3-31,8)
3510	Sud-Est	*340	(324-356)	27,6	(26,3-28,9)
3511	Champlain	*257	(248-267)	29,1	(28,3-29,9)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*353	(336-371)	31,0	(29,6-32,4)
3513	Nord-Est	*525	(506-543)	28,3	(27,1-29,5)
3514	Nord-Ouest	*548	(518-577)	24,1	(22,5-25,8)
Manitoba		*347	(336-357)	20,2	(19,6-20,9)
4610	Winnipeg	*243	(231-255)	20,4	(19,5-21,3)
4615	Brandon	*455	(395-516)	30,3	(26,8-33,8)
4625	Sud-Est	*273	(231-315)	19,1	(16,7-21,5)
4630	Entre-les-Lacs	*442	(398-485)	17,6	(15,0-20,1)
4640	Centre	*371	(333-409)	19,2	(17,3-21,1)
4645	Assiniboine	*479	(427-530)	26,0	(22,9-29,1)

Code de carte	Région sanitaire	Conditions propices aux soins ambulatoires 2008-2009		Césarienne 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	%	IC de 95 %
Saskatchewan		*486	(472-499)	23,0	(22,3-23,7)
4701	Sun Country	*603	(537-670)	20,2	(17,2-23,2)
4702	Five Hills	*468	(409-528)	27,5	(23,9-31,1)
4704	Regina	*501	(472-529)	23,1	(21,6-24,5)
4705	Sunrise	*785	(711-858)	27,2	(23,7-30,7)
4706	Saskatoon	*289	(269-309)	24,0	(22,6-25,4)
4709	Prince Albert	*488	(438-537)	18,8	(16,6-21,0)
4710	Prairie North	*689	(625-752)	21,5	(19,3-23,7)
Alberta		*308	(302-314)	27,7	(27,4-28,1)
4821	Zone 1 (Chinook)	*405	(374-436)	26,4	(24,7-28,1)
4822	Zone 2 (Palliser)	*489	(447-531)	22,4	(20,2-24,6)
4823	Zone 3 (Calgary)	*236	(227-245)	29,2	(28,5-29,9)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*391	(369-414)	29,2	(27,9-30,5)
4825	Zone 5 (East Central)	*401	(365-437)	26,8	(24,6-29,1)
4826	Zone 6 (Capital)	*246	(236-255)	27,4	(26,7-28,1)
4827	Zone 7 (Aspen)	*569	(534-604)	26,6	(25,0-28,3)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**	23,5	(21,7-25,3)
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*577	(499-655)	26,4	(24,3-28,5)
Colombie-Britannique		*279	(274-284)	31,1	(30,6-31,5)
5911	East Kootenay	*464	(416-511)	32,7	(29,3-36,0)
5912	Kootenay Boundary	314	(275-352)	26,7	(23,2-30,2)
5913	Okanagan	*372	(351-393)	30,8	(29,2-32,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*345	(321-368)	32,7	(30,7-34,8)
5921	Fraser East	334	(312-355)	27,6	(26,0-29,1)
5922	Fraser North	*215	(203-228)	33,1	(31,9-34,3)
5923	Fraser South	*270	(258-283)	32,2	(31,2-33,3)
5931	Richmond	*154	(135-172)	30,1	(27,9-32,3)
5932	Vancouver	*200	(188-212)	31,1	(30,0-32,3)
5933	North Shore	*266	(246-286)	34,0	(32,1-36,0)
5941	South Vancouver Island	*202	(186-218)	34,0	(32,2-35,7)
5942	Central Vancouver Island	*295	(274-316)	26,0	(24,1-27,8)
5943	North Vancouver Island	336	(304-368)	30,0	(27,2-32,8)
5951	Northwest	*535	(482-589)	24,2	(21,5-27,0)
5952	Northern Interior	*491	(454-527)	27,6	(25,5-29,8)
5953	Northeast	*484	(429-539)	30,5	(27,8-33,3)
Yukon		*453	(377-530)	23,3	(19,0-27,6)
Territoires du Nord-Ouest		*713	(614-813)	21,3	(18,3-24,4)
Nunavut		*1 181	(992-1 371)	6,9	(5,1-8,7)
Canada		320	(318-322)	26,9	(26,8-27,0)

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 habitants 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 déclenchement 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.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde 2006-2007 à 2008-2009		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		9,0	(8,1-10,0)	*21,2	(19,4-23,0)
1011	Eastern	8,7	(7,4-10,0)	20,0	(17,6-22,4)
1012	Central	8,8	(7,0-10,6)	*25,3	(21,3-29,2)
1013	Western	10,1	(7,7-12,5)	18,9	(14,2-23,6)
Île-du-Prince-Édouard		9,8	(7,9-11,7)	14,7	(11,1-18,2)
Nouvelle-Écosse		9,4	(8,6-10,1)	*21,3	(19,9-22,8)
1211	South Shore	7,6	(4,8-10,4)	*22,6	(18,1-27,2)
1212	South West Nova	9,7	(7,1-12,3)	21,1	(16,6-25,6)
1213	Annapolis Valley	*5,2	(2,5-7,8)	*28,0	(23,3-32,7)
1214	Colchester East Hants	8,8	(6,6-10,9)	20,7	(16,0-25,4)
1218	Cape Breton	*11,7	(9,9-13,5)	18,5	(14,8-22,3)
1219	Capital	8,2	(6,8-9,6)	*21,0	(18,5-23,5)
Nouveau-Brunswick		9,7	(8,9-10,6)	17,5	(16,0-18,9)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	9,0	(7,3-10,8)	18,0	(15,1-20,9)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	9,8	(8,1-11,5)	18,7	(15,5-21,8)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	8,9	(7,1-10,8)	20,1	(17,0-23,2)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*12,5	(9,3-15,7)	14,6	(9,2-19,9)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	9,4	(6,8-12,0)	17,5	(13,0-22,0)
Québec		..	.. ..	..	.. ..
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	..	.. ..	..	.. ..
Ontario		9,0	(8,8-9,2)	17,6	(17,3-18,0)
3501	Érié St. Clair	9,6	(8,7-10,4)	16,8	(15,3-18,4)
3502	Sud-Ouest	8,9	(8,1-9,7)	*19,6	(18,2-20,9)
3503	Waterloo Wellington	8,2	(7,2-9,2)	*20,6	(18,9-22,3)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8,7	(8,1-9,3)	17,9	(16,8-19,0)
3505	Centre-Ouest	8,1	(7,0-9,1)	*14,1	(12,4-15,8)
3506	Mississauga Halton	8,9	(8,0-9,8)	18,5	(17,0-20,0)
3507	Toronto-Centre	9,0	(8,3-9,8)	16,9	(15,7-18,2)
3508	Centre	*9,7	(9,0-10,4)	*16,3	(15,2-17,4)
3509	Centre-Est	9,4	(8,7-10,1)	17,5	(16,4-18,6)
3510	Sud-Est	*10,0	(9,0-11,0)	*20,6	(18,8-22,4)
3511	Champlain	*7,8	(7,1-8,6)	17,2	(15,9-18,5)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	8,9	(7,7-10,0)	17,7	(15,7-19,6)
3513	Nord-Est	*10,5	(9,7-11,4)	18,9	(17,3-20,5)
3514	Nord-Ouest	7,7	(6,5-8,9)	*14,1	(11,7-16,5)
Manitoba		*7,8	(7,2-8,5)	17,3	(16,1-18,5)
4610	Winnipeg	*6,5	(5,7-7,4)	16,5	(15,0-18,1)
4615	Brandon	10,6	(7,5-13,8)	15,1	(8,4-21,7)
4625	Sud-Est	12,2	(8,6-15,8)	18,9	(12,2-25,7)
4630	Entre-les-Lacs	9,1	(6,5-11,6)	19,3	(14,6-24,0)
4640	Centre	10,7	(8,3-13,1)	17,5	(13,3-21,7)
4645	Assiniboine	9,5	(6,9-12,1)	*24,6	(19,4-29,8)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde 2006-2007 à 2008-2009		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		8,6	(7,8-9,3)	16,8	(15,5-18,1)
4701	Sun Country	8,7	(5,3-12,0)	*10,4	(4,1-16,7)
4702	Five Hills	8,2	(5,3-11,1)	15,1	(9,9-20,2)
4704	Regina	8,1	(6,5-9,7)	16,6	(13,9-19,3)
4705	Sunrise	*13,8	(10,9-16,6)	17,5	(12,7-22,2)
4706	Saskatoon	7,9	(6,4-9,4)	15,5	(13,0-17,9)
4709	Prince Albert	8,0	(5,3-10,6)	20,0	(15,3-24,7)
4710	Prairie North	7,7	(4,8-10,5)	20,0	(14,8-25,2)
Alberta		*7,3	(6,8-7,8)	*16,4	(15,6-17,3)
4821	Zone 1 (Chinook)	8,3	(6,2-10,4)	17,0	(13,6-20,5)
4822	Zone 2 (Palliser)	7,2	(4,8-9,6)	17,6	(13,3-21,9)
4823	Zone 3 (Calgary)	*6,5	(5,6-7,4)	*14,2	(12,7-15,7)
4824	Zone 4 (David Thompson)	8,6	(7,2-10,1)	*20,7	(18,2-23,3)
4825	Zone 5 (East Central)	9,1	(6,7-11,5)	*23,6	(19,6-27,7)
4826	Zone 6 (Capital)	*6,8	(5,9-7,7)	*14,9	(13,4-16,4)
4827	Zone 7 (Aspen)	9,2	(6,8-11,5)	19,1	(15,2-22,9)
4828	Zone 8 (Peace Country)	9,1	(6,6-11,6)	19,4	(15,1-23,6)
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*	**	16,7	(7,7-25,7)
Colombie-Britannique		*9,4	(9,0-9,8)	17,9	(17,2-18,5)
5911	East Kootenay	9,3	(6,6-12,0)	20,1	(15,3-24,8)
5912	Kootenay Boundary	9,5	(6,8-12,2)	*23,4	(19,2-27,5)
5913	Okanagan	9,4	(8,2-10,6)	17,1	(15,2-19,0)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	9,6	(8,0-11,3)	18,9	(16,1-21,6)
5921	Fraser East	8,9	(7,2-10,7)	18,5	(15,9-21,2)
5922	Fraser North	*10,9	(9,4-12,4)	16,4	(14,6-18,3)
5923	Fraser South	9,3	(8,2-10,4)	16,4	(14,7-18,1)
5931	Richmond	*11,4	(9,0-13,9)	18,5	(15,4-21,6)
5932	Vancouver	7,9	(6,7-9,1)	17,5	(15,7-19,3)
5933	North Shore	9,4	(7,8-11,1)	16,0	(13,6-18,5)
5941	South Vancouver Island	9,8	(8,3-11,3)	19,1	(16,9-21,2)
5942	Central Vancouver Island	8,6	(7,0-10,1)	18,3	(15,8-20,8)
5943	North Vancouver Island	6,8	(4,0-9,5)	20,3	(16,4-24,2)
5951	Northwest	10,0	(6,1-13,9)	20,9	(15,6-26,3)
5952	Northern Interior	10,9	(8,3-13,5)	20,4	(16,5-24,4)
5953	Northeast	*14,7	(10,3-19,2)	20,8	(13,8-27,8)
Yukon		*	**	19,7	(10,7-28,7)
Territoires du Nord-Ouest		*	**	9,1	(4,1-18,9)
Nunavut		*	**	*	**
Canada		8,9		17,7	

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 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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

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 (AVC), ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

Source : 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 2006-2007 à 2008-2009		Réadmission à la suite d'une crise d'asthme 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*5,9	(5,2-6,6)	3,6	(1,5-5,7)
1011	Eastern	5,1	(4,1-6,0)	*	**
1012	Central	6,1	(4,7-7,5)	*	**
1013	Western	*7,7	(5,9-9,5)	*	**
Île-du-Prince-Édouard		5,9	(4,3-7,4)	*	**
Nouvelle-Écosse		5,1	(4,4-5,7)	3,7	(1,8-5,5)
1211	South Shore	4,3	(2,1-6,5)	*	**
1212	South West Nova	4,7	(2,5-6,9)	*	**
1213	Annapolis Valley	4,4	(2,4-6,3)	*	**
1214	Colchester East Hants	*7,9	(5,9-9,8)	*	**
1218	Cape Breton	4,1	(2,6-5,7)	*	**
1219	Capital	4,2	(3,0-5,3)	*	**
Nouveau-Brunswick		*5,5	(4,9-6,2)	2,0	(0,3-3,7)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	3,9	(2,5-5,3)	*	**
1302	Zone 2 (région de Saint John)	3,9	(2,4-5,4)	*	**
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	5,2	(3,7-6,7)	*	**
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*10,5	(7,8-13,3)	*	**
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*7,6	(5,5-9,7)	*	**
Québec		**	** **	**	** **
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	**	** **	**	** **
Ontario		4,6	(4,4-4,8)	4,1	(3,6-4,6)
3501	Érié St. Clair	*6,2	(5,5-7,0)	2,5	(0,2-4,8)
3502	Sud-Ouest	4,6	(3,9-5,2)	3,5	(1,4-5,6)
3503	Waterloo Wellington	4,0	(3,1-4,8)	3,6	(1,1-6,0)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*3,8	(3,3-4,4)	3,9	(2,3-5,5)
3505	Centre-Ouest	4,5	(3,6-5,3)	5,0	(3,4-6,7)
3506	Mississauga Halton	*3,4	(2,6-4,2)	*2,0	(0,0-3,9)
3507	Toronto-Centre	4,9	(4,1-5,7)	5,5	(3,8-7,2)
3508	Centre	4,2	(3,5-4,9)	3,8	(2,1-5,4)
3509	Centre-Est	4,5	(3,9-5,1)	3,9	(2,6-5,3)
3510	Sud-Est	4,8	(3,9-5,7)	5,6	(3,4-7,8)
3511	Champlain	*3,4	(2,7-4,0)	4,7	(2,9-6,6)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	4,7	(3,8-5,7)	*	**
3513	Nord-Est	*7,3	(6,6-8,0)	3,4	(1,6-5,2)
3514	Nord-Ouest	5,3	(4,2-6,4)	*	**
Manitoba		5,1	(4,5-5,7)	*7,2	(5,8-8,6)
4610	Winnipeg	4,2	(3,4-5,0)	*	**
4615	Brandon	*	**	*	**
4625	Sud-Est	*	**	*	**
4630	Entre-les-Lacs	6,8	(4,7-9,0)	*	**
4640	Centre	4,7	(2,7-6,7)	*	**
4645	Assiniboine	6,0	(3,7-8,2)	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde 2006-2007 à 2008-2009		Réadmission à la suite d'une crise d'asthme 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		5,0	(4,3-5,7)	4,0	(2,5-5,5)
4701	Sun Country	*	**	*	**
4702	Five Hills	*	**	*	**
4704	Regina	+3,1	(1,6-4,5)	*	**
4705	Sunrise	4,3	(1,7-6,8)	*	**
4706	Saskatoon	4,8	(3,5-6,2)	*	**
4709	Prince Albert	4,8	(2,6-6,9)	*	**
4710	Prairie North	7,1	(4,6-9,6)	*	**
Alberta		+3,7	(3,2-4,1)	3,5	(2,5-4,5)
4821	Zone 1 (Chinook)	4,2	(2,4-5,9)	*	**
4822	Zone 2 (Palliser)	5,4	(3,3-7,5)	*	**
4823	Zone 3 (Calgary)	+3,2	(2,5-3,9)	4,1	(2,1-6,0)
4824	Zone 4 (David Thompson)	4,2	(2,9-5,4)	*	**
4825	Zone 5 (East Central)	4,7	(2,7-6,6)	*	**
4826	Zone 6 (Capital)	+2,9	(2,1-3,7)	+2,1	(0,1-4,1)
4827	Zone 7 (Aspen)	5,6	(3,9-7,3)	*	**
4828	Zone 8 (Peace Country)	6,4	(4,4-8,5)	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*	**	*	**
Colombie-Britannique		4,8	(4,4-5,2)	4,7	(3,8-5,5)
5911	East Kootenay	4,7	(2,5-6,9)	*	**
5912	Kootenay Boundary	+7,9	(5,7-10,2)	*	**
5913	Okanagan	5,5	(4,4-6,6)	*	**
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	6,1	(4,7-7,5)	*	**
5921	Fraser East	3,3	(1,8-4,9)	*	**
5922	Fraser North	3,9	(2,7-5,2)	*	**
5923	Fraser South	4,8	(3,7-5,8)	4,2	(2,0-6,4)
5931	Richmond	3,3	(1,1-5,6)	*	**
5932	Vancouver	4,1	(2,9-5,2)	*	**
5933	North Shore	3,8	(2,3-5,3)	*	**
5941	South Vancouver Island	+2,9	(1,5-4,3)	*	**
5942	Central Vancouver Island	+6,1	(4,8-7,4)	*	**
5943	North Vancouver Island	6,0	(3,9-8,1)	*	**
5951	Northwest	6,4	(3,6-9,2)	*	**
5952	Northern Interior	5,8	(4,0-7,7)	*	**
5953	Northeast	6,9	(4,0-9,8)	*	**
Yukon		*	**	*	**
Territoires du Nord-Ouest		*	**	*	**
Nunavut		*	**	*	**
Canada		4,7		4,2	

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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'une prostatectomie 2006-2007 à 2008-2009		Réadmission à la suite d'une hystérectomie 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		1,7	(0,5-3,0)	*1,6	(1,2-2,1)
1011	Eastern	*	**	*1,8	(1,2-2,4)
1012	Central	*	**	*	**
1013	Western	*	**	*	**
Île-du-Prince-Édouard		*	**	*	**
Nouvelle-Écosse		2,8	(2,1-3,6)	1,2	(0,9-1,6)
1211	South Shore	*	**	*	**
1212	South West Nova	*	**	*	**
1213	Annapolis Valley	*	**	*	**
1214	Colchester East Hants	*	**	*	**
1218	Cape Breton	*	**	*	**
1219	Capital	2,7	(1,5-3,9)	*2,0	(1,4-2,6)
Nouveau-Brunswick		3,2	(2,5-4,0)	1,5	(1,1-1,8)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*	**	0,5	(0,2-1,2)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*	**	*	**
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*	**	*	**
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*	**	*	**
Québec		**	**	**	**
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	..	..	..	..
Ontario		2,6	(2,4-2,9)	1,1	(1,0-1,2)
3501	Érie St. Clair	1,8	(1,0-2,7)	0,9	(0,5-1,3)
3502	Sud-Ouest	2,4	(1,5-3,3)	*1,6	(1,3-1,9)
3503	Waterloo Wellington	2,2	(1,1-3,3)	1,1	(0,7-1,5)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	2,7	(2,0-3,3)	1,1	(0,8-1,4)
3505	Centre-Ouest	3,6	(2,5-4,8)	0,8	(0,3-1,3)
3506	Mississauga Halton	3,2	(2,3-4,1)	0,9	(0,5-1,3)
3507	Toronto-Centre	2,8	(2,0-3,7)	1,2	(0,7-1,7)
3508	Centre	2,8	(2,1-3,4)	1,0	(0,7-1,3)
3509	Centre-Est	2,5	(1,8-3,1)	*0,7	(0,4-1,0)
3510	Sud-Est	3,2	(2,0-4,4)	1,1	(0,6-1,6)
3511	Champlain	1,9	(1,1-2,7)	1,2	(0,9-1,5)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*1,0	(0,5-2,0)	1,0	(0,6-1,5)
3513	Nord-Est	3,4	(2,4-4,4)	0,9	(0,6-1,3)
3514	Nord-Ouest	*5,0	(3,8-6,2)	1,4	(0,8-2,1)
Manitoba		1,5	(0,6-2,5)	1,5	(1,1-1,8)
4610	Winnipeg	*1,2	(0,5-2,4)	*1,9	(1,4-2,4)
4615	Brandon	*	**	*	**
4625	Sud-Est	*	**	*	**
4630	Entre-les-Lacs	*	**	*	**
4640	Centre	*	**	*	**
4645	Assiniboine	*	**	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'une prostatectomie 2006-2007 à 2008-2009		Réadmission à la suite d'une hystérectomie 2006-2007 à 2008-2009	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		2,0	(1,1-2,9)	*1,8	(1,5-2,1)
4701	Sun Country	*	**	*	**
4702	Five Hills	*	**	*	**
4704	Regina	*	**	*	**
4705	Sunrise	*	**	*	**
4706	Saskatoon	*	**	*2,0	(1,3-2,6)
4709	Prince Albert	*	**	*	**
4710	Prairie North	*	**	*	**
Alberta		2,0	(1,5-2,5)	1,0	(0,8-1,2)
4821	Zone 1 (Chinook)	*	**	*	**
4822	Zone 2 (Palliser)	*	**	*	**
4823	Zone 3 (Calgary)	2,4	(1,6-3,2)	1,3	(1,0-1,7)
4824	Zone 4 (David Thompson)	1,2	(0,5-2,9)	0,8	(0,3-1,4)
4825	Zone 5 (East Central)	*	**	*	**
4826	Zone 6 (Capital)	1,9	(0,9-2,9)	0,8	(0,4-1,1)
4827	Zone 7 (Aspen)	*	**	*	**
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*	**	*	**
Colombie-Britannique		2,3	(2,0-2,6)	1,0	(0,8-1,2)
5911	East Kootenay	*	**	*	**
5912	Kootenay Boundary	*	**	*	**
5913	Okanagan	2,3	(1,2-3,5)	0,9	(0,3-1,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*	**	0,9	(0,3-1,4)
5921	Fraser East	2,0	(0,9-3,2)	1,2	(0,6-1,8)
5922	Fraser North	2,6	(1,8-3,4)	0,6	(0,1-1,2)
5923	Fraser South	2,9	(2,0-3,8)	0,9	(0,3-1,4)
5931	Richmond	*	**	*	**
5932	Vancouver	3,1	(2,3-3,9)	1,7	(1,1-2,4)
5933	North Shore	*	**	*	**
5941	South Vancouver Island	1,8	(0,6-3,0)	1,7	(1,1-2,3)
5942	Central Vancouver Island	1,6	(0,5-2,7)	0,6	(0,3-1,2)
5943	North Vancouver Island	*	**	*	**
5951	Northwest	*	**	*	**
5952	Northern Interior	*	**	*	**
5953	Northeast	*	**	*	**
Yukon		*	**	*	**
Territoires du Nord-Ouest		*	**	*	**
Nunavut		*	**	*	**
Canada		2,5		1,1	

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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

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.

Remarques : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec. À partir des données de 2006-2007 à 2008-2009, les taux comprennent les hystérectomies totales et partielles.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie de la hanche 2008-2009		Arthroplastie du genou 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*74	(66-82)	*123	(113-132)
1011	Eastern	*81	(70-91)	*114	(102-127)
1012	Central	*65	(48-81)	139	(117-161)
1013	Western	*65	(48-83)	*117	(94-140)
Île-du-Prince-Édouard		*122	(104-140)	150	(129-171)
Nouvelle-Écosse		104	(98-111)	161	(153-170)
1211	South Shore	*144	(116-172)	*206	(173-239)
1212	South West Nova	*64	(45-83)	*96	(73-120)
1213	Annapolis Valley	81	(63-100)	140	(115-165)
1214	Colchester East Hants	123	(97-149)	154	(126-181)
1218	Cape Breton	108	(90-126)	*201	(178-225)
1219	Capital	100	(90-111)	159	(145-172)
Nouveau-Brunswick		*91	(84-98)	*140	(131-148)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	101	(87-115)	*136	(120-153)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	108	(92-123)	170	(150-190)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	94	(78-109)	165	(144-185)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	77	(53-100)	*102	(75-129)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*57	(40-73)	*82	(63-102)
Québec		*66	(64-68)	*97	(95-99)
2401	Bas-Saint-Laurent	*72	(61-84)	*115	(101-130)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*70	(60-80)	*138	(125-152)
2403	Capitale-Nationale	*68	(62-75)	*97	(90-105)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*60	(53-67)	*105	(96-114)
2405	Estrie	*63	(54-71)	*90	(79-101)
2406	Montréal	*64	(60-68)	*82	(78-86)
2407	Outaouais	*76	(66-86)	*118	(105-130)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*62	(48-76)	*85	(69-101)
2409	Côte-Nord	*77	(58-97)	134	(109-158)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*50	(36-63)	*132	(111-153)
2412	Chaudière-Appalaches	*78	(69-87)	*120	(109-131)
2413	Laval	*53	(45-61)	*75	(66-84)
2414	Lanaudière	*67	(59-76)	*94	(84-103)
2415	Laurentides	*62	(55-69)	*80	(72-88)
2416	Montérégie	*69	(65-74)	*103	(97-108)
Ontario		*111	(109-113)	*189	(186-191)
3501	Érié St. Clair	*123	(115-132)	*222	(210-234)
3502	Sud-Ouest	*145	(137-153)	*224	(214-234)
3503	Waterloo Wellington	*125	(116-134)	*186	(175-197)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*121	(115-127)	*209	(201-217)
3505	Centre-Ouest	*78	(71-86)	*184	(172-195)
3506	Mississauga Halton	100	(93-106)	160	(151-169)
3507	Toronto-Centre	*93	(87-99)	*122	(115-129)
3508	Centre	*87	(82-92)	154	(147-160)
3509	Centre-Est	101	(96-107)	*196	(188-203)
3510	Sud-Est	*139	(128-149)	*241	(228-254)
3511	Champlain	*114	(108-121)	*210	(201-218)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*116	(106-126)	*184	(171-197)
3513	Nord-Est	*119	(110-128)	*208	(197-220)
3514	Nord-Ouest	*156	(139-172)	*208	(189-227)
Manitoba		*116	(109-123)	*199	(190-208)
4610	Winnipeg	*114	(105-123)	*199	(187-210)
4615	Brandon	106	(75-138)	129	(96-163)
4625	Sud-Est	128	(95-161)	*236	(191-280)
4630	Entre-les-Lacs	*125	(100-149)	184	(154-214)
4640	Centre	118	(95-142)	*197	(167-227)
4645	Assiniboine	110	(85-135)	*201	(168-235)

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie de la hanche 2008-2009		Arthroplastie du genou 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*127	(120-135)	*194	(185-204)
4701	Sun Country	110	(82-138)	*200	(162-238)
4702	Five Hills	114	(86-143)	189	(153-225)
4704	Regina	*120	(106-135)	*186	(168-205)
4705	Sunrise	*160	(126-194)	*237	(199-274)
4706	Saskatoon	*124	(110-138)	*200	(182-218)
4709	Prince Albert	*151	(122-180)	*192	(160-224)
4710	Prairie North	112	(83-141)	155	(122-188)
Alberta		*109	(105-113)	*166	(161-171)
4821	Zone 1 (Chinook)	*176	(153-198)	*312	(282-342)
4822	Zone 2 (Palliser)	99	(79-120)	174	(147-202)
4823	Zone 3 (Calgary)	*112	(105-119)	162	(154-171)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*124	(110-138)	*189	(172-207)
4825	Zone 5 (East Central)	105	(86-124)	168	(144-193)
4826	Zone 6 (Capital)	96	(90-103)	*142	(133-150)
4827	Zone 7 (Aspen)	92	(76-108)	*192	(169-214)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	**	*	**
4829	Zone 9 (Northern Lights)	*41	(22-60)	*78	(41-115)
Colombie-Britannique		*115	(112-118)	*168	(164-172)
5911	East Kootenay	121	(97-144)	*225	(193-258)
5912	Kootenay Boundary	*142	(117-167)	177	(149-205)
5913	Okanagan	*167	(154-180)	*224	(210-239)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*134	(119-149)	*211	(193-230)
5921	Fraser East	*120	(106-134)	*218	(199-236)
5922	Fraser North	102	(93-111)	*130	(120-141)
5923	Fraser South	103	(94-111)	*182	(171-194)
5931	Richmond	*73	(60-86)	*89	(75-103)
5932	Vancouver	*70	(63-77)	*86	(78-94)
5933	North Shore	*143	(128-157)	169	(153-185)
5941	South Vancouver Island	109	(98-119)	*129	(118-141)
5942	Central Vancouver Island	*133	(120-146)	*205	(189-220)
5943	North Vancouver Island	*144	(123-166)	*269	(241-297)
5951	Northwest	125	(96-154)	*242	(202-281)
5952	Northern Interior	*127	(106-148)	*205	(179-231)
5953	Northeast	129	(94-164)	181	(141-222)
Yukon		156	(96-216)	172	(108-235)
Territoires du Nord-Ouest		84	(42-126)	*84	(50-119)
Nunavut		59	(15-103)	*358	(227-489)
Canada		99	(98-101)	158	(157-160)

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 habitants 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.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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 habitants 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.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée 2008-2009		Pontage aortocoronarien par greffe 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*147	(136-157)	*98	(90-107)
1011	Eastern	157	(142-172)	*104	(92-116)
1012	Central	149	(126-172)	*109	(89-128)
1013	Western	*114	(92-136)	59	(43-75)
Île-du-Prince-Édouard		*131	(112-150)	80	(65-95)
Nouvelle-Écosse		*159	(151-167)	*63	(58-68)
1211	South Shore	192	(160-225)	62	(43-80)
1212	South West Nova	181	(148-215)	66	(46-85)
1213	Annapolis Valley	*139	(114-163)	*41	(28-54)
1214	Colchester East Hants	182	(151-213)	82	(62-103)
1218	Cape Breton	162	(140-183)	*85	(70-101)
1219	Capital	*144	(131-156)	*58	(50-66)
Nouveau-Brunswick		*196	(186-206)	*86	(79-93)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	177	(158-196)	73	(60-85)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*237	(214-260)	82	(68-96)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*232	(208-256)	*92	(77-107)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*	**	*	**
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	151	(125-177)	77	(59-96)
Québec		..	..	*66	(64-68)
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	*54	(45-64)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	..	..	66	(56-75)
2403	Capitale-Nationale	..	..	75	(69-82)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	*58	(52-65)
2405	Estrie	..	..	*50	(42-58)
2406	Montréal	..	..	*65	(61-69)
2407	Outaouais	..	..	*51	(43-60)
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	63	(50-77)
2409	Côte-Nord	..	..	88	(68-108)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	..	..	85	(68-101)
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	65	(57-73)
2413	Laval	..	..	65	(57-74)
2414	Lanaudière	..	..	*61	(54-69)
2415	Laurentides	..	..	*61	(54-68)
2416	Montérégie	..	..	*78	(73-83)
Ontario		*166	(163-168)	*74	(73-76)
3501	Érié St. Clair	*139	(130-149)	*89	(81-97)
3502	Sud-Ouest	*115	(108-122)	*79	(73-85)
3503	Waterloo Wellington	*103	(94-111)	*61	(55-68)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	171	(164-178)	*92	(87-97)
3505	Centre-Ouest	*179	(169-190)	71	(64-78)
3506	Mississauga Halton	*158	(149-166)	*78	(72-84)
3507	Toronto-Centre	*153	(145-160)	*53	(49-58)
3508	Centre	*159	(152-166)	*65	(60-69)
3509	Centre-Est	169	(162-176)	66	(62-71)
3510	Sud-Est	*218	(205-231)	*106	(98-115)
3511	Champlain	*184	(176-192)	*64	(59-69)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	168	(156-181)	*91	(82-100)
3513	Nord-Est	*232	(220-245)	*57	(51-63)
3514	Nord-Ouest	*237	(217-258)	*111	(97-125)
Manitoba		*148	(141-156)	*81	(75-87)
4610	Winnipeg	*145	(135-154)	*80	(73-88)
4615	Brandon	*127	(93-161)	55	(32-78)
4625	Sud-Est	143	(109-178)	90	(62-117)
4630	Entre-les-Lacs	*140	(113-166)	86	(65-107)
4640	Centre	*118	(94-141)	76	(57-94)
4645	Assiniboine	149	(121-177)	61	(44-79)

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée 2008-2009		Pontage aortocoronarien par greffe 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*206	(197-216)	*89	(83-95)
4701	Sun Country	197	(158-235)	75	(51-99)
4702	Five Hills	160	(125-194)	77	(53-101)
4704	Regina	177	(159-194)	*96	(82-109)
4705	Sunrise	176	(141-210)	*104	(79-129)
4706	Saskatoon	*242	(223-262)	*90	(78-103)
4709	Prince Albert	*232	(196-268)	*93	(71-116)
4710	Prairie North	200	(163-237)	86	(62-111)
Alberta		172	(167-177)	*53	(50-56)
4821	Zone 1 (Chinook)	*132	(113-151)	*46	(35-58)
4822	Zone 2 (Palliser)	153	(127-179)	*48	(34-63)
4823	Zone 3 (Calgary)	*157	(149-165)	*46	(41-50)
4824	Zone 4 (David Thompson)	*187	(170-204)	*56	(46-65)
4825	Zone 5 (East Central)	181	(156-207)	*52	(38-66)
4826	Zone 6 (Capital)	*178	(169-187)	*56	(51-61)
4827	Zone 7 (Aspen)	*196	(174-219)	71	(57-85)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*227	(196-259)	74	(55-92)
4829	Zone 9 (Northern Lights)	190	(139-240)	64	(32-97)
Colombie-Britannique		167	(163-171)	*62	(59-64)
5911	East Kootenay	*120	(97-143)	*44	(30-59)
5912	Kootenay Boundary	*120	(97-142)	56	(40-71)
5913	Okanagan	*127	(116-138)	*55	(48-62)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*140	(124-155)	*53	(44-62)
5921	Fraser East	*240	(220-259)	74	(63-85)
5922	Fraser North	*192	(179-204)	*62	(55-69)
5923	Fraser South	*226	(213-238)	*83	(75-90)
5931	Richmond	*129	(111-146)	*52	(41-63)
5932	Vancouver	*120	(111-130)	*45	(39-51)
5933	North Shore	*144	(130-158)	61	(51-70)
5941	South Vancouver Island	162	(149-175)	*60	(52-68)
5942	Central Vancouver Island	175	(160-191)	62	(53-71)
5943	North Vancouver Island	181	(157-205)	75	(60-90)
5951	Northwest	181	(146-215)	73	(51-94)
5952	Northern Interior	165	(142-188)	72	(56-88)
5953	Northeast	181	(142-221)	78	(52-104)
Yukon		161	(107-214)	81	(42-120)
Territoires du Nord-Ouest		144	(93-195)	63	(22-104)
Nunavut		105	(41-168)	66	(4-129)
Canada		168	(166-169)	70	(69-71)

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 habitants 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 : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec. 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 au Québec.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

Pontage aortocoronarien par greffe

Taux de pontages aortocoronariens pratiqués sur des patients hospitalisés en soins de courte durée par 100 000 habitants 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 : 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 au Québec.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Revascularisation cardiaque 2008-2009		Hystérectomie 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		244	(230-257)	*421	(392-450)
1011	Eastern	*259	(240-278)	*399	(363-435)
1012	Central	258	(228-288)	*435	(367-503)
1013	Western	*173	(146-201)	*508	(425-592)
Île-du-Prince-Édouard		*210	(186-235)	*512	(449-576)
Nouvelle-Écosse		*221	(211-231)	*416	(395-437)
1211	South Shore	254	(216-291)	356	(272-441)
1212	South West Nova	247	(208-285)	*604	(506-701)
1213	Annapolis Valley	*178	(150-206)	*534	(447-621)
1214	Colchester East Hants	261	(224-298)	*583	(492-673)
1218	Cape Breton	247	(220-273)	*546	(474-618)
1219	Capital	*201	(186-216)	*244	(220-267)
Nouveau-Brunswick		*274	(262-286)	*379	(356-402)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	249	(227-271)	*439	(392-487)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*319	(291-346)	*240	(203-276)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*323	(294-351)	344	(298-389)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	*	**	331	(245-418)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	228	(196-259)	*443	(363-523)
Québec		**	**	*319	(312-325)
2401	Bas-Saint-Laurent	**	**	*394	(348-441)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	**	**	*589	(538-639)
2403	Capitale-Nationale	**	**	*277	(257-297)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	**	**	*395	(364-425)
2405	Estrie	**	**	*477	(436-518)
2406	Montréal	**	**	*229	(218-240)
2407	Outaouais	**	**	*258	(232-285)
2408	Abitibi-Témiscamingue	**	**	*583	(516-650)
2409	Côte-Nord	**	**	353	(291-416)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	**	**	*438	(367-510)
2412	Chaudière-Appalaches	**	**	*398	(365-431)
2413	Laval	**	**	*276	(250-301)
2414	Lanaudière	**	**	*299	(274-324)
2415	Laurentides	**	**	323	(299-346)
2416	Montérégie	**	**	*322	(307-337)
Ontario		238	(235-241)	*330	(325-335)
3501	Érie St. Clair	227	(215-239)	*439	(412-466)
3502	Sud-Ouest	*192	(183-201)	*403	(382-425)
3503	Waterloo Wellington	*163	(153-173)	*405	(381-429)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*262	(254-271)	*401	(384-418)
3505	Centre-Ouest	248	(236-261)	*263	(246-281)
3506	Mississauga Halton	235	(224-245)	*238	(224-252)
3507	Toronto-Centre	*204	(196-213)	*178	(166-189)
3508	Centre	*223	(215-231)	*245	(233-256)
3509	Centre-Est	235	(227-243)	330	(316-344)
3510	Sud-Est	*321	(306-337)	*422	(392-453)
3511	Champlain	246	(236-255)	*355	(338-372)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*258	(243-273)	*398	(368-429)
3513	Nord-Est	*288	(274-302)	*577	(542-611)
3514	Nord-Ouest	*346	(322-371)	375	(333-418)
Manitoba		229	(219-238)	*374	(356-392)
4610	Winnipeg	*224	(211-236)	336	(313-358)
4615	Brandon	*182	(141-223)	399	(308-490)
4625	Sud-Est	233	(189-277)	*469	(379-558)
4630	Entre-les-Lacs	226	(192-259)	388	(315-460)
4640	Centre	*193	(164-223)	*458	(389-527)
4645	Assiniboine	210	(177-243)	*472	(383-562)

Code de carte	Région sanitaire	Revascularisation cardiaque 2008-2009		Hystérectomie 2008-2009	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*293	(282-304)	*396	(375-416)
4701	Sun Country	272	(226-317)	397	(305-489)
4702	Five Hills	235	(194-277)	*533	(425-642)
4704	Regina	*270	(248-292)	341	(304-379)
4705	Sunrise	*280	(237-322)	421	(332-510)
4706	Saskatoon	*329	(306-351)	336	(302-370)
4709	Prince Albert	*326	(283-368)	316	(249-384)
4710	Prairie North	*286	(242-331)	*751	(638-864)
Alberta		*224	(218-230)	*368	(358-378)
4821	Zone 1 (Chinook)	*178	(156-201)	*610	(544-677)
4822	Zone 2 (Palliser)	*200	(171-230)	*465	(395-535)
4823	Zone 3 (Calgary)	*202	(193-211)	*304	(289-319)
4824	Zone 4 (David Thompson)	242	(223-262)	*438	(400-477)
4825	Zone 5 (East Central)	233	(204-262)	*525	(454-596)
4826	Zone 6 (Capital)	234	(223-244)	*366	(348-384)
4827	Zone 7 (Aspen)	*267	(240-293)	*397	(348-445)
4828	Zone 8 (Peace Country)	*301	(265-337)	*	* *
4829	Zone 9 (Northern Lights)	254	(194-314)	384	(306-463)
Colombie-Britannique		*227	(222-231)	*311	(303-320)
5911	East Kootenay	*164	(137-192)	374	(305-442)
5912	Kootenay Boundary	*175	(148-203)	*418	(341-496)
5913	Okanagan	*181	(168-194)	*405	(369-441)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*192	(174-210)	*586	(529-642)
5921	Fraser East	*311	(289-333)	*489	(445-533)
5922	Fraser North	*252	(238-266)	*243	(224-263)
5923	Fraser South	*307	(293-322)	*243	(224-261)
5931	Richmond	*179	(159-199)	*151	(125-177)
5932	Vancouver	*163	(152-174)	*167	(152-183)
5933	North Shore	*204	(187-221)	*229	(202-257)
5941	South Vancouver Island	*220	(205-235)	335	(305-366)
5942	Central Vancouver Island	237	(219-254)	*530	(480-580)
5943	North Vancouver Island	256	(227-284)	*461	(392-531)
5951	Northwest	252	(211-292)	349	(279-419)
5952	Northern Interior	235	(207-263)	*528	(463-592)
5953	Northeast	259	(212-307)	421	(336-506)
Yukon		242	(176-308)	*246	(158-333)
Territoires du Nord-Ouest		208	(142-273)	371	(267-476)
Nunavut		*132	(61-204)	*185	(72-299)
Canada		237	(235-239)	338	(335-341)

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 habitants 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 : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données. Le taux du Canada ne comprend pas le Québec. 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 au Québec.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta.

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.

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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Ratio d'entrées et de sorties, 2008-2009					Pontage aorto-coronarien
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	
Terre-Neuve-et-Labrador		..	..	..	..	..	..
1011	Eastern	1,12	1,02	1,04	1,07	1,64	1,68
1012	Central	0,85	1,12	0,99	0,92	0,00	0,00
1013	Western	0,93	0,98	1,02	0,96	0,00	0,00
Île-du-Prince-Édouard		0,92	0,97	0,98	0,95	0,00	0,00
Nouvelle-Écosse		..	..	..	..	..	..
1211	South Shore	0,58	0,00	0,00	0,73	0,00	0,00
1212	South West Nova	0,80	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00
1213	Annapolis Valley	1,03	2,41	2,18	1,20	0,00	0,00
1214	Colchester East Hants	0,53	0,00	0,00	0,78	0,00	0,00
1218	Cape Breton	0,91	1,06	1,08	0,81	0,00	0,00
1219	Capital	1,48	1,47	1,36	1,33	3,17	3,41
Nouveau-Brunswick		..	..	..	..	..	..
1301	Zone 1 (région de Moncton)	1,11	1,33	1,27	1,26	0,00	0,00
1302	Zone 2 (région de Saint John)	1,17	0,93	0,98	0,85	3,73	4,45
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	0,92	1,10	1,07	0,99	0,00	0,00
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	0,96	0,67	0,86	0,79	0,00	0,00
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	0,94	1,02	0,94	0,84	0,00	0,00
Québec		..	..	..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	0,92	0,87	0,87	0,97	..	0,00
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1,00	0,99	1,03	1,04	..	0,98
2403	Capitale-Nationale	1,32	1,20	1,20	1,28	..	2,27
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	0,89	1,00	0,98	0,95	..	0,00
2405	Estrie	1,09	0,65	0,61	1,03	..	1,74
2406	Montréal	1,41	1,75	1,68	1,59	..	2,84
2407	Outaouais	0,80	0,65	0,69	0,54	..	0,00
2408	Abitibi-Témiscamingue	0,98	0,81	1,03	1,04	..	0,00
2409	Côte-Nord	0,77	0,58	0,60	0,65	..	0,00
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0,73	0,65	0,74	0,59	..	0,00
2412	Chaudière-Appalaches	0,77	1,05	1,09	0,86	..	0,00
2413	Laval	0,80	0,36	0,50	0,73	..	0,00
2414	Lanaudière	0,70	0,64	0,64	0,68	..	0,00
2415	Laurentides	0,77	0,54	0,66	0,68	..	0,00
2416	Montérégie	0,78	0,62	0,67	0,73	..	0,00
Ontario		..	..	..	..	..	..
3501	Érié St. Clair	0,89	0,87	0,90	0,89	0,50	0,00
3502	Sud-Ouest	1,08	0,97	0,99	1,10	1,13	1,47
3503	Waterloo Wellington	0,91	0,96	0,99	0,91	1,46	1,53
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,00	0,99	0,94	1,05	0,98	1,07
3505	Centre-Ouest	0,73	0,78	0,69	0,58	0,00	0,00
3506	Mississauga Halton	0,96	0,83	0,96	0,83	1,37	1,30
3507	Toronto-Centre	1,86	2,41	2,43	2,47	3,18	4,33
3508	Centre	0,92	0,91	1,00	0,93	0,76	0,91
3509	Centre-Est	0,84	0,77	0,91	0,79	0,46	0,00
3510	Sud-Est	0,93	0,96	1,01	1,00	0,98	0,95
3511	Champlain	1,11	1,04	1,00	1,11	1,15	1,41
3512	Simcoe-Nord Muskoka	0,87	0,73	0,74	0,91	0,00	0,00
3513	Nord-Est	0,93	0,57	0,64	0,91	0,95	0,86
3514	Nord-Ouest	0,92	0,90	0,97	0,75	0,63	0,00
Manitoba		..	..	..	..	..	..
4610	Winnipeg	1,40	1,67	1,60	1,58	1,88	1,93
4615	Brandon	1,63	0,83	2,24	2,09	0,00	0,00
4625	Sud-Est	0,60	0,00	0,00	0,32	0,00	0,00
4630	Entre-les-Lacs	0,52	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00
4640	Centre	0,76	0,84	0,64	0,38	0,00	0,00
4645	Assiniboine	0,55	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00

Code de carte	Région sanitaire	Ratio d'entrées et de sorties, 2008-2009					
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	Pontage aorto-coronarien
Saskatchewan		**	**	**	**	**	**
4701	Sun Country	0,59	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00
4702	Five Hills	0,83	0,40	0,50	0,63	0,00	0,00
4704	Regina	1,23	1,45	1,48	1,28	2,03	2,01
4705	Sunrise	0,79	0,00	0,00	1,14	0,00	0,00
4706	Saskatoon	1,40	1,96	2,06	1,65	1,82	1,68
4709	Prince Albert	0,84	0,64	0,52	0,49	0,00	0,00
4710	Prairie North	1,04	0,00	0,00	1,27	0,00	0,00
Alberta		**	**	**	**	**	**
4821	Zone 1 (Chinook)	0,93	0,87	1,06	1,10	0,00	0,00
4822	Zone 2 (Palliser)	0,97	1,21	1,28	0,77	0,00	0,00
4823	Zone 3 (Calgary)	1,07	1,15	1,05	1,04	1,47	1,54
4824	Zone 4 (David Thompson)	0,88	0,69	0,68	0,72	0,00	0,00
4825	Zone 5 (East Central)	0,62	0,70	0,60	0,55	0,00	0,00
4826	Zone 6 (Capital)	1,26	1,27	1,29	1,25	1,80	1,83
4827	Zone 7 (Aspen)	0,69	0,45	0,68	0,34	0,00	0,00
4828	Zone 8 (Peace Country)	*	*	*	*	0,00	0,00
4829	Zone 9 (Northern Lights)	0,87	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00
Colombie-Britannique		**	**	**	**	**	**
5911	East Kootenay	0,83	0,72	0,68	0,79	0,00	0,00
5912	Kootenay Boundary	0,86	0,74	0,89	0,80	0,00	0,00
5913	Okanagan	1,01	0,92	1,02	1,02	0,00	0,00
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	0,92	0,59	0,59	1,03	0,00	0,00
5921	Fraser East	0,89	0,74	0,84	0,89	0,00	0,00
5922	Fraser North	1,04	0,71	0,94	0,85	2,25	2,15
5923	Fraser South	0,79	0,49	0,58	0,67	0,00	0,00
5931	Richmond	0,96	1,59	2,80	0,95	0,00	0,00
5932	Vancouver	1,66	3,64	2,80	2,25	5,01	5,32
5933	North Shore	0,86	0,76	0,89	0,79	0,00	0,00
5941	South Vancouver Island	1,17	0,96	0,95	1,05	2,44	2,83
5942	Central Vancouver Island	0,86	0,79	0,82	0,88	0,00	0,00
5943	North Vancouver Island	0,85	0,96	1,07	1,04	0,00	0,00
5951	Northwest	0,85	0,37	0,64	0,95	0,00	0,00
5952	Northern Interior	0,91	0,79	0,72	0,65	0,00	0,00
5953	Northeast	0,85	0,95	1,07	0,83	0,00	0,00
Yukon		0,85	0,00	0,60	0,91	0,00	0,00
Territoires du Nord-Ouest		0,99	0,95	1,00	1,08	0,00	0,00
Nunavut		0,46	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00
Canada		**	**	**	**	**	**

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 : Les ratios d'entrées et de sorties du Québec concernant les interventions coronariennes percutanées ne sont pas disponibles en raison des différences de 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, ministère de la Santé et du Bien-Être de l'Alberta; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens ou médecins de famille 2008		Médecins spécialistes 2008	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		115	(105-124)	104	(95-113)
1011	Eastern	118	(105-130)	135	(122-148)
1012	Central	103	(83-124)	60	(44-75)
1013	Western	110	(86-133)	70	(52-89)
Île-du-Prince-Édouard		102	(85-118)	64	(51-78)
Nouvelle-Écosse		119	(112-126)	115	(108-121)
1211	South Shore	124	(96-153)	60	(40-79)
1212	South West Nova	85	(61-108)	46	(29-64)
1213	Annapolis Valley	99	(78-120)	77	(58-96)
1214	Colchester East Hants	110	(86-134)	52	(35-68)
1218	Cape Breton	107	(89-125)	82	(66-97)
1219	Capital	138	(126-149)	176	(163-188)
Nouveau-Brunswick		107	(100-115)	87	(80-94)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	110	(96-125)	113	(99-128)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	102	(87-117)	101	(86-116)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	98	(83-113)	63	(51-75)
1304	Zone 4 (région d'Edmundston)	136	(104-168)	62	(40-84)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	109	(86-132)	75	(56-94)
Québec		113	(111-115)	107	(104-109)
2401	Bas-Saint-Laurent	139	(122-155)	89	(76-102)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	113	(101-126)	74	(64-84)
2403	Capitale-Nationale	153	(144-162)	174	(164-183)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	96	(87-104)	71	(64-79)
2405	Estrie	140	(127-154)	123	(111-136)
2406	Montréal	128	(123-133)	198	(191-204)
2407	Outaouais	97	(86-107)	50	(43-57)
2408	Abitibi-Témiscamingue	136	(117-155)	68	(55-81)
2409	Côte-Nord	133	(110-156)	57	(42-72)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	179	(153-206)	75	(58-92)
2412	Chaudière-Appalaches	105	(95-116)	66	(58-74)
2413	Laval	87	(78-97)	69	(61-77)
2414	Lanaudière	81	(73-90)	51	(45-58)
2415	Laurentides	88	(80-96)	46	(40-52)
2416	Montérégie	94	(89-99)	59	(55-63)
Ontario		86	(84-88)	92	(91-94)
3501	Érié St. Clair	61	(55-67)	53	(47-58)
3502	Sud-Ouest	82	(76-88)	101	(94-107)
3503	Waterloo Wellington	76	(70-83)	57	(52-63)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	76	(72-81)	92	(87-98)
3505	Centre-Ouest	57	(52-62)	41	(37-46)
3506	Mississauga Halton	74	(69-79)	60	(55-64)
3507	Toronto-Centre	149	(142-156)	278	(269-288)
3508	Centre	82	(77-86)	67	(63-71)
3509	Centre-Est	66	(62-70)	55	(51-59)
3510	Sud-Est	102	(93-111)	104	(95-113)
3511	Champlain	110	(104-116)	127	(121-133)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	84	(75-92)	51	(44-57)
3513	Nord-Est	88	(80-96)	61	(54-67)
3514	Nord-Ouest	97	(85-110)	59	(50-69)
Manitoba		95	(90-101)	88	(83-94)
4610	Winnipeg	101	(93-108)	143	(134-152)
4615	Brandon	155	(121-190)	88	(62-113)
4625	Sud-Est	64	(45-83)	*	**
4630	Entre-les-Lacs	72	(54-90)	15	(6-23)
4640	Centre	85	(67-102)	15	(8-23)
4645	Assiniboine	92	(69-114)	0	(0-0)

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens ou médecins de famille 2008		Médecins spécialistes 2008	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		93	(87-99)	70	(65-75)
4701	Sun Country	66	(44-88)	*	**
4702	Five Hills	77	(54-101)	26	(13-40)
4704	Regina	100	(87-112)	83	(72-95)
4705	Sunrise	63	(42-84)	30	(15-44)
4706	Saskatoon	116	(104-128)	138	(125-151)
4709	Prince Albert	102	(79-125)	37	(23-50)
4710	Prairie North	80	(59-101)	19	(8-29)
Alberta		112	(109-115)	91	(88-95)
4821	Zone 1 (Chinook)	104	(88-119)	54	(43-66)
4822	Zone 2 (Palliser)	91	(73-109)	44	(31-56)
4823	Zone 3 (Calgary)	120	(114-126)	115	(109-121)
4824	Zone 4 (David Thompson)	90	(79-100)	32	(26-38)
4825	Zone 5 (East Central)	89	(72-106)	14	(7-20)
4826	Zone 6 (Capital)	124	(117-130)	128	(121-134)
4827	Zone 7 (Aspen)	93	(79-107)	5	(2-9)
4828	Zone 8 (Peace Country)	90	(74-105)	27	(18-35)
4829	Zone 9 (Northern Lights)	74	(55-92)	15	(7-24)
Colombie-Britannique		114	(110-117)	93	(90-96)
5911	East Kootenay	148	(121-175)	29	(17-41)
5912	Kootenay Boundary	148	(121-175)	52	(36-68)
5913	Okanagan	109	(98-120)	84	(74-94)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	103	(89-116)	54	(45-64)
5921	Fraser East	84	(74-95)	44	(36-52)
5922	Fraser North	83	(75-90)	72	(65-79)
5923	Fraser South	76	(70-83)	49	(44-54)
5931	Richmond	86	(73-99)	63	(52-75)
5932	Vancouver	162	(152-172)	261	(248-273)
5933	North Shore	128	(115-142)	65	(55-74)
5941	South Vancouver Island	155	(142-167)	124	(113-136)
5942	Central Vancouver Island	115	(102-128)	63	(54-73)
5943	North Vancouver Island	136	(115-156)	66	(51-80)
5951	Northwest	142	(115-168)	25	(14-37)
5952	Northern Interior	120	(102-138)	54	(42-66)
5953	Northeast	105	(80-129)	10	(3-18)
Yukon		205	(156-254)	24	(7-41)
Territoires du Nord-Ouest		76	(50-102)	35	(17-52)
Nunavut		32	(12-52)	*	**
Canada		101	(100-102)	95	(94-96)

Médecins

Nombre d'**omnipraticiens** ou de **médecins de famille** (spécialistes en médecine familiale et en médecine d'urgence) et de **médecins spécialistes** (médecins spécialistes, chirurgiens spécialistes et spécialistes de laboratoire) au 31 décembre de l'année de référence, par 100 000 habitants. Les données comprennent les médecins actifs en pratique clinique ou non clinique. Sont considérés comme médecins actifs les titulaires d'un doctorat en médecine inscrits auprès d'un collège des médecins provincial ou territorial possédant une adresse postale valide. Les données excluent les résidents et les médecins non autorisés désirant que les renseignements à leur sujet ne soient pas publiés dans le *Canadian Medical Directory* au 31 décembre de l'année de référence. 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. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie, veuillez consulter le rapport *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* (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.

Remarque : Les taux sont calculés à l'aide des dernières estimations démographiques de Statistique Canada et peuvent différer légèrement de ceux des publications antérieures de l'ICIS.

Source : Base de données médicales Scott's, Institut canadien d'information sur la santé — données extraites en octobre 2009.

Professionnels de la santé choisis†, 2008

	Infirmières		Pharmaciens	Dentistes	Hygiénistes dentaires	Diététistes	Ergo- thérapeutes	Physio- thérapeutes	Chiro- praticiens	Optométristes	Psychologues
	IA	IAA									
T.-N.-L.	1 127	498	112	35	23	30	30	39	10	10	39
Î.-P.-É.	1 058	451	115	50	51	43	29	38	6	13	20
N.-É.	945	346	116	56	58	49	38	61	12	11	49
N.-B.	1 038	365	93	39	48	43	39	60	8	15	41
Qc	846	253	93	54	61	..	51	48	15	17	95
Ont.	718	212	76	63	81	22	32	48	30	13	25
Man.	903	216	103	51	50	29	40	55	21	9	17
Sask.	868	247	112	37	40	28	24	53	18	12	45
Alb.	795	174	99	54	62	26	41	54	25	13	67
C.-B.	682	153	86	67	63	23	34	59	23	11	24
Yn	1 008	187	121	142	75	..	21	..	27	15	..
T.N.-O.	1 633	217	46	113	51	22	33	..	..	0	180
Nun.	..	..	73	156	6	..	10	..	..	25	60
Canada	786	223	88	58	67	..	38	51	23	14	47

† Taux par 100 000 habitants.

Dépenses de santé

	Dépenses totales de santé										
	Dollars courants (en millions)			PIB (%)	Secteur public (%)	Par affectation de fonds (répartition en millions de dollars exprimée en %), 2007					Immobilisations et autres dépenses de santé
	Réelles 2007	Prévisionnelles 2008	Prévisionnelles 2009			Services institutionnels	Services professionnels	Médecaments	Santé publique		
T.-N.-L.	2 565	2 810	3 029	8,7	75,2	51,7	18,1	16,5	3,4	10,3	
Î.-P.-É.	660	731	809	14,5	71,0	45,0	20,0	16,2	4,6	14,2	
N.-É.	4 816	5 165	5 490	14,6	70,8	45,4	21,7	17,8	3,5	11,6	
N.-B.	3 742	3 983	4 119	13,9	70,9	45,7	20,7	16,9	3,3	13,4	
Qc	33 497	36 072	38 103	11,3	71,5	42,0	20,7	20,0	4,0	13,3	
Ont.	64 184	68 710	72 260	11,0	67,3	35,9	25,9	17,0	7,3	13,9	
Man.	6 279	6 717	7 058	12,9	74,7	42,9	21,6	13,8	6,8	14,9	
Sask.	5 104	5 583	5 894	9,9	76,1	40,9	21,6	14,5	9,6	13,4	
Alb.	18 537	20 775	22 013	7,2	72,0	36,0	24,5	13,2	9,5	16,8	
C.-B.	20 603	22 012	23 273	10,7	71,9	35,3	27,8	13,4	6,3	17,2	
Yn	231	251	266	13,1	77,6	39,3	16,6	10,1	17,7	16,3	
T.N.-O.	398	414	434	8,3	82,9	50,8	16,5	6,4	9,3	17,0	
Nun.	355	364	373	25,6	94,2	39,9	13,7	5,2	11,7	29,5	
Canada	160 974	173 585	183 121	10,5	70,3	38,4	24,1	16,5	6,6	14,4	

Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds (dollars par habitant), 2007

Dépenses de santé du secteur privé par affectation de fonds (dollars par habitant), 2007

	Dépenses de santé du secteur public par affectation de fonds (dollars par habitant), 2007					Dépenses de santé du secteur privé par affectation de fonds (dollars par habitant), 2007				
	Services institutionnels	Services professionnels	Médecaments	Santé publique	Immobilisations et autres dépenses de santé	Services institutionnels	Services professionnels	Médecaments	Santé publique	Immobilisations et autres dépenses de santé
T.-N.-L.	2 382	615	255	171	386	234	303	581	0	136
Î.-P.-É.	1 791	581	213	218	588	360	374	559	0	92
N.-É.	2 045	668	308	179	441	293	448	608	0	156
N.-B.	2 017	635	241	166	502	279	404	606	0	169
Qc	1 613	519	382	176	427	219	385	490	0	146
Ont.	1 474	748	316	367	472	326	552	538	0	225
Man.	1 956	701	300	356	619	299	437	426	0	166
Sask.	1 832	706	320	491	537	258	396	420	0	144
Alb.	1 685	722	251	500	644	218	572	446	0	242
C.-B.	1 538	762	237	302	596	150	567	405	0	224
Yn	2 149	781	376	1 257	943	642	397	342	0	207
T.N.-O.	3 909	1 180	303	853	1 336	736	333	281	0	215
Nun.	4 366	1 389	341	1 328	3 288	176	172	251	0	62
Canada	1 616	684	310	320	507	261	496	495	0	198

Professionnels de la santé

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

Infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), pharmaciens (à l'exception du Québec, du Manitoba, du Yukon et du Nunavut), **physiothérapeutes** et **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 quelle 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 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 de Statistique Canada, tableau CANSIM 051-0001.

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 exprimées en dollars courants, en proportion du produit intérieur brut (PIB). Cette définition permet de mesurer l'activité économique selon son objectif principal et 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 de santé par affectation de fonds

Répartition en pourcentage des dépenses de santé par catégorie de dépenses de santé. La catégorie des **services institutionnels** 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 des 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, provinciale ou territoriale lorsqu'elles font l'objet de comparaison à celles décrites dans le présent document. De plus, des écarts peuvent survenir 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 2009) 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 en 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. Par conséquent, 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.

- À moins d'indication 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 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^{er} juillet 1991.
- L'Alberta a adopté une nouvelle structure de soins de santé; les données de l'Alberta dans cette publication correspondent aux anciennes limites régionales. Le nom des anciennes régions a toutefois changé.
- Les données de 2008-2009 sur les hospitalisations pour la zone 8 (Peace Country) de l'Alberta étaient incomplètes. Par conséquent, plusieurs indicateurs n'ont pas pu être déclarés pour cette zone, notamment les arthroplasties de la hanche ou du genou, le taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, les accidents vasculaires cérébraux, le taux d'événements de fracture de la hanche, les hospitalisations à la suite d'une blessure, les conditions propices aux soins ambulatoires, les hystérectomies, ainsi que les ratios d'entrées et de sorties pour les arthroplasties de la hanche ou du genou et les hystérectomies ainsi que les ratios globaux.
- En raison des différences au chapitre de la soumission des données, un patient du Manitoba traité à l'intérieur et à l'extérieur de la province ne pouvait être identifié comme une seule et 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 ou 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.

Annexe — Définition de quintile de revenu du quartier

Classement des patients selon le quintile de revenu du quartier

Chaque patient a été classé dans un quintile de revenu du quartier à partir du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada¹. Ce système automatisé met en lien les codes postaux à six caractères et les régions géographiques normalisées du recensement canadien (comme les aires de diffusion, les secteurs de recensement et les subdivisions de recensement). En établissant le lien entre les codes postaux et l'unité géographique de recensement, le fichier facilite l'extraction de l'information pertinente du recensement (p. ex. le revenu) pour chaque unité géographique.

L'aire de diffusion (AD) constitue la plus petite unité géographique qu'il est possible d'analyser dans le recensement du Canada; elle se compose de 400 à 700 habitants². Le FCCP+ (version 5E)³ a servi à mettre en correspondance le code postal du lieu de résidence du patient au moment de l'hospitalisation avec l'AD du recensement de 2006. De plus, le quintile de revenu de quartier de cette AD a été attribué au patient.

Dans le FCCP+, lorsque des codes postaux correspondent à plus d'une AD (14 % de tous les codes postaux), l'attribution probabiliste à une AD est effectuée en fonction de la taille de la population. Ainsi, le même code postal peut être mappé à une AD différente si le programme est exécuté plus d'une fois. Afin de nous assurer que le même patient avec le même code postal est toujours classé sous la même AD, chaque combinaison unique d'un numéro d'assurance-maladie encodé, d'une date de naissance et d'un code postal a été attribuée à la même AD.

Établissement des quintiles de revenu pour les aires de diffusion

Les quintiles de revenu de quartier du FCCP+ ont été constitués selon les méthodes conçues par Statistique Canada⁴, lesquelles sont brièvement décrites ci-dessous.

Les quintiles de revenu du quartier reposent sur l'équivalent du revenu moyen d'une seule personne dans une AD obtenu à partir du recensement de 2006. Cette mesure utilise la pondération d'une personne implicite dans le seuil de faible revenu de Statistique Canada pour dériver les multiplicateurs de l'équivalent d'une personne seule pour la taille de chaque ménage⁵. Par exemple, le multiplicateur 1,0 a été attribué à un ménage composé d'une seule personne, tandis que le multiplicateur 1,24 a été attribué à un ménage de deux personnes et le multiplicateur 1,53, à un ménage de trois personnes. L'équivalent du revenu moyen d'une personne seule pour chaque AD a été obtenu au moyen de la division du revenu total de l'AD par le nombre total

d'équivalents d'une personne seule. Le quintile de revenu des AD où la population à domicile est inférieure à 250 a été calculé en fonction des AD avoisinantes (dans la mesure du possible), car les données du recensement sur le revenu de ces AD ont été supprimées.

Par la suite, les quintiles de population par revenu de quartier ont été constitués séparément pour chaque région métropolitaine de recensement (RMR), agglomération de recensement (AR) ou région résiduelle de chaque province. Les AD de chacune de ces régions ont été classées du revenu moyen le plus faible par équivalent d'une personne seule au revenu le plus élevé et réparties en cinq groupes, chacun contenant environ un cinquième du total de la population hors établissement de chaque région. Les données sur les quintiles ont ensuite été regroupées à l'échelle des régions. Des quintiles ont été constitués pour chaque région avant leur regroupement à l'échelle nationale ou provinciale afin que soit réduite au minimum l'incidence potentielle des différences dans le revenu, le logement et les autres coûts de la vie d'une région à l'autre au pays.

Limites

Les quintiles de revenu de quartier dérivés de la mise en correspondance des codes postaux au recensement sont moins précis dans les régions rurales, car les codes postaux de ces régions couvrent des unités géographiques plus vastes. De plus, comme les données sur le revenu du Recensement du Canada de 2006 ne comprennent que les résidents hors établissements, cette mesure exclut les personnes qui vivent dans les établissements de soins de longue durée. Par conséquent, les taux par quintile de revenu du quartier n'englobent pas toute la population.

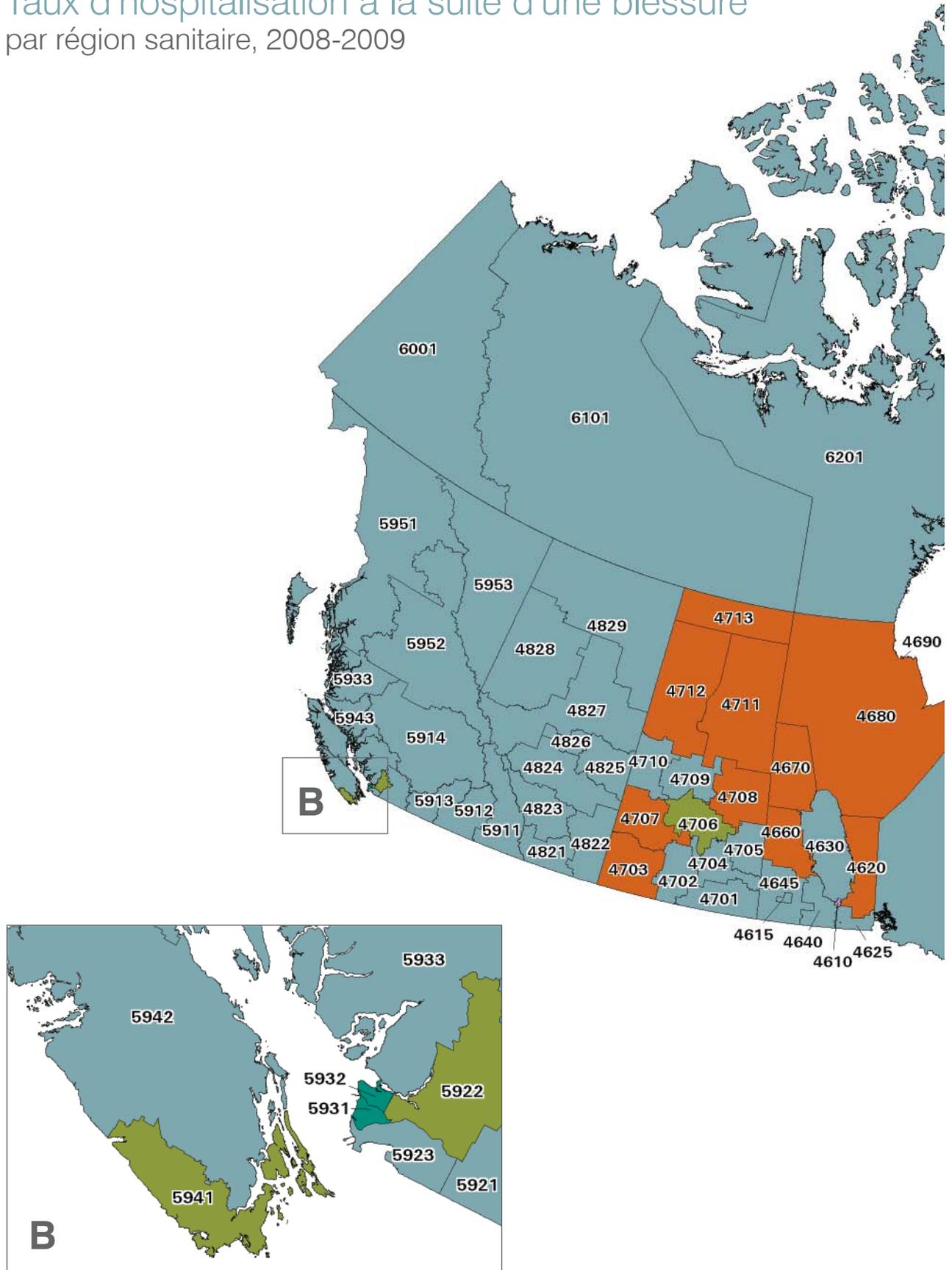
Références

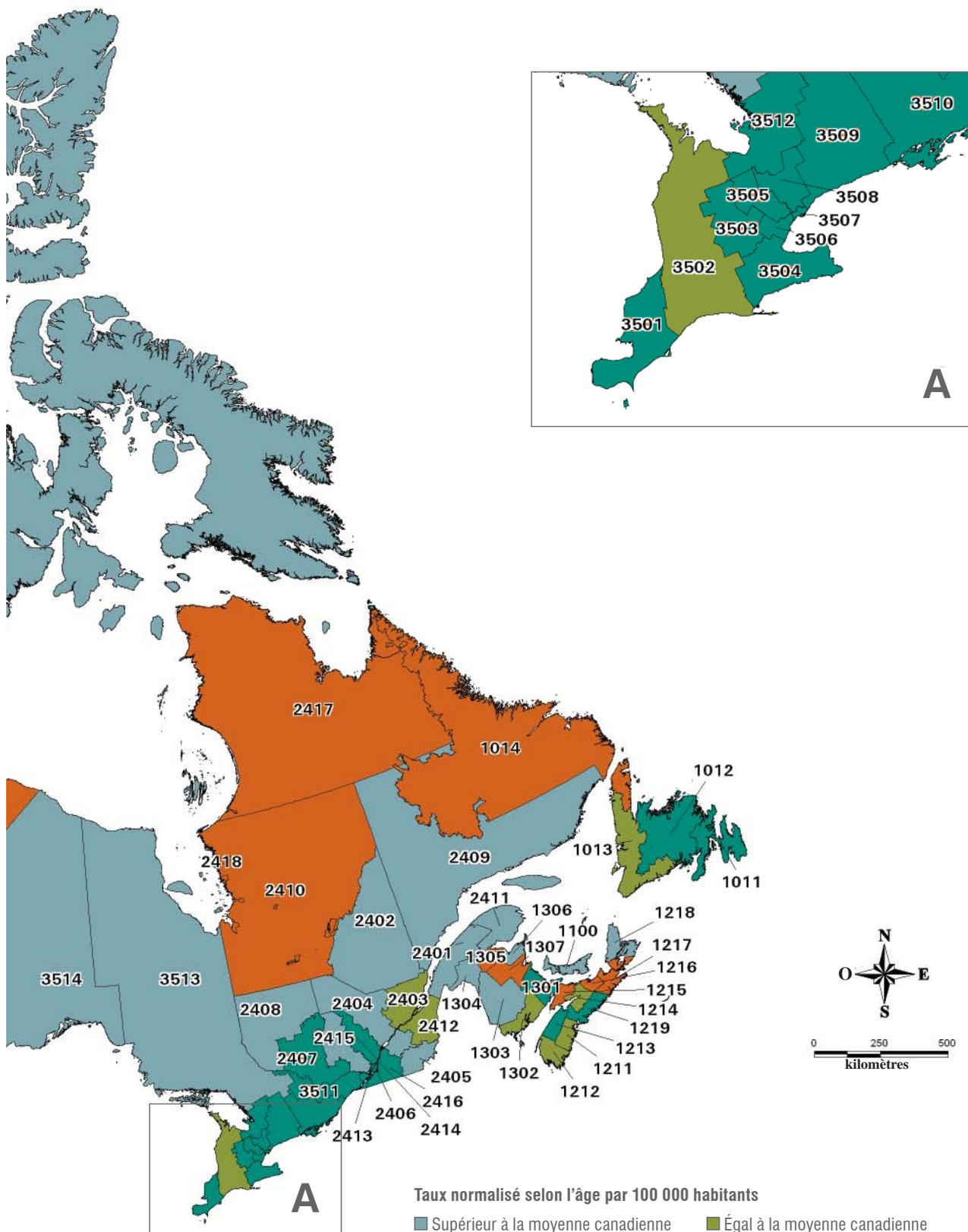
1. Statistique Canada, *Postal Code Conversion File Plus (PCCF+)* [Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)]. Consulté le 26 novembre 2009. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=eng&catno=82F0086X>>.
2. Statistique Canada, *2006 Census Dictionary* [Dictionnaire du recensement de 2006], Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007, n° 92-566-XWE au catalogue.
3. R. Wilkins, *PCCF+ Version 5E User's Guide. Automated Geographic Coding Based on the Statistics Canada Postal Code Conversion Files, Including Postal Codes Through March 2009*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, Division de l'analyse de la santé, 2009, n° 82F0086-XDB au catalogue .
4. R. Wilkins et coll. « Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada From 1971 to 1996 », *Health Reports* [« Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, 1971-1996 », *Rapports sur la santé*], vol. 13, suppl. (2002), p. 1-27, n° 82-003 SIE au catalogue.

Index des indicateurs

Activité physique durant les loisirs.....	50
Arthrite.....	40
Arthroplastie de la hanche.....	66-67
Arthroplastie du genou.....	66-67
Asthme.....	40
Autochtones.....	46-47
Césarienne.....	58-59
Coefficient de Gini.....	49
Conditions propices aux soins ambulatoires.....	58-59
Consommation abusive d'alcool.....	50
Consommation de fruits et légumes.....	50
Dépenses de santé.....	76
Diabète.....	40
Exposition à la fumée secondaire.....	50
Familles monoparentales.....	46-47
Fracture de la hanche à l'hôpital.....	54-55
Hospitalisation à la suite d'une blessure.....	42-43
Hospitalisation à la suite d'une blessure, quintile de revenu du quartier.....	48
Hospitalisation à la suite d'une blessure, ratio des taux de disparité.....	48
Hospitalisation à la suite d'une blessure, réduction potentielle du taux.....	48
Hypertension.....	40
Hystérectomie.....	70-71
Immigrants récents.....	46-47
Indice de masse corporelle (adultes).....	40
Intervention coronarienne percutanée.....	68-69
Logements possédés.....	46-47, 52-53
Médecins.....	74-75
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral.....	60-61
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde.....	60-61
Personnes vivant seules.....	46-47
Pontage aortocoronarien par greffe.....	68-69
Population.....	38-39
Professionnels de la santé.....	76
Rapport de dépendance.....	38-39
Ratio d'entrées et de sorties.....	72-73
Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde.....	62-63
Réadmission à la suite d'une crise d'asthme.....	62-63
Réadmission à la suite d'une hystérectomie.....	64-65
Réadmission à la suite d'une prostatectomie.....	64-65
Revascularisation cardiaque.....	70-71
Santé perçue.....	40
Tabagisme.....	50
Taux d'événements d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation.....	44-45
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation.....	44-45
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, quintile de revenu du quartier.....	48
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, ratio des taux de disparité.....	48
Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, réduction potentielle du taux.....	48
Taux d'événements de fracture de la hanche menant à une hospitalisation.....	54-55
Taux de chômage.....	46-47, 52-53
Taux de faible revenu.....	46-47, 52-53
Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche.....	56-57
Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires.....	46-47

Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure par région sanitaire, 2008-2009





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 2010* 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

OU

www.statcan.gc.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
Indicateurs de santé 2010 (exemplaire imprimé)		0 \$
Health Indicators 2010 (exemplaire imprimé)		0 \$
Frais de port et de manutention applicables aux commandes de l'extérieur du Canada (taux fixe : 25 \$)		
TOTAL		

* 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).



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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-740-7 (PDF)

© 2010 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2010*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

This publication is also available in English under the title *Health Indicators 2010*.
ISBN 978-1-55465-738-4 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Edmonton

10235, rue 101 Nord-Ouest, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1
Téléphone : 780-409-5438

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca

Mai 2010



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information