



Indicateurs de santé 2012



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Corrections

Les corrections suivantes doivent être apportées à l'annexe du rapport *Indicateurs de santé 2012* (pages 36 et 37) et aux notes techniques connexes *Indicateurs de santé 2012 : définitions, sources de données et raisonnement, mai 2012* (pages 79 et 81) :

- 1) À la rangée Leucémie, dans la colonne Cause traitable, « (plus de 45 ans) » devrait plutôt se lire « (moins de 45 ans) ».
- 2) À la rangée Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale, le « x » dans la colonne Cause pouvant être prévenue et celui dans la colonne Cause traitable ont été inversés.

Version originale

1)

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Tumeurs				
Leucémie	204.0,1; 205.1	C91.0, C91.1, C92.1		x (plus de 45 ans)

2)

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infantiles et maternelles				
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	771.3 363.4 760 à 779 (à l'exception de 779.4)	A33 H31.1 P00 à P96	x	x

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Version corrigée

1)

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Tumeurs				
Leucémie	204.0,1; 205.1	C91.0, C91.1, C92.1		x (moins de 45 ans)

2)

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infantiles et maternelles				
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	771.3	A33	x	
	363.4 760 à 779 (à l'exception de 779.4)	H31.1 P00 à P96		x

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 : mortalité évitable au Canada	1
Introduction	3
Mortalité prématurée	8
Mortalité potentiellement évitable	11
Mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables	17
Où se situe le Canada à l'échelle internationale?	29
En bref	31
Répercussions sur les politiques de santé, les politiques sociales et la prestation des soins	31
Annexe	35
Références	41
Indicateurs de santé : une région à la fois	47
Profil des régions sanitaires	50
État de santé	52
Équité	62
Déterminants non médicaux de la santé	64
Performance du système de santé	66
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	86
Remarques générales	101
Index des indicateurs	105
Cartes des régions sanitaires	108

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 2012, le Conseil d'administration de l'ICIS était composé des personnes suivantes :

D^r Brian Postl

Président du Conseil d'administration de l'ICIS
Doyen de la Faculté de médecine
Université du Manitoba

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

Consultant en endocrinologie
Hôpital et Centre des sciences de la santé de Vancouver et Hôpital de Burnaby

M^{me} Janet Davidson

Chef canadienne du Global Healthcare Center of Excellence
KPMG

D^r Chris Eagle

Président-directeur général
Services de santé de l'Alberta

M. Donald Ferguson

Sous-ministre
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

D^r Vivek Goel

Président et chef de la direction
Santé publique Ontario

M. Denis Lalumière

Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

M. John McGarry

Conseiller privé en administration de la santé

D^r Cordell Neudorf

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

M. Saäd Rafi

Sous-ministre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

M^{me} Marlene Smadu

Vice-doyenne des sciences infirmières
Université de la Saskatchewan

M. Wayne Smith

Statisticien en chef
Statistique Canada

M. Howard Waldner

Président-directeur général
Autorité sanitaire Vancouver Island

M. Graham Whitmarsh

Sous-ministre
Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique

À propos de Statistique Canada

Statistique Canada produit des statistiques qui aident les Canadiens à mieux comprendre leur pays, sa population, ses ressources, son économie, sa société et sa culture.

La Division de la statistique de la santé fournit des données sur la santé de la population canadienne, les déterminants de la santé et l'utilisation des services de santé du Canada. Les données sont utilisées pour aider et appuyer les planificateurs et les décideurs en matière de santé de tous les ordres de gouvernement, pour soutenir la recherche épidémiologique et démographique et pour informer le public canadien sur la santé collective et le système des soins 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, visitez notre site Web à 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 souhaite remercier les nombreux organismes et les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Le rapport *Indicateurs de santé 2012* 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.

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les membres du Groupe consultatif d'experts pour leurs précieux conseils :

D^r Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon

M^{me} Kimberlyn McGrail, directrice associée et professeure adjointe, Centre de recherche sur les services et les politiques de santé et École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique

M^{me} Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé

D^r Martin McKee, CBE, professeur, Centre européen sur la santé des sociétés en transition, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni

D^r Martin Tobias, Service de renseignements sur la santé et l'invalidité (Health and Disability Intelligence), ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande

Pour leurs conseils sur l'élaboration des indicateurs de mortalité évitable, nous aimerions remercier chaleureusement **M. Gregory P. Marchildon**, le **D^r Douglas Manuel**, le **D^r Stafford Dean**, **M. Michael Wolfson** et **M^{me} Ruth Lavergne** (candidate au doctorat, Université 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.

Les personnes suivantes ont fourni des conseils en plus d'exercer un leadership tout au long de la rédaction et de la production du présent rapport :

Jeremy Veillard, vice-président, ICIS

Kira Leeb, directrice, ICIS

Joanne Hader, gestionnaire, ICIS

Yana Gurevich, méthodologiste, ICIS

Zeerak Chaudhary, chef de projet, ICIS

Brenda Wannell, chef, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

Lawson Greenberg, chef d'unité, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

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

Chantal Couris, gestionnaire

Carolyn Sandoval, chef de projet

Liudmila Husak, chef de projet

Yanyan Gong, chef d'équipe

Erin Pichora, analyste principale

Jun Liang, analyste principal

Kathy Nguyen, analyste principale

Ling Yin, analyste principale

Opeyemi Fadahunsi, analyste principal

Yue You, analyste principale

Candace Sirjoosingh, analyste

Viachaslau Herasimovich, analyste

Nous remercions tout particulièrement **Tanya Navaneelan** (analyste, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada) pour sa contribution à l'analyse des données rétrospectives.

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 2012*, Statistique Canada a fourni 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, y compris des calculs pour les indicateurs de mortalité évitable. 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 également remercier **Sushma Mathur, Holly Lake, Janet Manuel, Kori Cook, Bessie Wat, Belinda Mach** et les nombreux autres employés de l'ICIS qui ont compilé et validé les données, qui ont 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

Treizième d'une série de rapports annuels, le rapport *Indicateurs de santé 2012* présente les plus récentes données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada relatives à un éventail d'indicateurs. Ces indicateurs visent à aider les personnes qui cherchent des réponses aux deux questions fondamentales suivantes : Comment se portent les Canadiens? et Comment se porte le système de santé du Canada?

Chaque indicateur déclaré appartient à l'une des cinq dimensions du cadre conceptuel des indicateurs de santé reconnu à l'échelle mondiale :

- **état de santé** : ces indicateurs 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 indicateurs sont des facteurs externes au système de santé qui influent sur la santé;
- **performance du système de santé** : ces indicateurs 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 indicateurs présentent une information contextuelle, mais ils ne sont pas des indicateurs directs de l'état de santé ou de la qualité des soins;
- **équité** : cette dimension transversale touche les quatre dimensions précédentes.

En plus de présenter les plus récents résultats des indicateurs, le rapport met de l'avant une série de nouveaux indicateurs liés aux réadmissions en soins de courte durée, qui faciliteront l'évaluation complète des réadmissions chez tous les groupes de patients, ainsi que trois nouveaux indicateurs liés à la **mortalité évitable**.

La mortalité évitable désigne les décès prématurés qui ne devraient pas se produire s'il existe des soins de santé opportuns et efficaces, y compris des services de prévention. Cet indicateur sert à concentrer l'attention sur la partie de la santé de la population sur laquelle le système de santé peut influencer. Voici les trois nouveaux indicateurs présentés dans le rapport :

- **mortalité potentiellement évitable** — décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire);
- **mortalité de causes pouvant être prévenues** — sous-ensemble de la mortalité évitable qui oriente les mesures visant à réduire le nombre de cas initiaux, ou l'incidence, puisqu'on évite les décès en empêchant l'apparition de nouveaux cas;
- **mortalité de causes traitables** — sous-ensemble de la mortalité évitable qui oriente les mesures visant à réduire le nombre de personnes dont le décès est attribuable à une maladie, ou la létalité.

Ces nouveaux indicateurs canadiens fournissent des renseignements supplémentaires sur notre système de santé, car ils mettent l'accent sur les résultats les plus étroitement liés aux pratiques de prévention, aux politiques de santé publique et à la prestation de soins de santé. À titre d'indicateurs de la performance du système de santé, les variations des taux de mortalité évitable entre les provinces et les territoires permettent de déterminer les secteurs dans lesquels le système de santé du Canada a réalisé des progrès et ceux qu'il faut encore améliorer. En plus d'un compte rendu des indicateurs de mortalité évitable à l'échelle nationale, provinciale et territoriale, le rapport présente une analyse interprétative de ces indicateurs à la section Point de mire.

Faits saillants de la section Point de mire — nouveaux indicateurs de mortalité évitable pour le Canada

Mortalité prématurée

- La mortalité prématurée représente un lourd fardeau pour les Canadiens. En 2008, plus de 92 700 personnes sont décédées avant l'âge de 75 ans, ce qui représente près de 40 % des décès au Canada. Cela se traduit par 4 471 années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000 habitants au Canada ou plus de 1,5 million d'APVP au Canada en un an.
- Au cours des 30 dernières années, le Canada a réussi à diminuer ses taux de mortalité prématurée de 45 %. Cette diminution a touché les provinces et la plupart des territoires, mais c'est au Yukon (56 %), au Québec (49 %) et en Ontario (46 %) qu'elle a été la plus marquée.

Mortalité évitable

- En 2008, 67 127 décès potentiellement évitables sont survenus au Canada, ce qui représente 72 % des décès prématurés.
- Le taux de mortalité évitable a diminué de moitié, passant de 373 décès par 100 000 habitants en 1979 à 185 décès par 100 000 habitants en 2008.
- L'ampleur et le taux de cette diminution varient considérablement selon la cause du décès. Les troubles de l'appareil circulatoire sont la cause de mortalité évitable ayant affiché la plus importante diminution (72 % de 1979 à 2008). Les maladies de l'appareil digestif et les blessures ont aussi connu des baisses importantes (61 % et 49 % respectivement).
- Dans l'ensemble, le taux de mortalité évitable était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Au cours des 30 dernières années, le taux chez les hommes a diminué de plus de la moitié (55 %), alors qu'il a baissé de 43 % chez les femmes. Le rétrécissement de l'écart entre les hommes et les femmes est principalement attribuable aux réductions de la mortalité associée aux troubles circulatoires chez les hommes.
- Des comparaisons à l'échelle internationale ont révélé une variation du taux de mortalité potentiellement évitable parmi les pays du G7. Le Canada s'est classé troisième après le Japon et la France.

Mortalité de causes pouvant être prévenues

- La mortalité de causes pouvant être prévenues a diminué de 47 %, passant de 225 décès par 100 000 habitants en 1979 à 119 décès par 100 000 habitants en 2008.
- Les variations géographiques qui ont été observées relativement à la mortalité de causes pouvant être prévenues ont révélé un taux plus élevé au Manitoba et en Saskatchewan par rapport aux autres provinces. En 2008, les décès attribuables aux blessures constituaient l'un des principaux facteurs de variation entre les provinces. Le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues associée aux blessures dans ces provinces était environ deux fois plus élevé qu'en Ontario et nettement plus élevé que dans les autres provinces.
- D'importantes inégalités socioéconomiques ont été observées. Le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues chez les habitants des quartiers les plus défavorisés atteignait presque le double de celui constaté dans les quartiers les plus aisés. Les disparités étaient encore plus évidentes lorsque le sexe des habitants était pris en compte : le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues chez les hommes qui habitent les quartiers les plus défavorisés était quatre fois supérieur à celui des femmes provenant des quartiers les plus aisés.

Mortalité de causes traitables

- Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortalité de causes traitables a diminué de 56 %, une diminution plus marquée que celle du taux de mortalité de causes pouvant être prévenues. Toutefois, la réduction du nombre d'APVP lié à la mortalité de causes pouvant être prévenues (2 170 par 100 000 habitants) était environ quatre fois plus élevée que celle du nombre d'APVP lié à la mortalité de causes traitables (538 par 100 000 habitants), ce qui signifie que la diminution de la mortalité de causes pouvant être prévenues a permis d'éviter la perte d'un plus grand nombre d'années potentielles de vie.
- En 2008, le cancer (du sein, par exemple) représentait la principale cause de décès chez les femmes, tandis que les troubles de l'appareil circulatoire constituaient le principal facteur de mortalité de causes traitables chez les hommes.
- Une variation géographique de la mortalité de causes traitables, principalement attribuable à une variation de la mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire, a été observée à l'échelle du Canada. En 2008, la Saskatchewan et le Manitoba affichaient les taux les plus élevés de mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire.

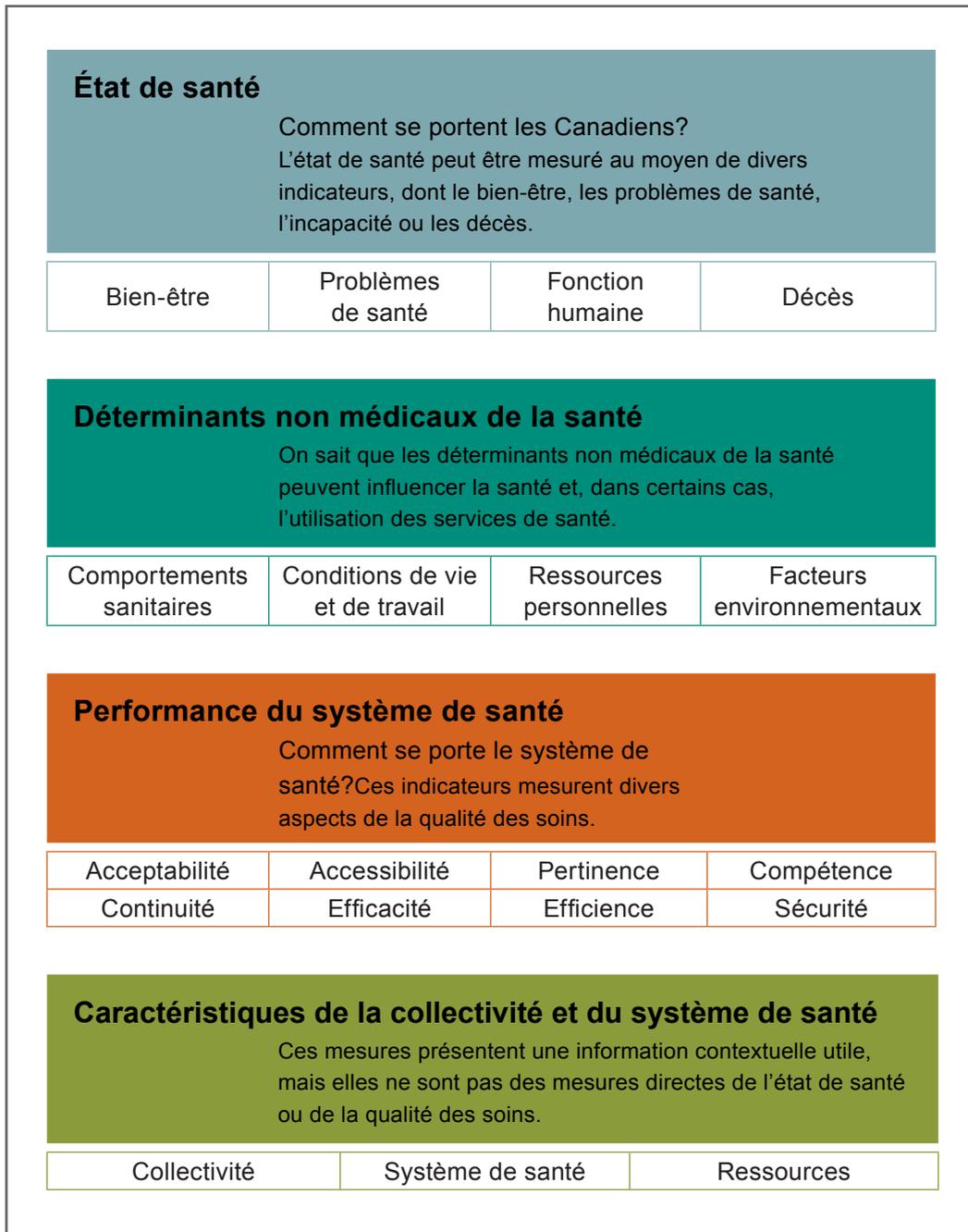
Répercussions sur les politiques

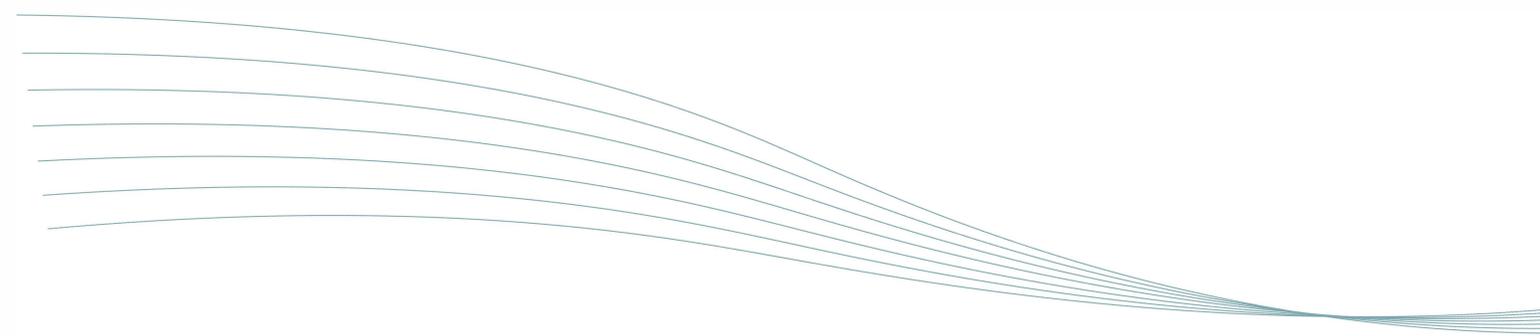
- Les indicateurs de mortalité évitable peuvent servir à déterminer les secteurs dans lesquels le système de santé du Canada a réalisé des gains et indiquer ce qu'il faut encore améliorer. Ils peuvent aussi servir à quantifier les gains potentiels. Par exemple, dans un monde idéal où toute mortalité évitable aurait été éliminée au Canada, l'espérance de vie à la naissance pour la période de 2006 à 2008 aurait été de 85,8 ans, soit 4,9 années supérieure à l'espérance de vie actuelle de 80,9 ans. Trois ans de ce gain potentiel auraient été attribuables à l'élimination de la mortalité de causes pouvant être prévenues. L'autre part de ce gain (1,9 an) aurait résulté de l'élimination de la mortalité de causes traitables. L'analyse de la mortalité évitable fait ressortir **l'importance de la prévention**.
- Il se peut que certaines activités dont le but essentiel est la prévention ne relèvent pas des ministères de la Santé. La **collaboration intersectorielle est essentielle** afin de mettre en place des politiques qui ne se rapportent pas directement à la santé, mais qui sont essentielles à son soutien. Bien que l'utilisation conjointe de mesures curatives et préventives ait contribué à réduire l'importance de certaines causes de mortalité évitable, comme les troubles de l'appareil circulatoire, il reste encore du travail à faire en matière de prévention. Les stratégies de réduction du tabagisme mises en œuvre au cours des dernières décennies illustrent bien ce que la collaboration intersectorielle permet de réaliser.
- L'étude des tendances et des variations en matière de mortalité évitable pourrait aider les provinces et les territoires à cerner les secteurs à améliorer. Les **pratiques exemplaires**, à l'échelle nationale et mondiale, peuvent donner un aperçu des stratégies fructueuses pour réduire la mortalité évitable et cibler les secteurs qui nécessitent un examen approfondi.
- Les taux de mortalité évitable présentent des variations selon le sexe et le quintile de revenu du quartier. Ces indicateurs pourraient contribuer à orienter l'élaboration de programmes et de politiques de santé publique vers les secteurs où des **efforts doivent être déployés afin de resserrer l'écart entre les sexes et l'écart socioéconomique**.

Faits saillants relatifs aux autres indicateurs de santé

- Pour la plus récente année de données (2010-2011), des variations ont été observées entre les provinces et les territoires concernant les indicateurs liés aux réadmissions en soins de courte durée (toutes causes confondues) dans les 30 jours suivant des soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et pédiatriques. Par exemple, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques variait de 6 % au Nouveau-Brunswick à 8,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Au cours des 10 dernières années, le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une crise cardiaque a diminué de près du tiers, passant de 11,4 % (de 2000-2001 à 2002-2003) à 7,8 % (de 2008-2009 à 2010-2011).
- Dans l'ensemble, au Canada, le taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure a diminué de 13 % entre 2001-2002 et 2010-2011 (de 589 à 514 par 100 000 habitants), une fois le vieillissement et la croissance démographique pris en compte.

Cadre conceptuel des indicateurs de santé







Point de mire : mortalité évitable au Canada

Introduction

L'industrie des soins de santé est l'un des plus importants secteurs de l'économie du Canada; en 2009, elle représentait 11,9 % du produit intérieur brut¹. Devant la hausse annuelle des dépenses de santé au Canada, qui atteindront vraisemblablement 200,5 milliards de dollars en 2011, les organismes de financement s'intéressent de plus en plus à la performance du système de santé afin de mieux comprendre la valeur de la croissance des dépenses de santé pour les Canadiens. Toutefois, mesurer la performance du système de santé n'est pas une mince affaire^{2, 3}.

Parmi les indicateurs de performance utilisés pour évaluer les nombreuses dimensions du système de santé au fil des ans, on retrouve des mesures globales des résultats pour la santé de la population, telles que l'espérance de vie et la mortalité prématurée. Le taux de mortalité prématurée, qui rend compte du nombre de décès à un âge jeune, a été utilisé comme indicateur global de la santé de la population. Il a servi à orienter les initiatives de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'établissement de politiques, en plus d'indiquer les secteurs auxquels apporter des améliorations afin de réduire la mortalité. Plusieurs facteurs influent sur la mortalité au sein de la population, notamment les facteurs sociaux, économiques, environnementaux, biologiques et génétiques. Le système de santé en est un autre⁴⁻⁶. Bien que certains décès prématurés soient inévitables, d'autres pourraient être prévenus grâce à la mise en place de programmes et de politiques de santé publique en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé ou de réduire les facteurs de risque contribuant à la mauvaise santé, ou encore par le traitement des maladies existantes.

Le saviez-vous?

Les termes « système de santé » et « système de soins de santé » sont souvent utilisés sans distinction dans les médias, le discours populaire et les documents sur la santé; toutefois, ils ne sont pas synonymes. Le terme « système de soins de santé » désigne tout ce qui se rapporte aux soins de santé dispensés par les médecins, le personnel infirmier, les hôpitaux, les services d'urgence, les services de réadaptation et autres, tandis que le terme « système de santé » est un concept beaucoup plus général. Selon la définition fournie en 2000 par l'Organisation mondiale de la Santé, le système de santé comprend « toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé ». Par conséquent, outre la prestation des soins, le système de santé comprend les activités de santé publique visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie ainsi que d'autres initiatives stratégiques concernant, par exemple, l'amélioration de la sécurité routière et environnementale, l'accès à de l'eau propre, l'appui à une saine alimentation et le logement⁷.

Le concept de mortalité évitable suscite de l'intérêt ces dernières années, puisqu'il permet d'établir un lien entre les résultats pour la santé de la population et le fonctionnement du système de santé⁸⁻¹¹. La mortalité évitable désigne les décès prématurés qui ne devraient pas se produire avec la prestation de soins de santé opportuns et efficaces ou la mise en place de pratiques, de programmes et de politiques de santé publique appropriée^{10, 12, 13}. Ce concept repose sur l'idée qu'il est possible d'éviter certains décès soit en prévenant l'apparition de la maladie (aussi

appelé réduction de l'incidence), soit en prévenant ou en retardant le décès après l'évolution de la maladie (ou réduction de la létalité)¹⁴. Ainsi, la mortalité évitable se limite aux causes de décès là où les mécanismes de réduction de la mortalité sont connus, ce qui accroît « l'exploitabilité » de la mesure par rapport à une mesure globale de la mortalité prématurée.

L'exploitabilité signifie qu'une fois les mesures possibles déterminées, quelqu'un ou quelque organisme peut mettre en place un plan approprié. Par exemple, il est possible de prévenir l'apparition d'une maladie en faisant la promotion des facteurs de protection qui contribuent au maintien de la santé et en s'attaquant aux facteurs de risque comportementaux et environnementaux qui rendent la population vulnérable à la maladie. Les initiatives de prévention de la maladie peuvent prendre diverses formes, des pratiques d'immunisation aux mesures de promotion et d'éducation, en passant par des initiatives stratégiques générales telles que l'amélioration de la sécurité routière et la réglementation de l'industrie alimentaire. Un grand nombre de ces initiatives — souvent considérées comme de la prévention primaire — nécessitent une volonté de la part des individus de changer leurs comportements. D'autre part, l'effet du système de soins de santé se fait davantage sentir dans la réduction de la maladie ou du nombre de décès après l'apparition d'une maladie ou d'un trouble de santé. Ces mesures sont également appelées prévention secondaire et tertiaire.

Afin d'accroître l'exploitabilité de la mesure de la mortalité évitable par les responsables de l'élaboration des politiques, les gestionnaires du système de santé et les décideurs, l'indicateur canadien de mortalité évitable a été divisé et comprend désormais la mortalité de causes pouvant être prévenues, qui servira à orienter les initiatives de prévention primaire, et la mortalité de causes traitables, qui guidera les initiatives de réduction de la létalité.

Niveaux de prévention et niveaux de soins

Les niveaux de prévention sont habituellement définis comme suit¹⁴ :

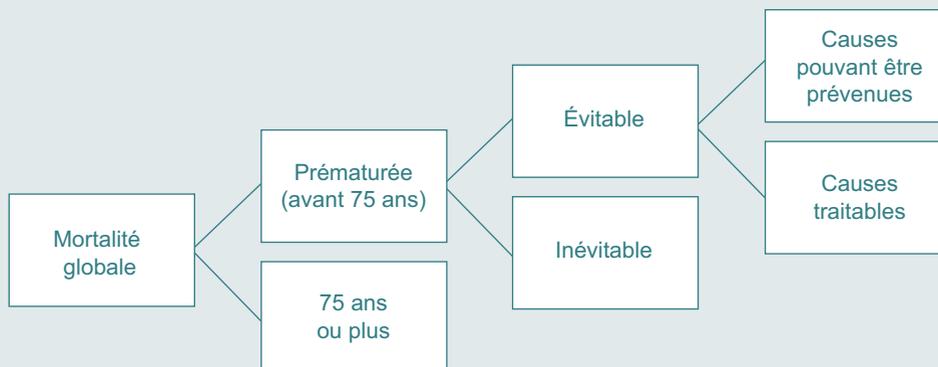
- Prévention primaire — prévention de la maladie avant son apparition grâce à la prise en charge des risques ou des facteurs de protection qui s'y rapportent. Ce type de prévention vise à réduire l'incidence.
- Prévention secondaire — dépistage ou intervention précoce visant à identifier une maladie et à en retarder la progression à un stade précoce ou préclinique ainsi qu'à minimiser l'incapacité. Ce type de prévention vise à réduire la létalité de la maladie.
- Prévention tertiaire — intervention qui réduit l'incidence de l'incapacité résultant de l'évolution complète d'une maladie au moyen de l'élimination, de la réduction ou de la prise en charge des déficiences. Ce type de prévention vise à réduire la létalité de la maladie.

Les niveaux de prévention et les niveaux de prestation des soins de santé ne se correspondent pas nécessairement. Par exemple, le dépistage est considéré comme une mesure de prévention secondaire lorsqu'il vise le dépistage précoce d'une maladie existante; toutefois, il est habituellement réalisé dans un établissement de soins de santé primaires.

Dans le présent rapport, l'expression **mortalité de causes pouvant être prévenues** désigne les décès qu'on peut éviter en empêchant l'apparition d'une maladie. Elle comprend les décès attribuables en grande partie à des facteurs modifiables, tels que le tabagisme (p. ex. le cancer du poumon) ou la consommation abusive d'alcool (p. ex. la cirrhose du foie), et les décès que l'on peut prévenir par des interventions efficaces en santé publique, comme la vaccination, ou les dispositions législatives en matière de sécurité routière (limitation de la vitesse, port de la ceinture de sécurité, des casques de moto, etc.). Les décès attribuables à des affections telles que le cancer du sein ou l'appendicite, que le dépistage précoce et la prescription d'un traitement approprié réussissent habituellement à empêcher ou à retarder considérablement, sont désignés par l'expression **mortalité de causes traitables**. Cependant, la distinction entre causes pouvant être prévenues et causes traitables n'est pas toujours facile à faire. En outre, le taux de mortalité de causes traitables dépend jusqu'à un certain point du taux de maladies au sein de la population. Veuillez consulter l'encadré **Mortalité évitable : ce qu'il faut savoir pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie**, et l'annexe pour connaître les causes de décès comprises dans les indicateurs.

Indicateurs de mortalité évitable

La mortalité globale peut être divisée en deux catégories : les décès prématurés (qui surviennent avant l'âge de 75 ans) et les décès à un âge plus avancé. Les décès prématurés peuvent à leur tour être scindés en deux groupes : évitables et inévitables. La mortalité évitable peut encore être divisée davantage, à savoir la mortalité de causes pouvant être prévenues et la mortalité de causes traitables. Dans les ouvrages spécialisés, la mortalité de causes traitables est appelée mortalité susceptible d'être évitée par intervention médicale^{9, 10}. Le diagramme ci-dessous illustre la façon dont la mortalité a été classée pour les besoins des indicateurs de mortalité évitable.



Source

Adapté de Tobias, 2009¹⁵.

Comme toute autre macromesure, l'indicateur de mortalité évitable peut servir à déterminer les secteurs du système de santé pouvant faire l'objet d'analyses et de recherches plus approfondies. Ces macroindicateurs sont parfois qualifiés d'« ouvre-boîtes »^{11, 16}, car ils permettent de surveiller les tendances sans toutefois les expliquer complètement¹¹.

Selon les chercheurs, ces mesures pourraient servir à ce qui suit :

- indicateur de surveillance, c'est-à-dire un « indicateur systémique des résultats pour la santé », qui servirait de filtre initial pour évaluer la performance du système de santé¹¹;
- outil pour évaluer la qualité et la performance des systèmes de santé et pour assurer le suivi des changements au fil du temps^{10, 17};
- estimation et suivi des améliorations de la santé de la population¹⁸;
- détermination des écarts potentiels en matière de prestation des soins de santé¹⁹.

Lorsqu'on interprète les résultats de tout indicateur, y compris la mortalité évitable, certains facteurs restrictifs doivent être pris en compte. Il est généralement reconnu que les décès de causes potentiellement évitables ne peuvent être tous évités. Certains décès de causes traitables peuvent être inévitables en raison d'un diagnostic tardif ou de problèmes de santé sous-jacents. De plus, certains décès de causes pouvant être prévenues peuvent résulter d'événements imprévisibles contre lesquels aucune mesure de protection n'aurait pu être prise. Les chercheurs ont également exprimé leurs inquiétudes devant l'absence de lien significatif entre le taux de mortalité évitable et les intrants des soins de santé, recommandant un examen approfondi de ce lien^{8, 20}.

Un autre facteur restrictif à prendre en considération est le temps écoulé entre l'intervention ou le traitement et ses répercussions sur le taux de mortalité au sein de la population. Par exemple, les effets de l'abandon du tabac sur les maladies cardiovasculaires peuvent se manifester très rapidement à l'échelle de la population, soit dans un délai d'un à 2 ans, mais il faut parfois jusqu'à 20 ans pour constater une réelle diminution de la mortalité par cancer du poumon^{11, 21}. En outre, le concept de mortalité évitable peut évoluer au fil du temps. Une affection en grande partie évitable par des efforts de prévention, mais considérée comme une « condamnation à mort » pour les personnes atteintes, peut devenir traitable des années plus tard grâce aux progrès réalisés par la recherche et à l'évolution des traitements; le VIH/sida en est un bon exemple (veuillez consulter l'étude de cas à la page 34). Enfin, les indicateurs de mortalité ne brossent pas un portrait complet de la situation, car ils ne tiennent pas compte d'un résultat important, soit l'amélioration de la qualité de vie².

Cela dit, la mortalité évitable est un indicateur de performance utile qui peut remettre à l'avant-plan le but essentiel des systèmes de santé, soit réduire le nombre de décès prématurés²². Plusieurs pays utilisent les mesures relatives à la mortalité évitable pour évaluer la performance de leurs systèmes de santé. Des exemples sont fournis dans l'atlas européen des « morts évitables »²³, les atlas de la mortalité évitable pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande^{10, 11} et l'indicateur relatif aux décès potentiellement

évitables déclaré dans le cadre des accords nationaux sur les soins de santé en Australie²⁴. L'indicateur de mortalité susceptible d'être évitée par intervention médicale fait également partie du National Health Service Outcomes Framework mis en place au Royaume-Uni pour 2011-2012²⁵. Un des volets du Public Health Outcomes Framework comprend un indicateur de mortalité de causes pouvant être prévenues (à mettre en place au R.-U.)²⁶. Des indicateurs de mortalité évitable ont aussi été utilisés pour rendre compte des variations de la performance des systèmes de santé entre différents pays^{2, 10, 17, 27, 28} ainsi que des variations, dans un même pays^{10, 29-32}, entre différents secteurs, groupes socioéconomiques et ethniques^{10, 11, 13, 18, 33}.

Le défi du rapport *Indicateurs de santé 2012* consiste à exposer les indicateurs de mortalité potentiellement évitable afin qu'ils servent de tremplin vers le signalement et le suivi continu de la performance du système de santé au Canada.

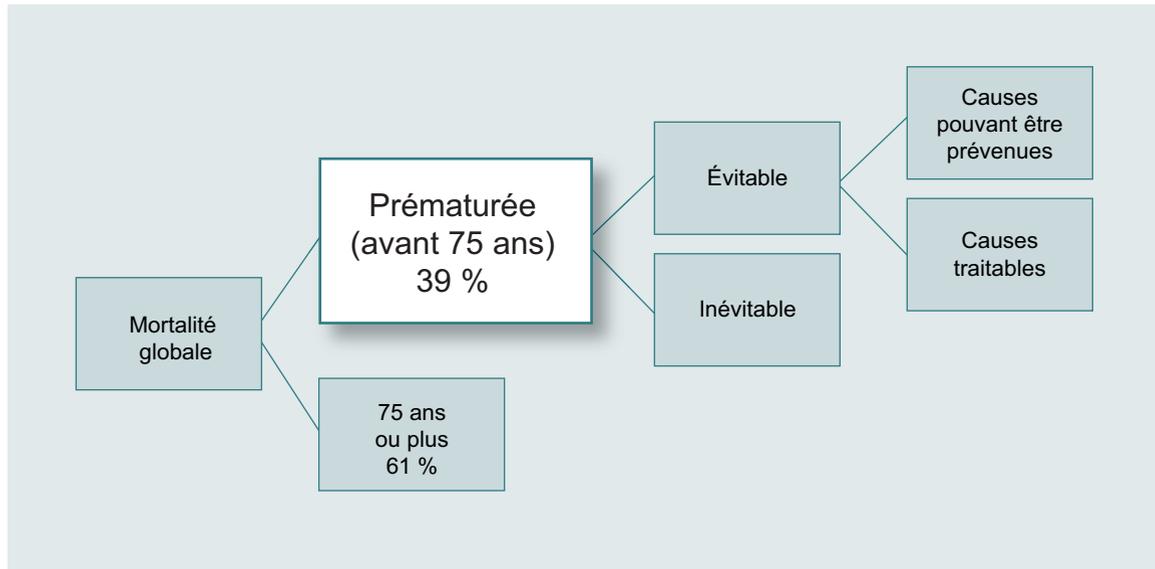
Mortalité évitable : ce qu'il faut savoir

Le concept de mortalité évitable remonte à 1976. À cette époque, le chercheur américain David Rutstein et ses collègues de l'Université Harvard tentaient d'évaluer la qualité des soins médicaux dans le cadre d'une évaluation^{11, 12}. En consultation avec des experts, ils ont créé une liste de troubles médicaux pour lesquels le décès était jugé « inopportun et inutile »¹².

Depuis ces travaux d'avant-garde, la mesure de la mortalité évitable a évolué et on s'est efforcé, au cours des 36 dernières années, d'accroître la pertinence de l'indicateur pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé⁹. Par exemple, à l'introduction du concept, l'âge maximal pour qu'un décès soit considéré comme prématuré était de 65 ans. Puis, l'espérance de vie ayant augmenté dans les pays développés, l'âge maximal de 75 ans a été établi^{10, 13}. Aujourd'hui, cet âge est encore en vigueur, mais on le considère encore comme arbitraire, puisque certains décès chez les personnes de plus de 75 ans pourraient être évités³⁴.

Malgré les importants travaux de recherche sur la mortalité évitable, la communauté internationale ne s'entend pas encore sur une définition. Afin d'éviter tout chevauchement des efforts, l'indicateur de mortalité évitable au Canada a été établi en misant sur plus de 30 ans de recherche et de développement et s'inspire de la liste de troubles médicaux utilisés pour déterminer l'indicateur de décès potentiellement évitables de l'Australie²⁴ ainsi que sur ceux proposés au Royaume-Uni par l'Office of National Statistics³⁴. Après un examen minutieux des motifs d'inclusion de chaque trouble médical, et après une évaluation par des experts, une liste de mortalité évitable a été dressée pour le Canada comprenant les troubles médicaux pour lesquels le décès a été jugé potentiellement évitable par la prévention ou le traitement. Les décès ont ensuite été répartis en deux sous-catégories (prévention ou traitement) selon les deux principaux mécanismes de réduction de la mortalité (réduction de l'incidence et réduction de la létalité, mentionnées précédemment). Dans les cas où il était évident que la prévention et le traitement pouvaient tous deux contribuer à éviter la mortalité, la priorité a été accordée à la prévention. Des exceptions ont été faites lorsqu'un précédent existait dans les ouvrages spécialisés (c'est-à-dire que les décès attribuables à une cardiopathie ischémique, à un accident vasculaire cérébral ou au diabète ont été divisés moitié-moitié¹⁰).

Mortalité prématurée

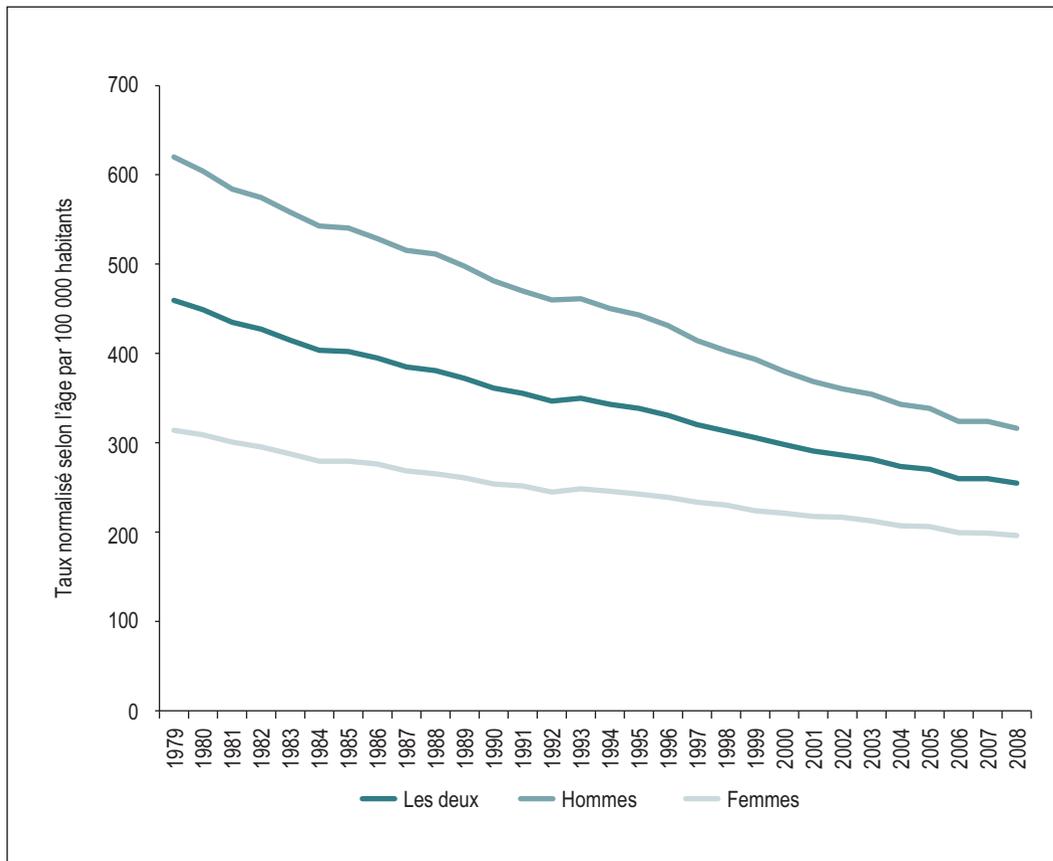


Source

Statistique de l'état civil 2008, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

En 2008, 39 % des décès au Canada se sont produits avant que la personne n'atteigne l'âge de 75 ans. La mortalité prématurée au Canada a diminué de façon constante au cours des 30 dernières années. Une fois le vieillissement et la croissance démographique pris en compte, le taux a diminué de 45 %, soit de 460 par 100 000 habitants en 1979 à 255 par 100 000 habitants en 2008 (figure 1). Le taux de mortalité prématurée chez les hommes est demeuré supérieur à celui des femmes. Toutefois, au cours des 30 dernières années, l'écart s'est rétréci, puisque le taux de mortalité prématurée chez les hommes a diminué de 49 %, par rapport à 37 % chez les femmes. En 1979, le taux de mortalité prématurée chez les hommes atteignait le double de celui des femmes; en 2008, il était 1,6 fois plus élevé.

Figure 1 : Mortalité prématurée, Canada, 1979 à 2008

**Source**

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

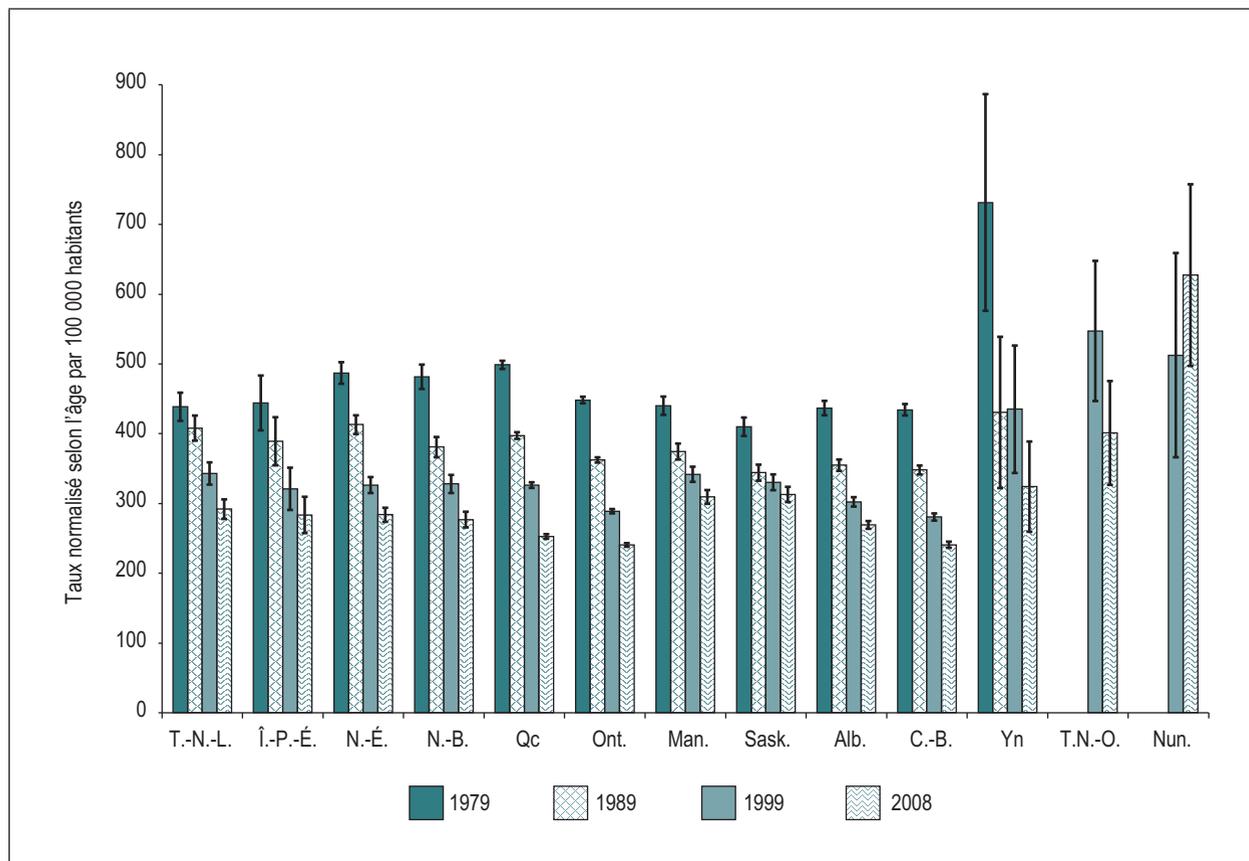
Années potentielles de vie perdues

Les années potentielles de vie perdues (APVP) constituent une autre façon courante d'examiner la mortalité prématurée. Les APVP mesurent le nombre d'années additionnelles qu'une personne aurait vécues n'eût été son décès prématuré (soit avant l'âge de 75 ans). En pratique, cela signifie qu'un décès à l'âge de 25 ans représente 50 années potentielles de vie perdues. Ces années de différence entre l'âge au décès et 75 ans sont ensuite additionnées, puis divisées par le nombre d'habitants. Plus le décès survient à un jeune âge, plus la valeur des APVP et la perte d'années de vie sont élevées. Lorsqu'on tient compte du degré de prématurité, les APVP peuvent fournir une information complémentaire à celle sur le nombre de décès par tranche de population, représenté par le taux de mortalité.

Au Canada, on comptait 8 639 APVP par 100 000 habitants en 1979. Ce nombre a diminué pour atteindre 4 471 en 2008, une fois le vieillissement et la croissance démographique pris en compte. Cela signifie que la diminution de 45 % du taux de mortalité prématurée entre 1979 et 2008 s'est soldée par 4 168 APVP de moins par 100 000 habitants. Les statistiques relatives aux APVP par région sanitaire, province et territoire figurent dans les tableaux du présent rapport, à partir de la page 52.

Durant les 30 dernières années, le taux de mortalité prématurée a diminué dans toutes les provinces et dans la plupart des territoires; les diminutions les plus importantes se sont produites au Yukon (56 %), au Québec (49 %) et en Ontario (46 %), tandis que la Saskatchewan a connu la baisse la plus modeste (24 %) (figure 2). En 1979, le taux de mortalité prématurée normalisé selon l'âge variait entre les provinces, de 410 par 100 000 habitants en Saskatchewan à 499 par 100 000 habitants au Québec. En 2008, ce taux variait de 241 par 100 000 habitants en Ontario et en Colombie-Britannique à 313 par 100 000 habitants en Saskatchewan.

Figure 2 : Mortalité prématurée selon la province ou le territoire, 1979 à 2008



Remarques

Le symbole $\bar{}$ représente des intervalles de confiance de 95 %.

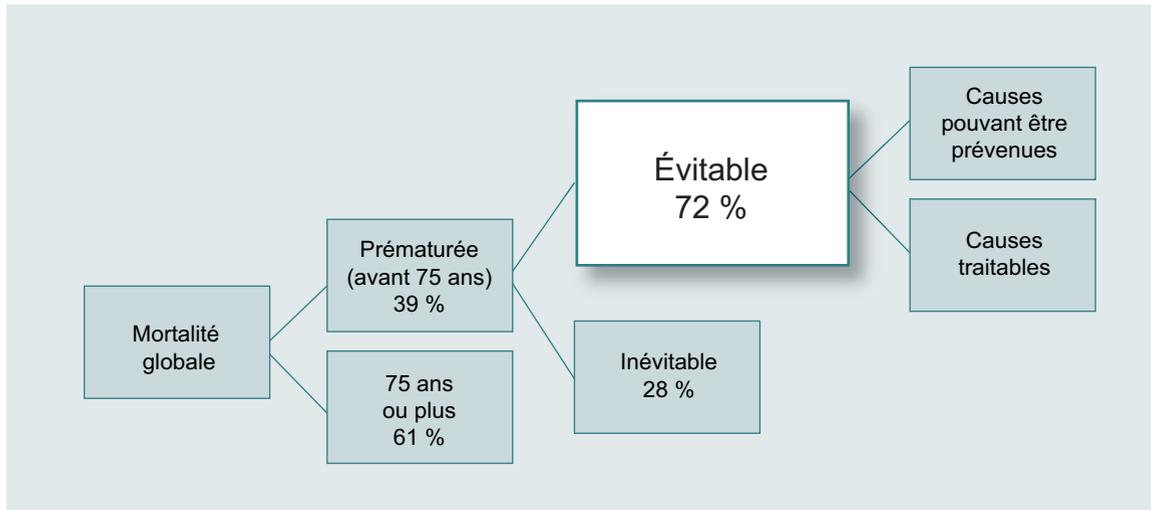
Les données analysées pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest concernent la période de 1999 à 2008.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

i. Les données analysées pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest concernent la période de 1999 à 2008.

Mortalité potentiellement évitable

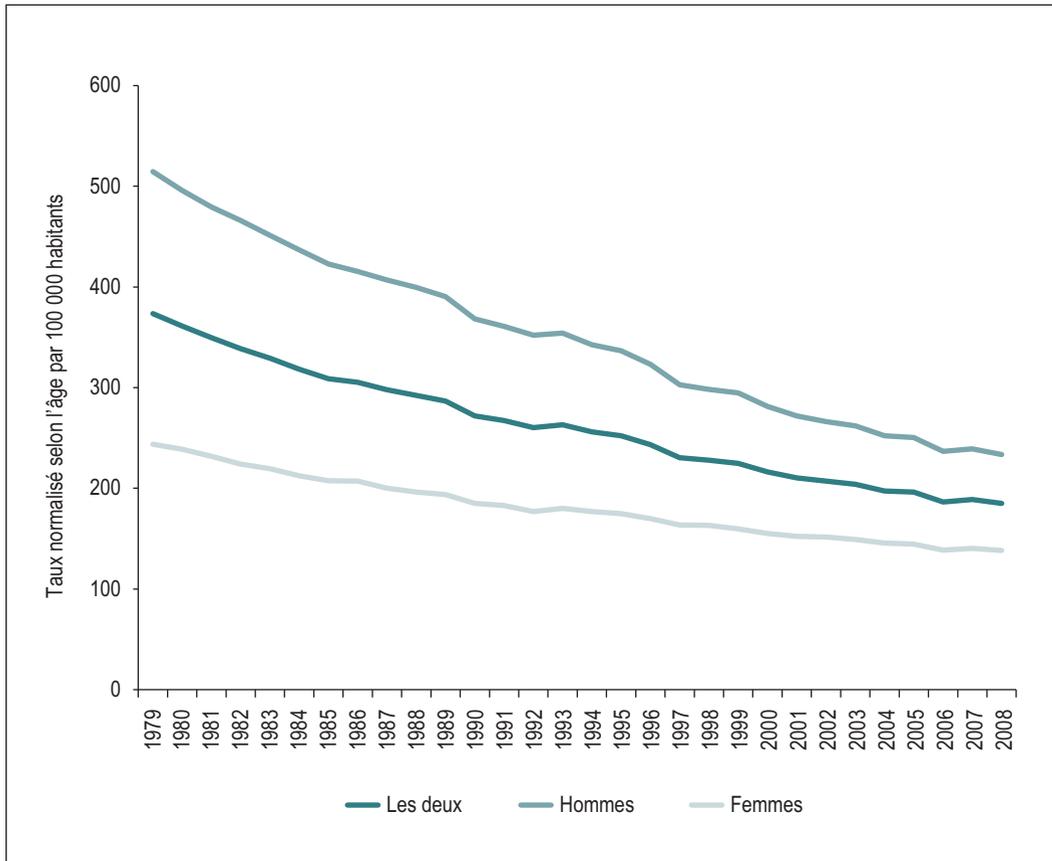


Source

Statistique de l'état civil 2008, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Tandis que la mortalité prématurée représente tous les décès avant l'âge de 75 ans, la mortalité potentiellement évitable (ci-après appelée mortalité évitable) est un sous-ensemble des décès prématurés. La mortalité évitable représente les décès qui auraient pu être évités par la mise en place de pratiques de prévention et de politiques en matière de santé publique ainsi que par la prestation de soins de santé opportuns et efficaces. En 2008, la mortalité évitable représentait 72 % de tous les décès prématurés au Canada. Étant donné le lien étroit entre la mortalité prématurée et la mortalité évitable, il ne faut pas s'étonner que le taux de mortalité évitable ait également diminué au Canada ainsi que dans les provinces et les territoires au cours des 30 dernières années. De 1979 à 2008, le taux normalisé selon l'âge a diminué de 50 %, soit de 373 par 100 000 habitants à 185 par 100 000 habitants (figure 3).

Figure 3 : Mortalité évitable, Canada, 1979 à 2008

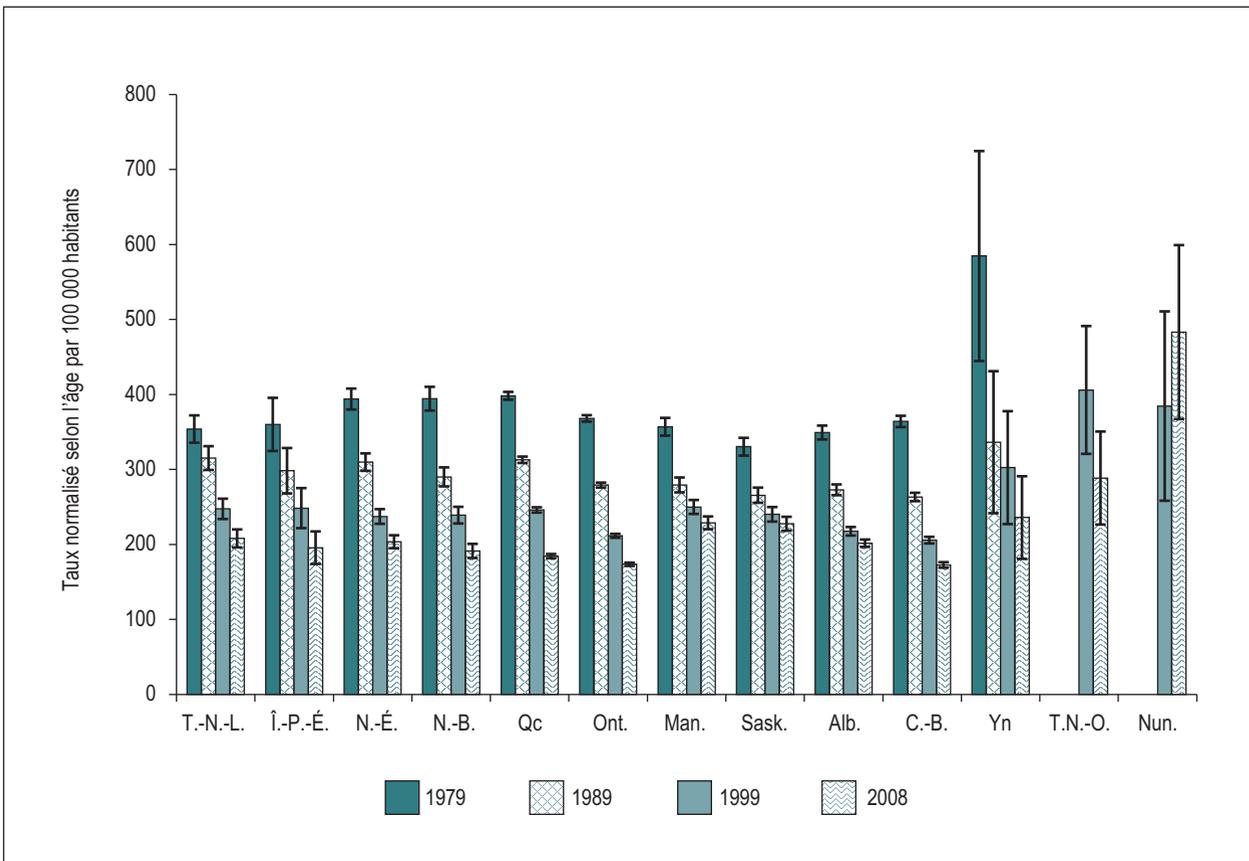


Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Les baisses les plus marquées du taux de mortalité évitable ont été observées au Yukon, au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique; les variations entre les provinces sont demeurées semblables à celles observées pour la mortalité prématurée (figure 4).

Figure 4 : Mortalité évitable selon la province ou le territoire, 1979 à 2008

**Remarques**

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

Les données analysées pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest concernent la période de 1999 à 2008.

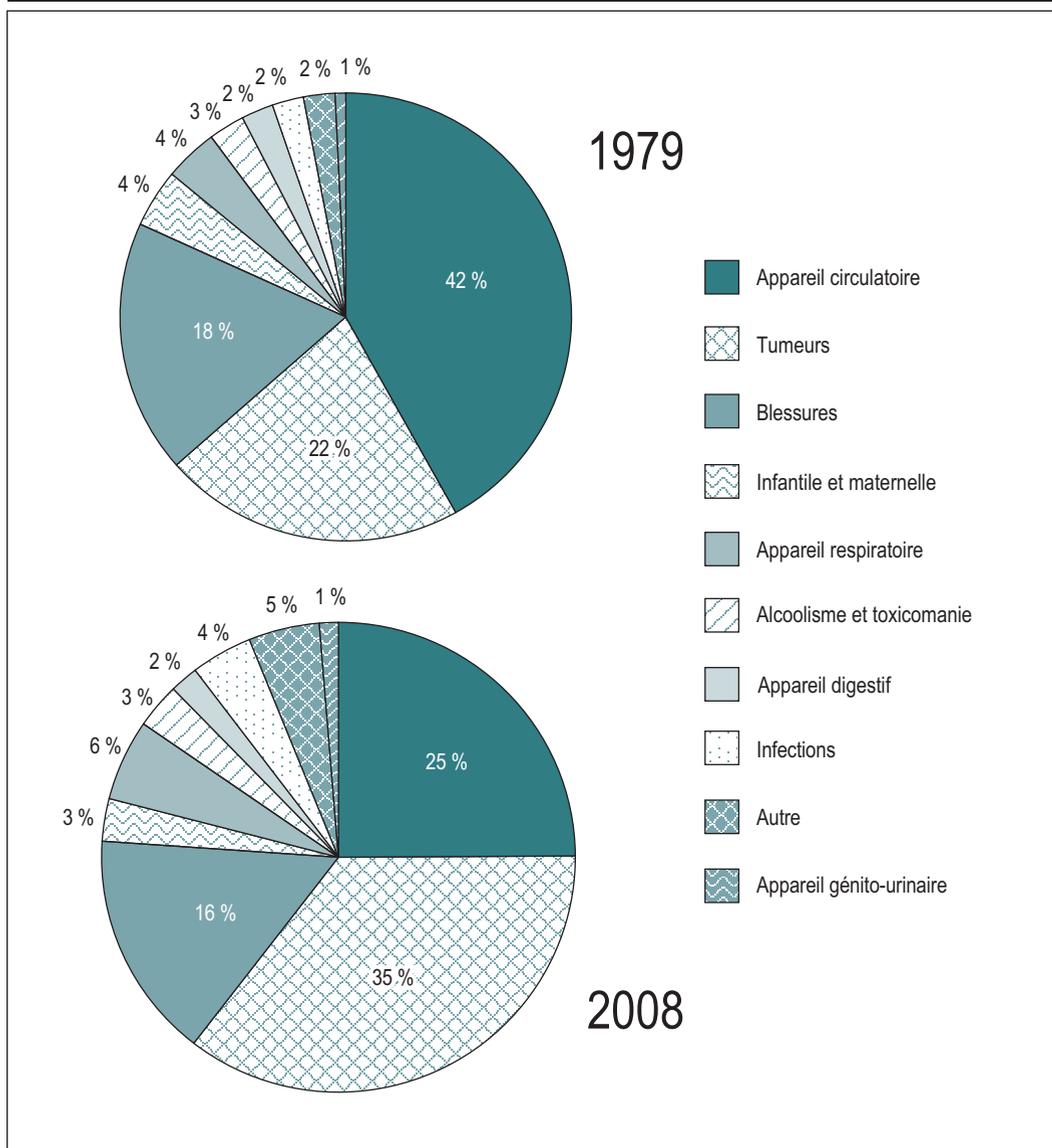
Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Causes de décès

Un examen approfondi des troubles médicaux associés à la mortalité évitable peut aider à déterminer les secteurs où des progrès ont été réalisés et où des améliorations continues peuvent être apportées. La figure 5 illustre la contribution proportionnelle de chaque groupe de maladies à l'ensemble de la mortalité évitable en 1979 et en 2008. En 1979, les principales causes de mortalité évitable étaient les troubles de l'appareil circulatoire (42 %), les tumeurs (22 %) et les blessures (18 %). Trente ans plus tard, en 2008, les causes principales étaient les mêmes, mais la répartition proportionnelle entre elles avait changé. Ainsi, en raison de la baisse importante de la mortalité associée aux troubles circulatoires, les décès attribuables aux tumeurs (35 %) sont devenus la principale cause de mortalité évitable.

Figure 5 : Mortalité évitable selon la cause du décès, Canada, 1979 et 2008

**Remarque**

Les diagrammes indiquent une répartition proportionnelle des causes de décès. Par conséquent, l'augmentation de la proportion de tumeurs observée en 2008 ne signifie pas que le taux de décès attribuables aux tumeurs a aussi augmenté.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

La figure 5 suggère que les initiatives mises en place pour réduire la mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire ont été fructueuses. Sur 30 ans, le taux de mortalité évitable liée aux troubles circulatoires a diminué de 72 %, une fois le vieillissement et la croissance démographique pris en compte (veuillez consulter l'encadré Étude de cas : cardiopathie ischémique). Cette baisse est la plus marquée de toutes les causes de mortalité évitable. Les taux de mortalité évitable liée aux troubles de l'appareil digestif (61 %), aux blessures (49 %), à l'alcoolisme et à la toxicomanie (46 %) ainsi qu'aux troubles infantiles et maternels (45 %) ont aussi connu une baisse importante; pour les autres causes, la baisse s'est révélée plus modeste.

Étude de cas : cardiopathie ischémique — cause pouvant être prévenue et traitable

Les troubles cardiovasculaires constituent l'une des principales causes de décès au Canada. En 2008, la cardiopathie ischémique représentait plus de 50 % des décès attribuables aux troubles cardiovasculaires³⁵. Le taux de mortalité liée à la cardiopathie ischémique a considérablement diminué au cours des dernières décennies³⁶. Cette diminution globale a été attribuée de manière à peu près égale à la prévention primaire, qui comprend la réduction des facteurs de risque et les changements apportés au style de vie (48 %), et à l'amélioration des traitements (43 %)³⁷.

Il a été prouvé que la prise en charge des facteurs de risque modifiables de maladie cardiovasculaire, tels que le tabagisme, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'obésité et la faible activité physique, réduit les risques de cardiopathie ischémique³⁸⁻⁴⁰. Une méta-analyse révèle que la réduction du taux plasmatique moyen de cholestérol d'une unité (1 mmole/L) contribuait à une baisse d'environ un sixième à une demie du taux de mortalité liée à la cardiopathie ischémique, selon l'âge de la personne⁴¹. La diminution de la prévalence du tabagisme au cours des cinq dernières décennies a également contribué à réduire le risque de cardiopathie ischémique^{40, 42}. Même si la prévalence de l'hypertension a augmenté au Canada⁴⁰, une étude a révélé une réduction absolue de 1,4 mm Hg de la tension artérielle systolique entre 1994 et 2005, réduction qui a été associée à une baisse de 20 % de la mortalité liée à la cardiopathie ischémique³⁷. En outre, le pourcentage de Canadiens qui savent être atteints d'hypertension, mais qui ne suivent aucun traitement diminue également⁴⁰.

Outre les stratégies de réduction des facteurs de risque qui misent sur la modification des comportements individuels, des initiatives axées sur le soutien de comportements sains au sein de la population ont aussi contribué à réduire la prévalence de nombreux facteurs de risque. Ces initiatives comprennent, par exemple, la réglementation de 2006 visant à réduire la teneur en gras trans des aliments transformés, qui a incité les entreprises alimentaires à respecter les taux recommandés (de 2 % à 5 % du gras total)⁴³, et la création par Santé Canada du Groupe de travail sur le sodium, dont le mandat est de réduire la consommation quotidienne de sodium chez les Canadiens⁴⁴. La vente de malbouffe dans les écoles a aussi fait l'objet d'un examen. En 2008, l'Ontario a adopté la *Loi portant sur une alimentation saine pour des écoles saines*, en vertu de laquelle la nourriture vendue dans les écoles de la province doit répondre à des normes particulières en matière de nutrition, qui limitent la teneur en gras trans⁴⁵.

En ce qui concerne l'amélioration des soins de santé et les nouveaux traitements, des modifications apportées aux traitements pharmaceutiques traditionnels ont contribué à réduire la mortalité liée à la cardiopathie ischémique⁴⁶. Par exemple, en Ontario, l'utilisation d'hypocholestérolémiants chez les patients atteints de cardiopathie ischémique a augmenté de 8 % à 78 % entre 1994 et 2005; cette augmentation a été associée à une réduction de 9 % de la mortalité. Le traitement des patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde à l'aide de bêta-bloquants a également connu une augmentation, soit de 40 % en 1994 à 82 % en 2005³⁷. Le recours rapide aux traitements thrombolytiques⁴⁷ et aux chirurgies telles que les interventions coronariennes percutanées a aussi joué un rôle dans la prévention secondaire de la mortalité liée à la cardiopathie ischémique^{48, 49}.

Cet exemple illustre à quel point la mise en place de politiques en matière de santé publique et la prestation de soins de santé opportuns et efficaces peuvent contribuer conjointement à réduire la mortalité et à modifier la santé de la population.

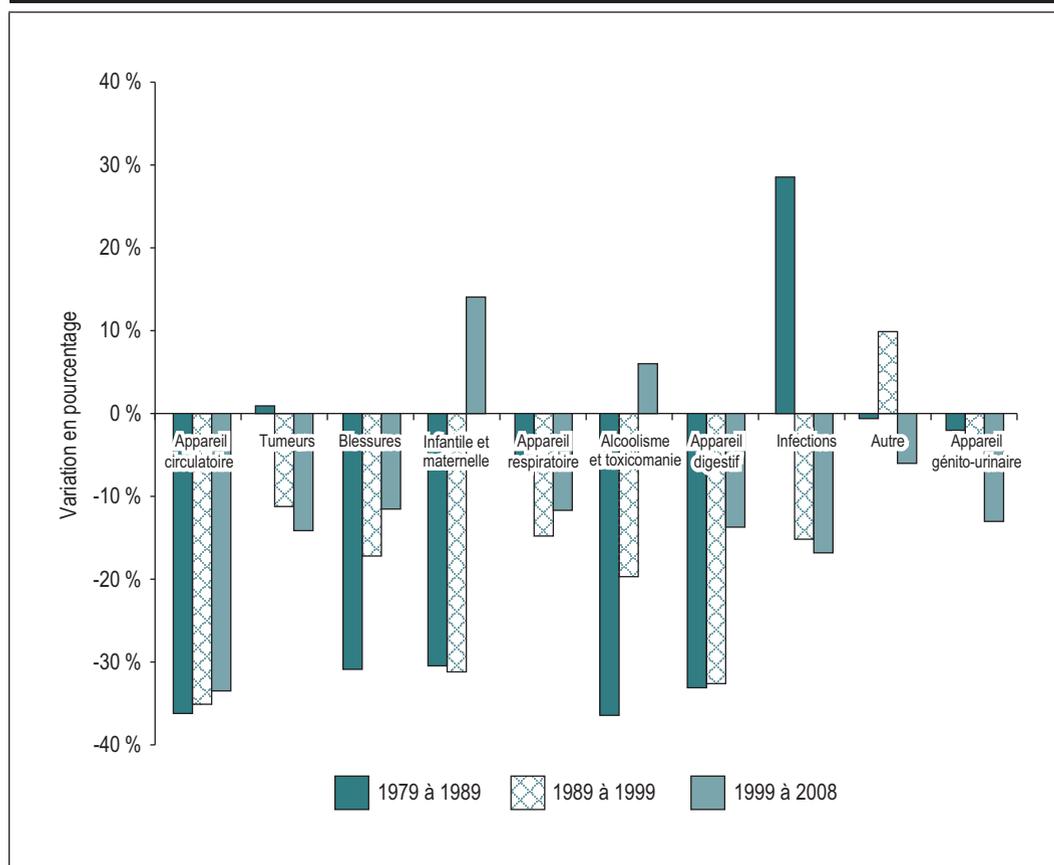
Dans la définition actuelle de la mortalité évitable au Canada, les décès attribuables à la cardiopathie ischémique appartiennent aux deux catégories : « causes traitables » et « causes pouvant être prévenues ».

Une autre façon d'en apprendre davantage sur les tendances en matière de mortalité par cause consiste à étudier les progrès réalisés dans la réduction de la mortalité évitable par périodes de 10 ans (figure 6). Ces tendances indiquent que les taux de mortalité évitable liée aux troubles de l'appareil circulatoire ont connu une baisse constante de plus de 30 % durant chaque décennie. Il en va tout autrement pour les blessures. De 1979 à 1989, le taux de mortalité évitable liée aux blessures a connu une baisse de 30 %, puis de 17 % et de 12 % au cours des deux décennies subséquentes, respectivement (figure 6).

Toutefois, plusieurs troubles médicaux affichent des tendances inverses. En particulier, après deux décennies de diminution, le taux de mortalité évitable liée aux troubles infantiles et maternels et le taux de mortalité évitable associée à l'alcoolisme et à la toxicomanie ont augmenté de 1999 à 2008.

Même si le taux de mortalité évitable liée à la plupart des troubles médicaux s'est amélioré, la tendance à la baisse observée relativement à la mortalité évitable est due en grande partie à la diminution des décès attribuables aux troubles de l'appareil circulatoire. Si le taux de mortalité associée aux troubles circulatoires était resté le même durant les 30 années d'étude, la diminution globale de la mortalité évitable aurait été de 19 % au lieu des 50 % observés.

Figure 6 : Variation du taux de mortalité évitable normalisé selon l'âge de 1979 à 2008, selon la cause du décès, Canada



Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Écart sexospécifique

La mortalité évitable représentait environ 83 % de tous les décès prématurés chez les hommes en 1979. En 2008, ce taux avait diminué de neuf points de pourcentage, se chiffrant à 74 %. Une baisse semblable a été observée chez les femmes durant la même période. En 1979, la mortalité évitable représentait environ 78 % des décès prématurés chez les femmes; en 2008, elle représentait 70 % des décès prématurés (figure 3). La prochaine section du document examine en profondeur l'écart entre le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues et le taux de mortalité de causes traitables chez les hommes et chez les femmes.

Mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables

Grâce à l'établissement de mécanismes d'action, il est possible de rendre le concept de mortalité évitable plus informatif. À cette fin, des sous-indicateurs ont été créés pour la mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables.

La mortalité de causes pouvant être prévenues comprend les décès attribuables à des maladies dont les facteurs de risque modifiables sont importants et bien établis. Le rapport *Risques sanitaires mondiaux* de l'Organisation mondiale de la Santé désigne le tabagisme et l'hypertension comme principaux facteurs de risque de mortalité dans les pays riches, y compris le Canada, suivis du surpoids et de l'obésité, de l'absence d'activité physique, de l'hyperglycémie, de l'hypercholestérolémie, de la faible consommation de fruits et de légumes, de l'exposition à la pollution atmosphérique urbaine, de l'alcoolisme et des facteurs de risque professionnel. Dans les pays à revenu élevé, on estime qu'en 2004, ces 10 facteurs de risque représentaient 28 % des décès ou 3,3 années d'espérance de vie perdues⁵⁰.

Étude de cas : cancer du poumon — cause pouvant être prévenue

La diminution des décès attribuables au cancer du poumon illustre bien l'efficacité de la collaboration intersectorielle dans la réduction du tabagisme, principal facteur de risque associé à cette maladie.

Au Canada, le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer⁵¹. La mortalité liée au cancer du poumon demeure élevée en raison de l'absence de méthodes efficaces pour dépister et traiter les cas dès les premiers stades⁵². En 2007-2008, par exemple, 48 % des cancers du poumon au Canada ont été diagnostiqués au stade 4, le dernier stade et le plus avancé⁵³. Par conséquent, la meilleure façon de réduire la mortalité est de prévenir la maladie. Les facteurs de risque tels que la fumée secondaire et l'exposition professionnelle⁵⁴, la faible consommation de fruits et de légumes et l'exposition au radon à l'intérieur d'un bâtiment sont aussi associés au cancer du poumon⁵². Toutefois, à l'échelle mondiale, 71 % des cas de cancer du poumon sont attribuables au tabagisme⁵⁰.

Le Canada a mis en place un certain nombre de politiques visant à réduire la prévalence du tabagisme et, par extension, des maladies qui s'y rapportent. Parmi ces politiques, mentionnons la hausse des taxes représentant au moins 70 % du prix des cigarettes et des modifications législatives visant à bannir la cigarette, d'abord dans les immeubles du gouvernement, puis dans les lieux publics de nombreuses municipalités du pays^{55, 56}. Les campagnes publicitaires de masse et les documents d'éducation sur le tabac ont évolué au fil des ans et ciblent aujourd'hui certains groupes de la population, notamment les jeunes. On sait également que les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel pour aider les patients à cesser de fumer^{57, 58}.

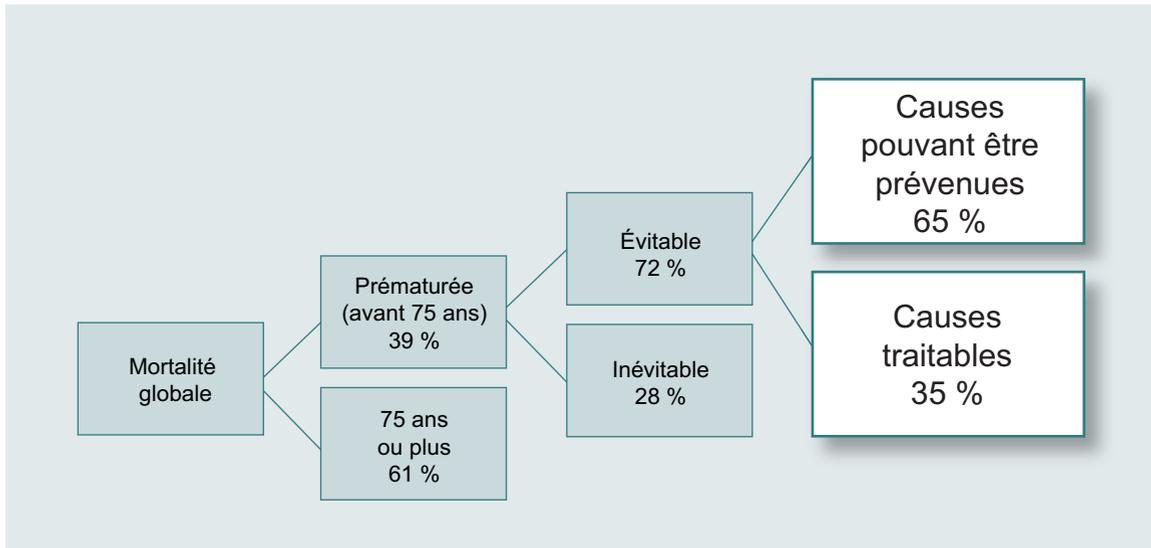
Au cours des 50 dernières années, la prévalence du tabagisme a chuté, passant de 50 % en 1965 à 20 % en 2008⁴². Le taux de diminution a été plus prononcé chez les hommes que chez les femmes; pour ces dernières, la diminution s'est amorcée plus tard. Étant donné que la période d'induction entre la consommation de tabac et le développement du cancer du poumon varie de 16 à 26 ans (21 ans en moyenne)²¹, les effets de la diminution du tabagisme sur la population ne peuvent être observés immédiatement. En fait, ce n'est qu'à la fin des années 1980 que le taux de mortalité liée au cancer du poumon a commencé à diminuer chez les hommes. Chez les femmes, la réduction du tabagisme n'influe pas encore sur la mortalité liée au cancer du poumon; toutefois, l'augmentation a ralenti au cours de la dernière décennie⁵¹.

Les résultats des efforts déployés pour réduire le taux de tabagisme et, par conséquent, le taux de décès prématurés liés au cancer du poumon prouvent que le succès est possible en combinant choix personnels et modifications du comportement et par la mise en place de programmes et de politiques concertés et coordonnés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, pour influencer les comportements à risque.

Dans la définition actuelle de la mortalité évitable au Canada, le cancer du poumon figure dans la catégorie « causes pouvant être prévenues ».

Le second sous-ensemble de décès évitables — la mortalité de causes traitables — comprend les décès prématurés qu'il serait possible de prévenir grâce au dépistage précoce et à un traitement réussi à l'aide d'une prestation de soins de santé opportuns et efficaces. L'effet du système de soins santé devrait se faire sentir de manière plus directe dans cette portion des décès évitables, mais il faut également reconnaître que d'autres facteurs tels que le degré de maladie au sein de la population peuvent aussi influencer les taux.

En 2008, la mortalité de causes pouvant être prévenues représentait 65 % des décès évitables au Canada et la mortalité de causes traitables, les 35 % restants.



Remarque

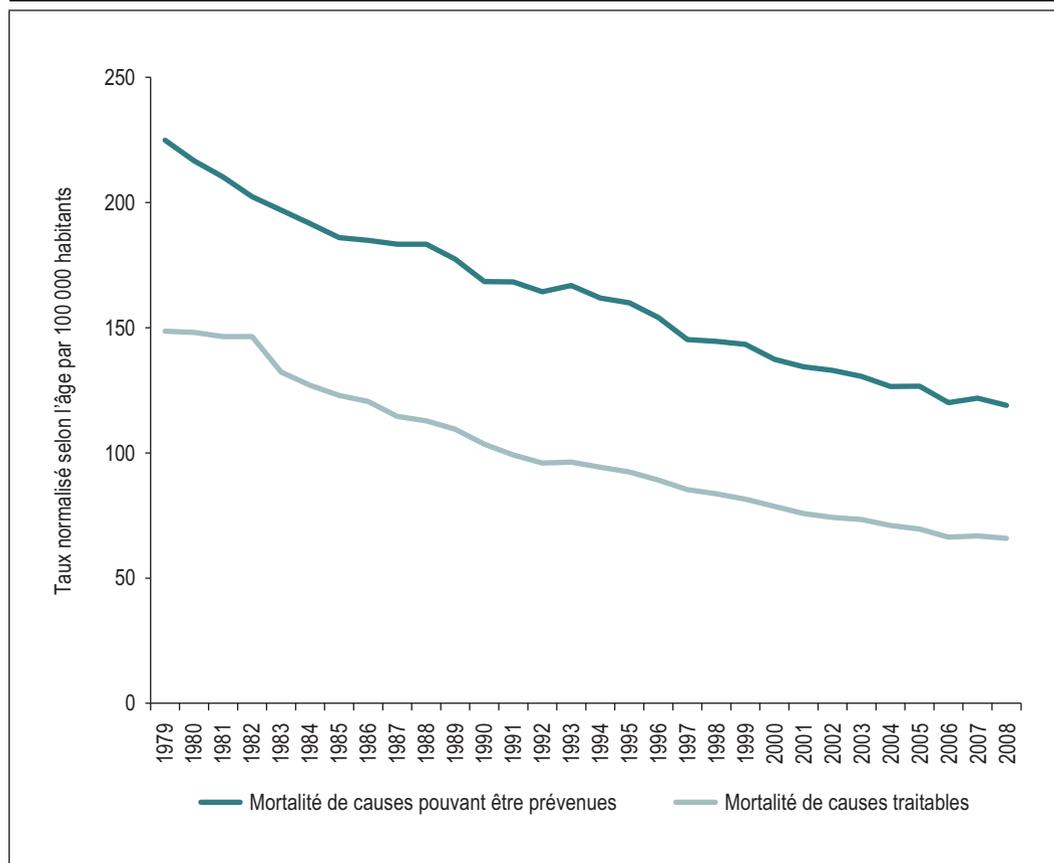
Pour les troubles médicaux où la prévention et le traitement pouvaient tous deux contribuer à éviter la mortalité, la priorité a été accordée à la prévention (veuillez consulter l'encadré Mortalité évitable : ce qu'il faut savoir).

Source

Statistique de l'état civil 2008, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Les taux de mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables normalisés selon l'âge ont diminué au Canada. Au cours de la période de 30 ans allant de 1979 à 2008, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues a connu une baisse de 47 % — de 225 à 119 par 100 000 habitants — et le taux de mortalité de causes traitables a chuté de 56 % — de 149 à 66 par 100 000 habitants (figure 7). De telles diminutions ont aussi été observées durant la mesure des APVP. En effet, de 1979 à 2008, les APVP ont connu une baisse de 2 170 par 100 000 habitants pour la mortalité de causes pouvant être prévenues et de 538 par 100 000 habitants pour la mortalité de causes traitables. En termes relatifs, la diminution des APVP était plus importante pour la mortalité de causes pouvant être prévenues (51 %) que pour la mortalité de causes traitables (30 %). Cela indique que la baisse de la mortalité de causes pouvant être prévenues a donné lieu à des diminutions plus importantes en matière d'années potentielles de vie perdues.

Figure 7 : Mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables, Canada, 1979 à 2008



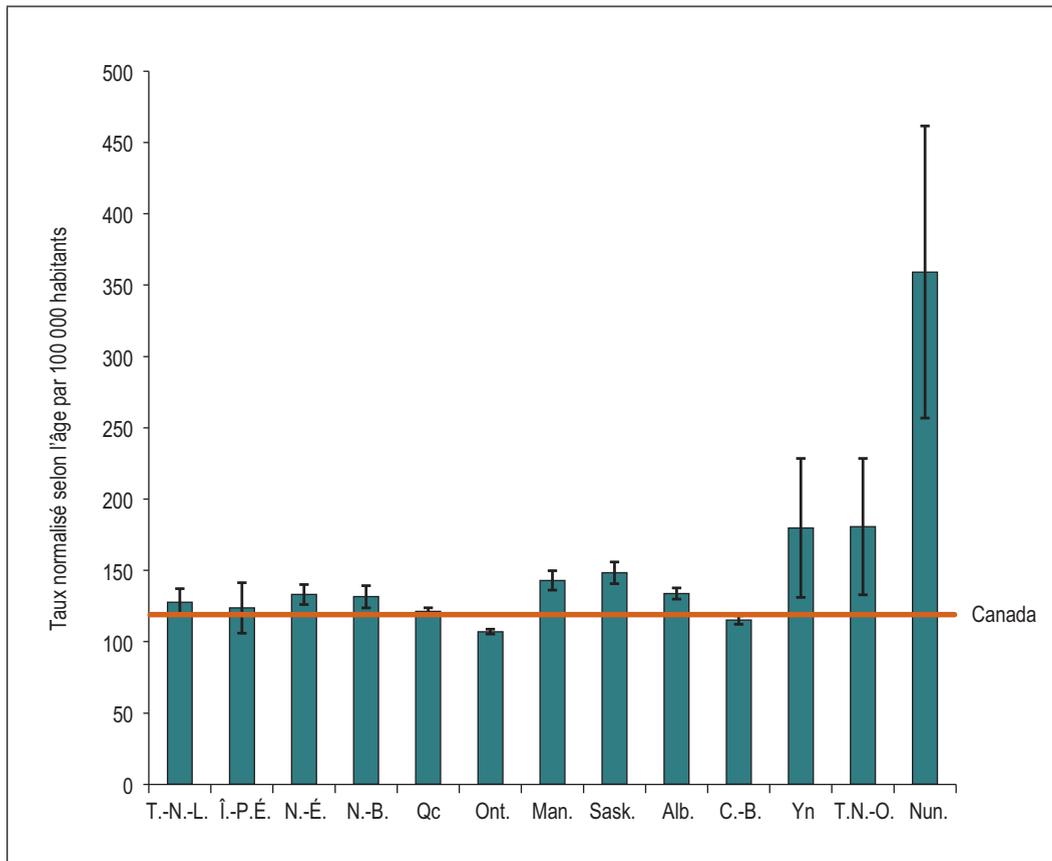
Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Variations géographiques

En 2008, le taux provincial de **mortalité de causes pouvant être prévenues** normalisé selon l'âge variait de 107 par 100 000 habitants en Ontario à 148 par 100 000 habitants en Saskatchewan. Pour les territoires, le taux variait de 180 par 100 000 habitants au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest à 359 par 100 000 habitants au Nunavut (figure 8).

Figure 8 : Mortalité de causes pouvant être prévenues selon la province ou le territoire, 2008



Remarque

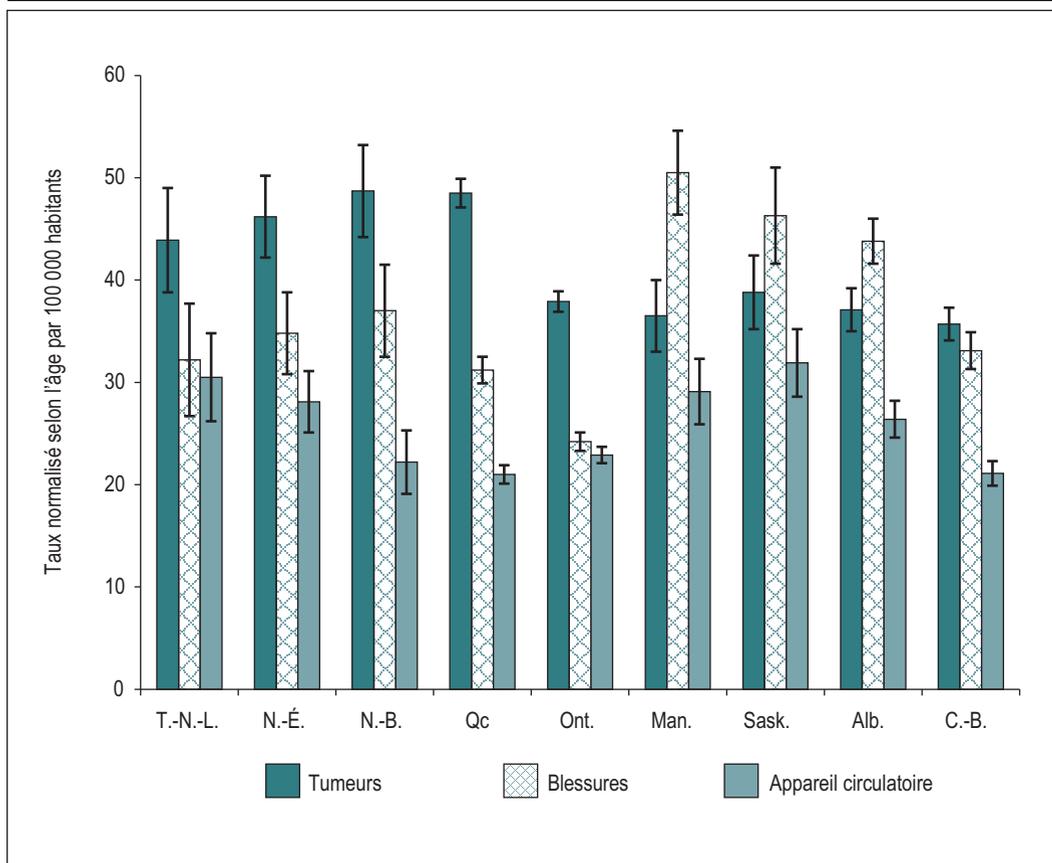
Le symbole \square représente des intervalles de confiance de 95 %.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Un examen approfondi des principaux facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues révèle qu'en 2008, les décès attribuables aux blessures et, dans une certaine mesure, les tumeurs constituaient le principal facteur de variation entre les provinces. Le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues liée aux blessures normalisé selon l'âge au Manitoba et en Saskatchewan atteignait presque le double de celui en Ontario et dépassait considérablement celui de la plupart des autres provinces. Une variation des facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues a également été observée entre l'Ouest et l'Est du pays. Parmi les trois principaux facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues, le taux de décès attribuables aux tumeurs était plus élevé dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, tandis que le taux de mortalité liée à des blessures était plus élevé dans de nombreuses provinces de l'Ouest (Saskatchewan, Manitoba et Alberta) (figure 9). Concernant les autres facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues, la Colombie-Britannique et le Manitoba affichaient un taux plus élevé de décès attribuables aux infections. L'analyse des facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues peut aider les provinces et les territoires à déterminer dans quels secteurs la mise en place de stratégies de prévention pourrait mener à une baisse continue de la mortalité de causes pouvant être prévenues.

Figure 9 : Mortalité de causes pouvant être prévenues sélectionnées, selon la province, 2008



Remarques

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

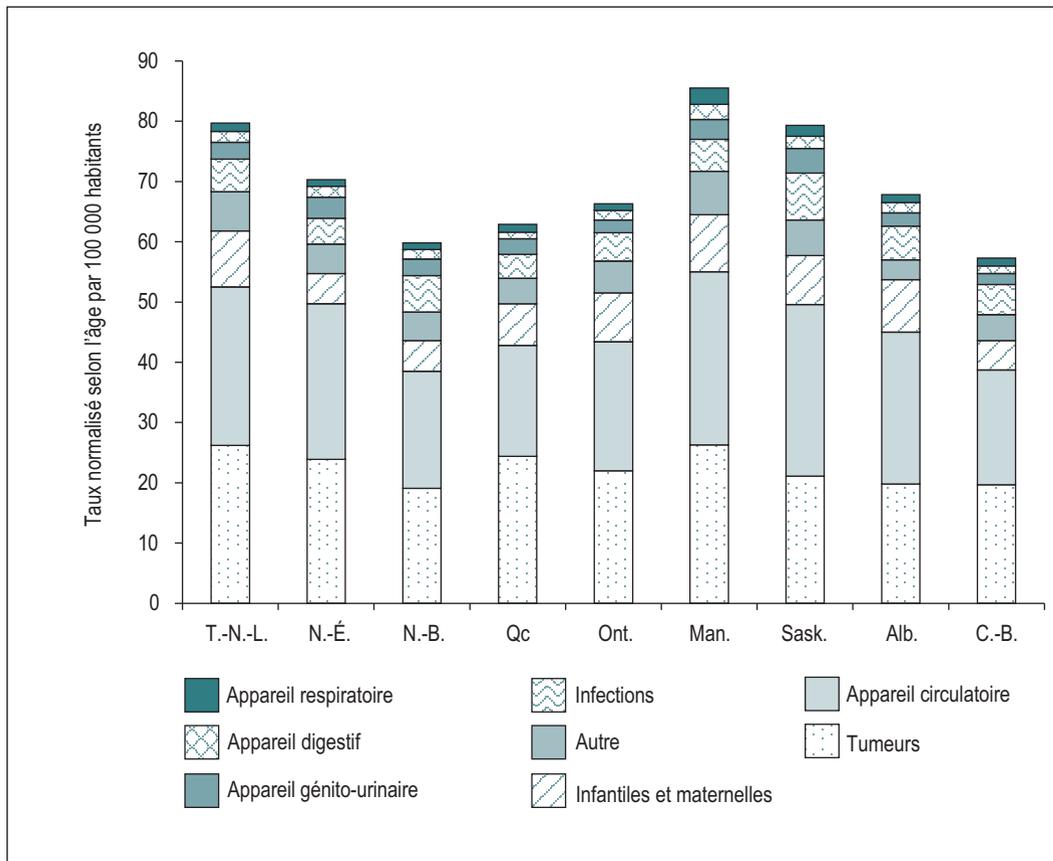
L'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de décès.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Une variation géographique de la **mortalité de causes traitables** a également été observée entre les provinces, le taux variant de 57 par 100 000 habitants en Colombie-Britannique à 86 par 100 000 habitants au Manitoba. Un examen des facteurs contribuant à un tel écart entre les provinces a révélé que la Saskatchewan et le Manitoba affichaient le taux de décès attribuables aux troubles de l'appareil circulatoire le plus élevé et que le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador présentaient les plus hauts taux de mortalité liée aux tumeurs ainsi qu'aux troubles infantiles et maternels (figure 10).

Figure 10 : Mortalité de causes traitables, selon la province, 2008

**Remarque**

L'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ne sont pas présentés en raison du faible nombre de décès.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Bien que ces résultats donnent un aperçu de la situation actuelle, les tendances provinciales se sont améliorées de 1979 à 2008. Dans l'ensemble des provinces et des territoires, le taux de mortalité évitable a diminué. Toutefois, les baisses variaient grandement d'une province et d'un territoire à l'autre et se sont révélées plus marquées pour la mortalité de causes traitables que pour la mortalité de causes pouvant être prévenues (figure 11).

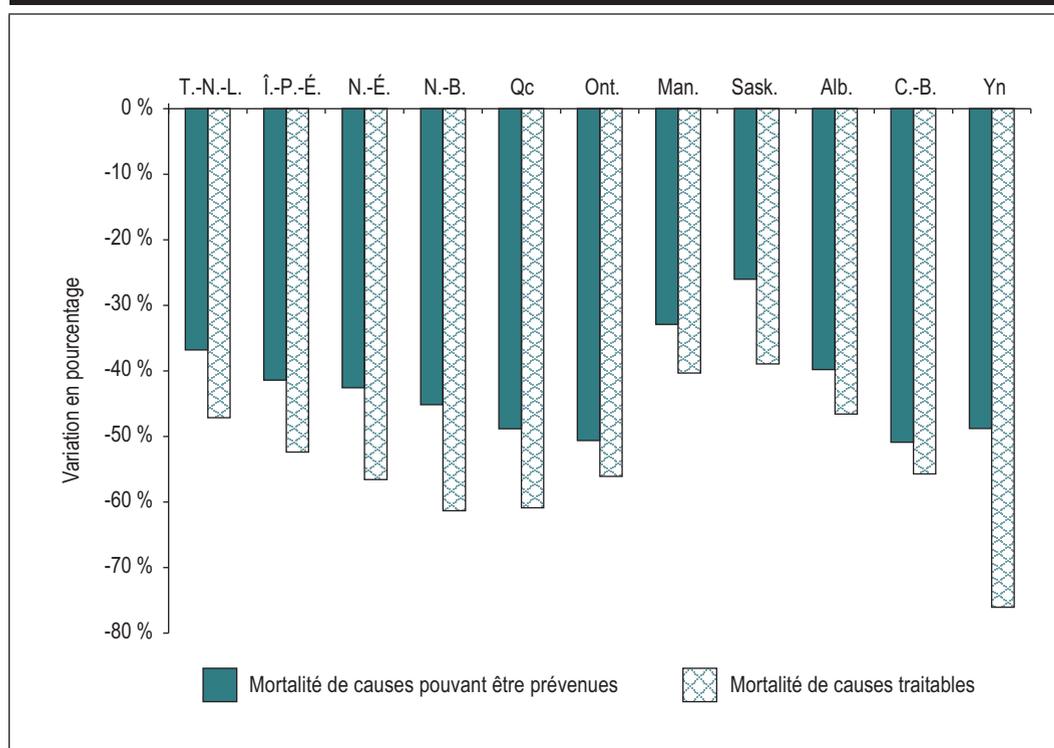
Parmi toutes les provinces et un territoire (Yukon), c'est en Ontario et en Colombie-Britannique (51 %) et au Québec (49 %) que le taux de **mortalité de causes pouvant être prévenues** normalisé selon l'âge a le plus diminué depuis 1979. Les décès attribuables aux troubles de l'appareil circulatoire constituaient le principal facteur de la réduction de la mortalité dans ces trois provinces.

Au cours des trois dernières décennies, le taux de **mortalité de causes traitables** normalisé selon l'âge a diminué dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavutⁱⁱ. Dans les provinces, la diminution variait de 39 % en

ii. Les données analysées pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest concernent la période de 1999 à 2008.

Saskatchewan à 61 % au Nouveau-Brunswick et au Québec (figure 11). Dans les territoires, le Yukon a enregistré une baisse remarquable de 76 %. La diminution importante observée au Nouveau-Brunswick peut être attribuable à la baisse de la mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire (75 %) et aux tumeurs (53 %). Le Québec a aussi connu une diminution considérable des décès liés aux troubles circulatoires (78 %), mais la baisse de la mortalité associée aux tumeurs s'est révélée moins marquée (34 %). L'Ontario et la Colombie-Britannique ont connu une baisse importante de la mortalité liée aux troubles circulatoires et de l'appareil digestif. La diminution du taux de décès attribuables aux troubles infantiles et maternels a aussi contribué à la baisse de la mortalité de causes traitables dans la plupart des provinces.

Figure 11 : Variation du taux de mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables normalisé selon l'âge, par province ou territoire, 1979 à 2008



Remarque

Les données pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ne sont pas présentées, car leur analyse n'a pas porté sur toute la période.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

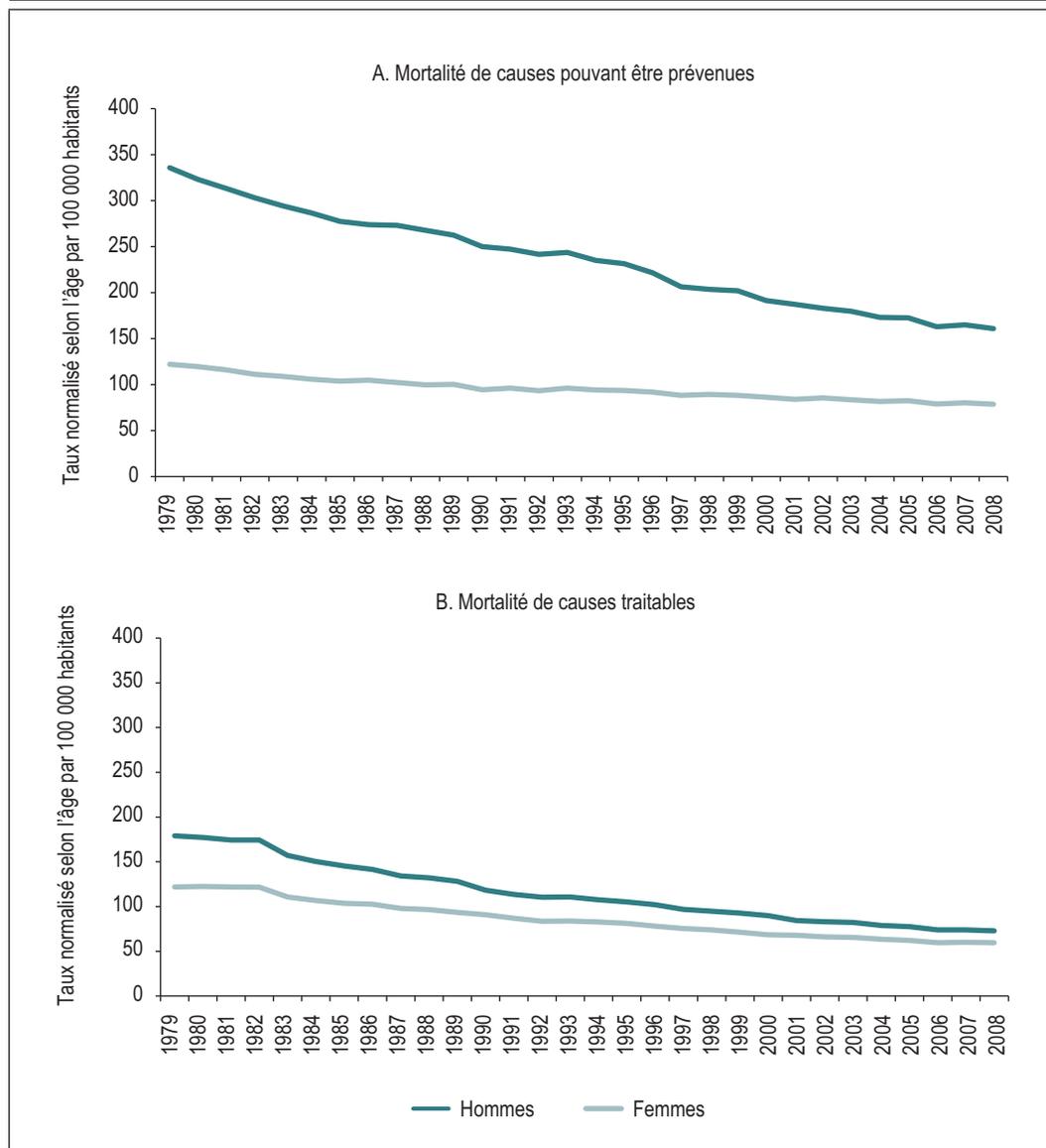
Écart sexospécifique

Entre 1979 et 2008, le taux de mortalité chez les hommes est demeuré plus élevé, tant pour les causes traitables que pour les causes pouvant être prévenues. De fait, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues chez les hommes était deux fois plus élevé que chez les femmes. Durant les 30 dernières années, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues normalisé selon l'âge a diminué de 52 % chez les hommes — de 336 par 100 000 habitants en 1979 à 161 par 100 000 habitants en

2008. Chez les femmes, la baisse a été beaucoup moins prononcée (36 %), soit de 122 par 100 000 habitants en 1979 à 79 par 100 000 habitants en 2008. La baisse plus rapide chez les hommes a entraîné la réduction de l'écart entre les deux sexes (figure 12 A).

Dans l'ensemble, cet écart a toujours été beaucoup plus étroit pour la mortalité de causes traitables que pour la mortalité de causes pouvant être prévenues; au fil du temps, il ne s'est presque pas élargi (figure 12 B). En 1979, le rapport hommes-femmes était de 1,5; en 2008, il avait peu changé (1,2). Au cours des 30 dernières années, le taux de mortalité de causes traitables normalisé selon l'âge a chuté de 59 % chez les hommes, passant de 179 par 100 000 habitants en 1979 à 73 par 100 000 habitants en 2008. Chez les femmes, ce taux a connu une baisse de 51 %, soit de 122 par 100 000 habitants en 1979 à 60 par 100 000 habitants en 2008 (figure 12 B).

Figure 12 : Mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables selon le sexe, Canada, 1979 à 2008



Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Un examen approfondi de la mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables a permis d'obtenir de plus amples renseignements sur l'écart sexospécifique. En 2008, le taux de **mortalité de causes pouvant être prévenues** liée à l'alcoolisme et à la toxicomanie ainsi qu'aux blessures était 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La même tendance a été observée pour la mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire (2,4 fois plus élevée chez les hommes) et celle associée aux cancers pouvant être prévenus (1,6 fois plus élevée), principalement le cancer du poumon. En ce qui concerne les tendances au fil du temps, une baisse semblable a été constatée pour la plupart des causes de décès pouvant être prévenues, tant chez les hommes que chez les femmes. Pour les cancers et les troubles de l'appareil respiratoire, le taux de mortalité chez les femmes a augmenté depuis 1979 (figure 13).

En 2008, les tumeurs étaient le principal facteur de **mortalité de causes traitables** chez les femmes (veuillez consulter l'encadré Étude de cas : cancer du sein), tandis que chez les hommes, il s'agissait des troubles de l'appareil circulatoire (figure 14).

Étude de cas : cancer du sein — cause traitable

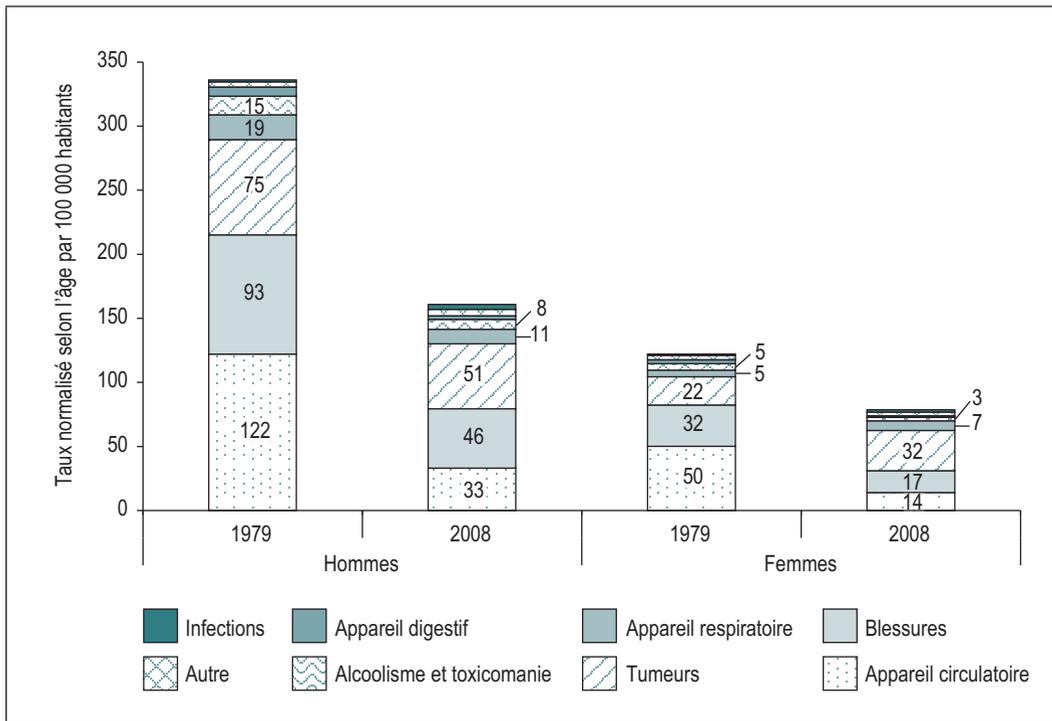
Le dépistage précoce, grâce à la recherche de cas, et le traitement ont beaucoup influé sur la mortalité liée au cancer du sein au Canada. Chez les Canadiennes, les probabilités de développer un cancer du sein et d'en mourir sont de 1 sur 9 et de 1 sur 29, respectivement. Il s'agit de la deuxième cause de décès par cancer la plus courante chez les femmes⁵¹. Plusieurs facteurs de risque associés au cancer du sein, notamment l'âge et les antécédents familiaux, ne peuvent être modifiés⁵². Les facteurs de risque modifiables, tels que la consommation d'alcool, les traitements hormonaux substitutifs et l'absence d'activité physique, représentent environ 27 % des nouveaux cas de cancer du sein⁵⁹. Ainsi, les efforts déployés ces dernières années pour améliorer les chances de survie au cancer du sein ont été axés sur le dépistage précoce et sur les nouveaux traitements (traitements adjuvants tels que l'hormonothérapie, la chimiothérapie et la radiothérapie à la suite d'une chirurgie)^{51, 60, 61}. Lorsque le cancer du sein est dépisté et traité au stade 1 (le premier des quatre stades du cancer), le taux relatif de survie sur cinq ans est de 100 %; s'il est dépisté au stade 4, ce taux chute à 19,9 %⁶².

En 1988, la Colombie-Britannique a mis en place le tout premier programme officiel de dépistage du cancer du sein par mammographie. Les autres provinces ont rapidement suivi, et les programmes ont reçu une importante aide financière en 1992 avec la création de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein⁶³. En 2008, 72,5 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes, ce qui représente environ 2,8 millions de mammographies⁶⁴.

La mortalité liée au cancer du sein diminue depuis la fin des années 1980 et le début des années 1990. Pendant la même période, l'incidence du cancer du sein a augmenté, puis s'est stabilisée. La tendance observée à cet égard est attribuable à la hausse du nombre de mammographies de dépistage ainsi qu'à la fluctuation de l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs⁵¹. La baisse de la mortalité jumelée à la hausse de l'incidence suggère une influence de l'augmentation du taux de survie sur la baisse du taux de mortalité liée au cancer du sein.

Dans la définition actuelle de la mortalité évitable au Canada, le cancer du sein figure dans la catégorie des « causes traitables » en raison de l'effet éprouvé du dépistage par mammographie et des traitements⁶¹.

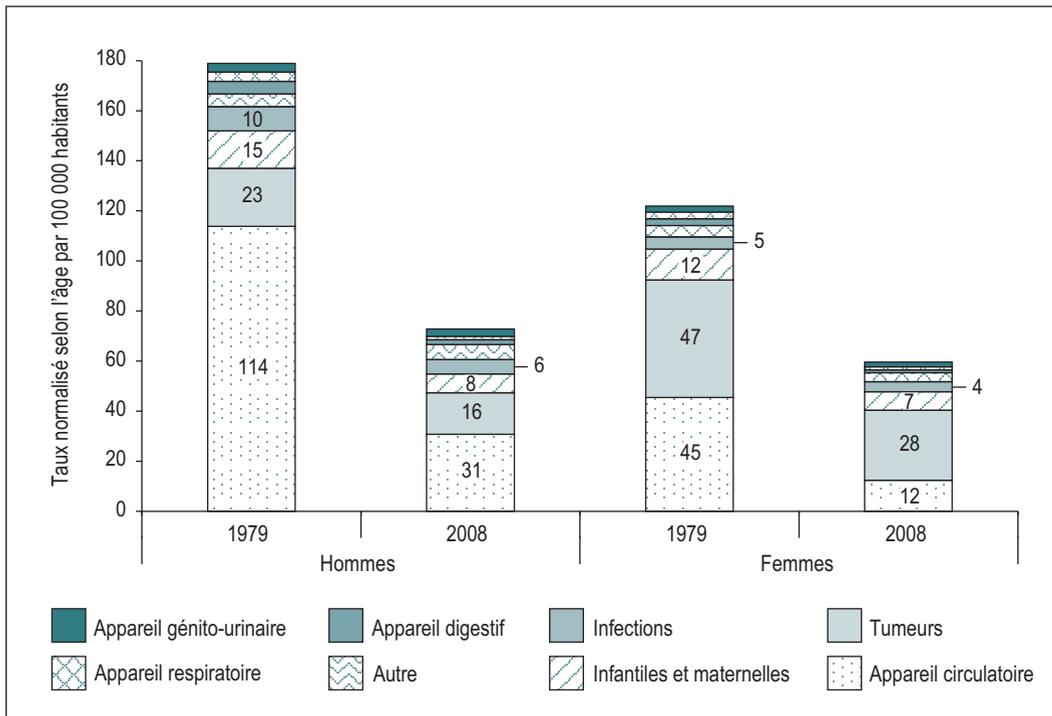
Figure 13 : Mortalité de causes pouvant être prévenues selon le sexe, Canada, 1979 et 2008



Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Figure 14 : Mortalité de causes traitables selon le sexe, Canada, 1979 et 2008



Source

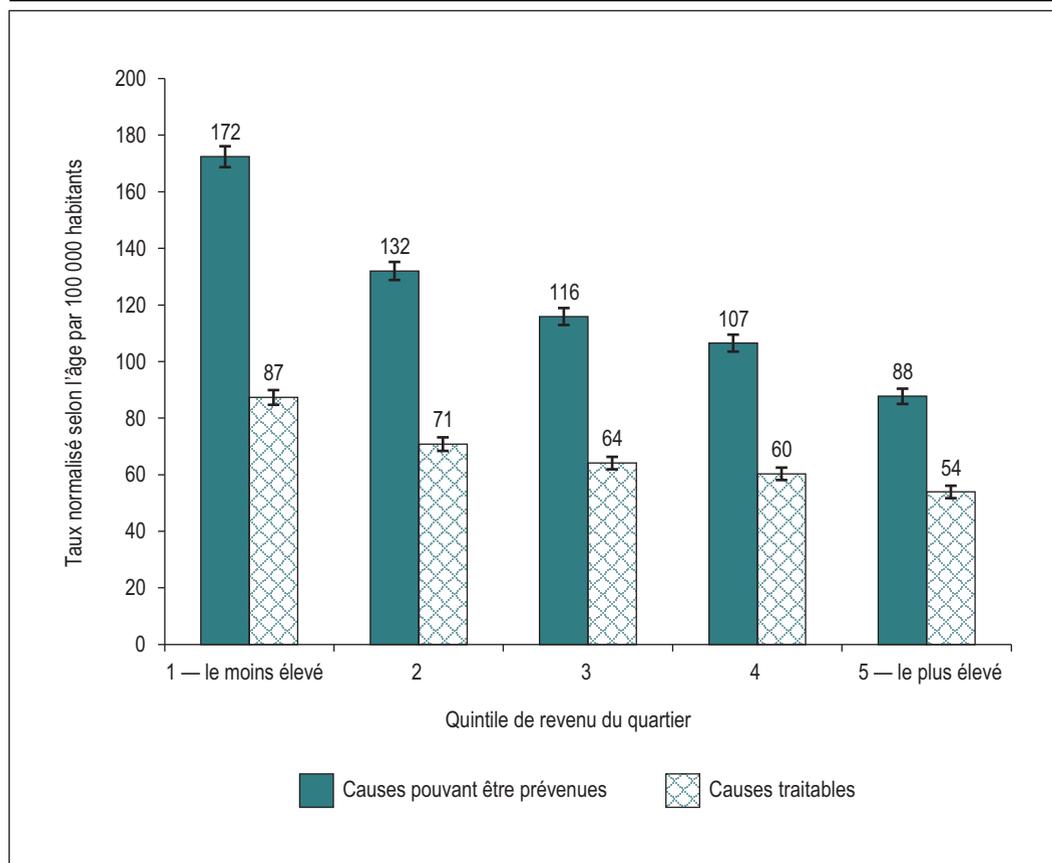
Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Inégalités socioéconomiques

Pour la mortalité de causes pouvant être prévenues et la mortalité de causes traitables, d'importantes variations de taux ont été observées selon le groupe socioéconomique, d'après la mesure du quintile de revenu du quartier. Le taux de mortalité, toujours plus élevé chez les habitants des quartiers défavorisés, diminuait progressivement avec l'amélioration du statut socioéconomique. Les variations socioéconomiques étaient plus marquées pour la mortalité de causes pouvant être prévenues que pour la mortalité de causes traitables. Entre 2005 et 2007, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues normalisé selon l'âge pour les habitants des quartiers défavorisés représentait presque le double de celui observé dans les quartiers les plus aisés. Le taux de mortalité de causes traitables, quant à lui, était 1,6 fois plus élevé (figure 15).

Les inégalités relatives au taux de mortalité de causes pouvant être prévenues étaient encore plus marquées lorsqu'on tenait compte de l'écart sexospécifique : les hommes habitant les quartiers défavorisés affichaient un taux quatre fois supérieur à celui des femmes habitant les quartiers les plus aisés. Pour la mortalité de causes traitables, il était deux fois plus élevé.

Figure 15 : Mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2005 à 2007



Remarques

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

Le calcul des taux repose sur des données totalisées sur trois ans, soit de 2005 à 2007.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Où se situe le Canada à l'échelle internationale?

Lorsque des données sont disponibles à cette fin, les comparaisons internationales offrent un autre point de vue sur la performance du système de santé du Canada par rapport aux autres pays industrialisés.

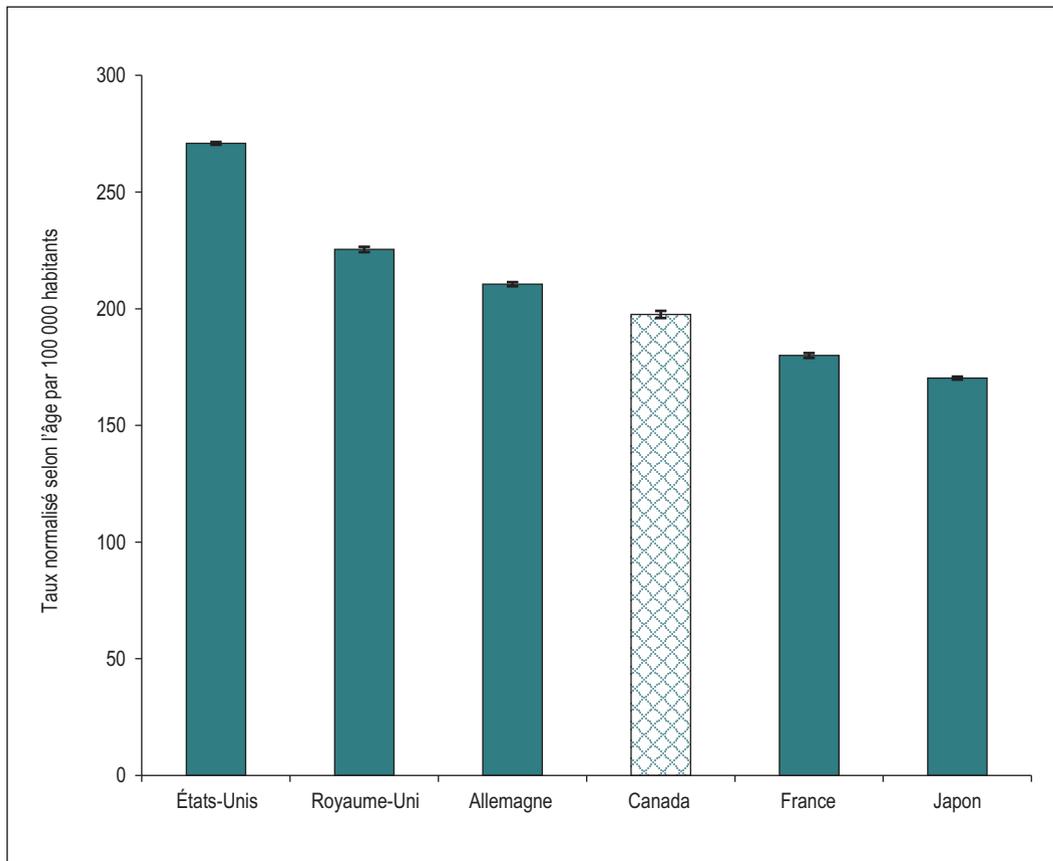
Pour comparer les taux de mortalité évitable du Canada avec ceux des autres pays du G7, la base de données sur la mortalité tenue par l'Organisation mondiale de la Santé a été utilisée et la définition canadienne de la mortalité évitable au Canada a été appliquée aux autres pays. Cette base contient des données provenant des systèmes d'enregistrement de l'état civil des différents pays. En raison de la nature de la base de données, il n'a pas été possible d'appliquer la définition canadienne pour calculer les résultats relatifs aux sous-groupes de causes pouvant être prévenues et de causes traitables de la mortalité évitable, ni de calculer les tendances temporelles des données qui utilisent le système de codification CIM-9. Dans tous les pays du G7, à l'exception de l'Italie, les plus récentes données disponibles étaient celles de 2004.

Selon cette méthodologie, les États-Unis affichaient en 2004 le taux de mortalité évitable le plus élevé (271 par 100 000 habitants) et le Japon, le plus faible (170 par 100 000 habitants); le Canada présentait le troisième taux le plus faible après le Japon et la France (figure 16).

Alors que la comparaison du taux de mortalité évitable du Canada avec celui d'autres pays permet d'obtenir un portrait global de la situation, la comparaison des résultats des provinces donne un aperçu de la performance des systèmes de santé provinciaux. Par exemple, le taux de mortalité évitable de Terre-Neuve-et-Labrador en 2004 (228 par 100 000 habitants) était comparable à celui du Royaume-Uni (225 par 100 000 habitants) — qui occupait l'avant-dernier rang des pays du G7 — tandis que le taux de la Colombie-Britannique (183 par 100 000 habitants) était semblable à celui de la France (180 par 100 000 habitants) — qui se classait deuxième.

Les comparaisons internationales posent plusieurs défis et exigent certaines précautions, surtout parce qu'il n'existe aucune définition uniformisée de cet indicateur. Il peut exister des différences transnationales entre les méthodes de codification, et la disponibilité des données en temps opportun est souvent problématique. Malgré ces défis, les comparaisons internationales demeurent intéressantes pour évaluer la performance d'un système de santé.

Figure 16 : Mortalité évitable selon le pays du G7, 2004



Remarques

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

Les taux ont été normalisés selon l'âge suivant une méthode de normalisation directe fondée sur la population-type du Canada de 1991.

Les données de 2004 pour l'Italie n'étaient pas disponibles.

Source

Organisation mondiale de la Santé, base de données sur la mortalité du département Statistique et informatique sanitaires.

En bref

En 2008, plus de 238 600 personnes sont décédées au Canada, dont 39 % avaient moins de 75 ans. On estime que 72 % de ces décès prématurés étaient potentiellement évitables, dont 65 % de causes pouvant être prévenues et 35 % de causes traitables.

Ces taux de 2008, applicables tant aux hommes qu'aux femmes, sont considérablement inférieurs à ceux observés en 1979. Pour toutes les mesures — mortalité évitable et mortalité de causes pouvant être prévenues et de causes traitables — le taux de décès normalisé selon l'âge et les années potentielles de vie perdues ont diminué au cours des 30 dernières années. L'ampleur et le taux de cette diminution ont considérablement varié selon la cause du décès. Les décès liés aux troubles de l'appareil circulatoire et aux blessures ont connu les baisses les plus importantes. En 2008, le cancer, les blessures et les troubles circulatoires étaient les principaux facteurs de mortalité de causes pouvant être prévenues pour les hommes et les femmes. Chez les hommes, les troubles de l'appareil circulatoire ont joué un rôle important dans la mortalité de causes traitables, tandis que chez les femmes, il s'agissait du cancer.

Comme d'autres études sur la mortalité évitable l'ont fait remarquer, les mesures agrégées masquent de grandes variations. Il en va de même lorsqu'on examine les décès évitables à l'échelle nationale. Dans les provinces canadiennes, le taux de mortalité évitable en 2008 variait de 173 par 100 000 habitants en Ontario et en Colombie-Britannique à 229 par 100 000 habitants au Manitoba. Pour ce qui est des décès de causes pouvant être prévenues et de causes traitables, le taux observé dans les provinces variait de 107 par 100 000 habitants en Ontario à 148 par 100 000 habitants en Saskatchewan et de 57 par 100 000 habitants en Colombie-Britannique à 86 par 100 000 habitants au Manitoba, respectivement.

L'étude a également révélé des inégalités socioéconomiques et un écart sexospécifique, puisque les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, de même que chez les personnes habitant les quartiers les plus défavorisés (par rapport à celles des quartiers les plus aisés). L'écart était plus prononcé pour la mortalité de causes pouvant être prévenues que pour la mortalité de causes traitables. Comme la variation du taux de morbidité explique en partie la fluctuation, un examen approfondi de ces mesures à l'échelle des provinces et des territoires en fonction des troubles concourants peut orienter l'élaboration des politiques¹⁷.

Répercussions sur les politiques de santé, les politiques sociales et la prestation des soins

Conformes à l'application du concept de réduction des décès évitables dans d'autres pays, les nouveaux indicateurs de mortalité évitable fournissent des renseignements supplémentaires sur notre système de santé. Ces mesures peuvent être utilisées pour évaluer l'effet des stratégies de prévention et les résultats des décisions stratégiques en matière de santé et de la prestation des soins de santé. Les indicateurs de mortalité évitable peuvent servir à déterminer les secteurs dans lesquels le système de santé du Canada a réalisé des gains et indiquer ce qu'il faut encore améliorer. Ils peuvent aussi servir à quantifier les gains potentiels. Par exemple, dans un monde idéal où toute mortalité évitable aurait été éliminée au Canada, l'espérance de vie à la naissance pour la période de 2006 à 2008 aurait été de 85,8 ans, soit 4,9 années supérieure à l'espérance de vie actuelle de 80,9 ans. Trois ans de ce gain potentiel auraient été attribuables à l'élimination de la mortalité de causes pouvant être prévenues. L'autre part de ce gain (1,9 an) aurait résulté de l'élimination de la mortalité de causes traitables. La plus grande part de ce gain potentiel découlant de l'élimination de la mortalité de causes pouvant être prévenues fait ressortir l'importance de la prévention des maladies.

Plaidoyer en faveur de la prévention. En 1974, le rapport Lalonde, qui repose sur les données recueillies il y a 40 ans, mentionnait le paradoxe suivant : « chacun convient de l'importance de la recherche et de la prévention et pourtant les montants consacrés au traitement des maladies continuent à s'accroître hors de toute proportion »⁴. La quantification de la mortalité évitable dans les provinces et les territoires du Canada et sa répartition en causes traitables et en causes pouvant être prévenues soulignent, une fois de plus, l'importance de la prévention. Bien que l'utilisation conjointe de mesures curatives et préventives aient contribué à réduire l'importance de certaines causes de mortalité évitable, comme les troubles de l'appareil circulatoire, il reste encore du travail à faire en matière de prévention. Par exemple, le taux plus élevé de mortalité évitable chez les hommes est principalement attribuable à leur taux plus élevé de mortalité de causes pouvant être prévenues. En outre, le taux de mortalité de causes pouvant être prévenues chez les femmes est proche du taux de mortalité de causes traitables, tandis que chez les hommes, il représente plus du double. Cela offre une occasion importante de gains en santé.

En ce qui a trait aux causes de mortalité pouvant être prévenues, un grand nombre d'ouvrages spécialisés ont examiné les liens entre les comportements à l'égard de la santé, les stratégies de réduction des facteurs de risque et les résultats pour la santé. Là où ces connaissances sont disponibles et le taux de variation des causes de mortalité pouvant être prévenues est connu, il est possible de soutenir les stratégies ciblées (donc moins coûteuses) de réduction des facteurs de risque. Par exemple, depuis des années, les spécialistes de la prévention des blessures évaluent les

initiatives de prévention primaire dont la mise en œuvre à grande échelle permettrait de réduire la mortalité de causes pouvant être prévenues. Notamment, l'ajout d'étapes aux permis de conduire, pour restreindre la conduite de nuit chez les jeunes ou les apprentis conducteurs, a permis de sauver des vies et de réduire le recours à des traitements coûteux (dont le succès n'est pas garanti) après les accidents⁶⁵.

Nécessité de collaborer. Compte tenu de la définition élargie du système de santé, il se peut que certaines activités dont le but essentiel est de promouvoir la santé ne relèvent pas des ministères de la Santé. Il est donc essentiel de maintenir un dialogue afin de définir et de mettre en place des politiques qui ne se rapportent pas directement à la santé, mais qui sont essentielles à son soutien. Les stratégies de réduction du tabagisme mises en œuvre au cours des dernières décennies illustrent bien ce que la collaboration intersectorielle permet de réaliser⁵⁵.

Étude de la variation et examen rétrospectif des tendances. Les responsables de l'élaboration des politiques de même que les planificateurs et les dispensateurs de soins de santé ont besoin de renseignements factuels sur l'ampleur et la variation des taux de mortalité évitable. La variation du taux de mortalité évitable à l'échelle du Canada permet de détecter les problèmes potentiels et les secteurs nécessitant un examen rigoureux. L'étude de la variation des causes de mortalité évitable pourrait aider les provinces et les territoires à cerner les points à améliorer. L'examen des tendances en matière de mortalité évitable pourrait également donner un aperçu des secteurs où des progrès ont été réalisés et où des améliorations continues peuvent être apportées. Les provinces et les territoires qui ont enregistré des gains considérables peuvent avoir des connaissances à transmettre à ceux qui ont obtenu des gains moins importants.

Réduction des disparités en matière de santé. Comme c'est le cas pour de nombreuses mesures de la performance du système de santé, le taux de mortalité évitable global et celui associé à la plupart des causes présentent des variations selon le quintile de revenu du quartier. L'écart le plus prononcé entre les groupes socioéconomiques concerne la mortalité de causes pouvant être prévenues. La réduction des disparités en matière de santé est devenue l'un des principaux objectifs de santé publique dans le monde entier^{66, 67}; cela comprend la prévention, l'accès aux soins de santé et la prestation des soins. L'indicateur de mortalité évitable ainsi que le détail des causes connexes pourraient contribuer à orienter l'élaboration de programmes et de politiques de santé publique vers les secteurs où des gains importants doivent être réalisés afin de resserrer l'écart.

Recherche future. La recherche future devrait tenter de mieux comprendre la relation entre le taux de mortalité évitable et certaines stratégies de prévention et interventions en soins de santé. À mesure que la recherche permet de définir le lien entre la prévention, les traitements et la mortalité évitable, il faudra revoir et modifier la définition des indicateurs. La dernière étude de cas, qui porte sur le VIH/sida, illustre dans quelle mesure la définition de la mortalité évitable peut évoluer au fil du temps.

Étude de cas : VIH — évolution des causes pouvant être prévenues et des causes traitables au fil du temps

Le cas du VIH/sida offre l'exemple intéressant d'un trouble médical dont les possibilités de prévention et de traitement ont évolué avec les années. À l'échelle mondiale, on peut affirmer que ce trouble a traversé cinq périodes : propagation silencieuse, reconnaissance, découverte intense, mobilisation mondiale et découvertes permettant de mettre fin au problème (par la sensibilisation du public, les analyses sanguines et le traitement antiviral)⁶⁸. Lorsque le premier diagnostic de VIH a été porté au Canada en 1982⁶⁹, la cause et le mode de transmission de la maladie étaient inconnus, et les choix de traitement étaient limités. Résultat, le taux de mortalité était élevéⁱⁱⁱ. Une fois les modes de transmission et de propagation de la maladie déterminés au milieu des années 1980^{68, 70}, on s'est rendu compte qu'il était possible de prévenir la transmission du VIH/sida en se protégeant durant les relations sexuelles, en adoptant des pratiques de transfusion sanguine sécuritaires et en évitant les modes de transmission de manière générale; ainsi, la prévention est devenue la façon la plus efficace (et peut-être la seule) de réduire la mortalité.

La baisse la plus remarquable de l'incidence du VIH/sida s'est produite chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Au début des années 1980, 80 % des cas déclarés appartenaient à ce groupe⁷¹. Selon les statistiques de 2009, le nombre de cas de VIH/sida déclarés chez les HARSAH a diminué, et ce groupe représente aujourd'hui moins de la moitié des cas (42 %) ^{71, 72}. Une diminution du nombre de cas déclarés s'est également produite pour d'autres groupes à risque, notamment les consommateurs de drogues intraveineuses^{71, 72}. Les initiatives de prévention et d'éducation ont peut-être contribué à ces diminutions^{73, 74}.

Toutefois, une importante percée a été réalisée au milieu des années 1990 lorsqu'on a découvert qu'un nouveau traitement antirétroviral hautement actif (HAART) entraînait une baisse de l'incidence des infections opportunistes et, ainsi, une réduction du taux de mortalité^{68, 75, 76}. Après cette découverte, le nombre de cas de sida a considérablement chuté au Canada de 1996 à 1998⁷¹. Le HAART influence également le taux de mortalité du VIH/sida au Canada, qui suit les mêmes tendances que l'incidence de la maladie.

Dans la définition actuelle de la mortalité évitable au Canada, le VIH/sida figure dans la catégorie des « causes pouvant être prévenues » en raison de sa nature facile à prévenir. Toutefois, ce cas souligne la nécessité d'examiner régulièrement les définitions des indicateurs et de comprendre que l'étiologie et les choix de traitement évoluent au fil du temps⁷⁷.

iii. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a été calculé à l'aide de la base de données sur la mortalité du département Statistique et informatique de l'Organisation mondiale de la Santé (mise à jour le 1^{er} juillet 2010) et du tableau CANSIM 102-0521 de Statistique Canada.

Annexe : Liste des causes de décès pour l'indicateur de mortalité évitable

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infections				
Entérite et autres maladies diarrhéiques	001 à 009	A00 à A09	x	
Tuberculose	010 à 018 137	A16 à A19 B90 J65		x
Maladies pouvant être prévenues par un vaccin	032, 033, 036 ,037 038.2 041.5, 045 052, 055, 056 481, 482.2, 487 320.0, 320.1	A35 à A37, A39, A40.3, A41.3 A49.2, A80 B01, B05, B06 J09 à J11, J13, J14 G00.0, G00.1	x	
Infections bactériennes invasives sélectionnées	034.1 482.8 041.0	A38, A48.1 A49.1		x
Sepsie	038 (à l'exception de 038.2)	A40 (à l'exception de A40.3) A41 (à l'exception de A41.3)		x
Paludisme	084	B50 à B54		x
Méningite	320.2,3,8,9	G00.2,3,8,9		x
Cellulite	035 681, 682	A46 L03		x
Pneumonie	480, 482.0,1,3,4 483, 485, 486, 514	J12, J15, J16, J18		x
Infections transmissibles sexuellement, à l'exception du VIH/sida	131, 054.1,7 078.1, 090 à 098 099.0,1,2,8,9	A50 à A60, A63, A64	x	
Hépatite virale	070	B15 à B19	x	
VIH/sida	042.0 à 044.9	B20 à B24	x	
Tumeurs				
Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	140 à 149	C00 à C14	x	
Cancer de l'œsophage	150	C15	x	
Cancer de l'estomac	151	C16	x	
Cancer colorectal	153, 154	C18 à C21		x
Cancer du foie	155	C22	x	
Cancer du poumon	162	C33, C34	x	

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Tumeurs (suite)				
Cancer de la peau (mélanome)	172	C43	x	
Cancer de la peau (non-mélanome)	173	C44	x	
Tumeur maligne du sein	174	C50		x (femmes seulement)
Cancer du col de l'utérus	180	C53		x
Cancer de l'utérus	179, 182	C54, C55		x
Cancer des testicules	186	C62		x
Cancer de la vessie	188	C67		x
Cancer de la thyroïde	193	C73		x
Maladie de Hodgkin	201	C81		x
Leucémie	204.0,1; 205.1	C91.0, C91.1, C92.1		x (plus de 45 ans)
Tumeurs bénignes	210 à 229	D10 à D36		x
Maladies de l'appareil circulatoire				
Cardiopathie rhumatismale	391 à 398	I01, I02, I05 à I09	x	
Maladies hypertensives	401 402 à 405	I10 I11 à I13, I15		x
Maladies cérébrovasculaires	430 à 432 433, 434 436 à 438	I60 à I62 I63 à I64, I67, I69	x (50 %)	x (50 %)
Cardiopathie ischémique	410 à 414 423.0,9; 429.5,6,8	I20 à I25	x (50 %)	x (50 %)
Autre athérosclérose	440, 443.9	I70, I73.9	x (50 %)	x (50 %)
Anévrisme aortique	441	I71	x	
Thrombo-embolie veineuse	415 451 453.9	I26 I80 I82.9	x	
Maladies de l'appareil respiratoire				
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	490 à 492, 496	J40 à J44	x	
Asthme et bronchectasie	493, 494	J45, J47		x
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	466.0	J20, J22		x
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	034.0, 460 à 465 470 à 478	J00 à J06 J30 à J39		x

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Maladies de l'appareil respiratoire (suite)				
Maladies du poumon dues à des agents externes	117.3, 495 500 à 508 511.0, 518.3	C45, J60 à J64 J66 à J70, J82, J92	x	
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	518.5	J80		x
Œdème pulmonaire	518.4	J81		x
Abcès du poumon et du médiastin; pyothorax	513, 510	J85, J86		x
Autres affections pleurales	511.9, 512	J90, J93, J94		x
Autres troubles respiratoires	518.0,1,2,8 519.1,3,4,8,9	J98		x
Maladies de l'appareil digestif				
Ulcère digestif	531 à 534	K25 à K28		x
Maladies de l'appendice; hernie; maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	540 à 543 550 à 553 574 à 576 577	K35 à K38 K40 à K46 K80 à K83 K85.0,1,3,8,9 K86.1,2,3,8,9		x
Maladie chronique du foie (à l'exception des maladies liées à la consommation d'alcool)	571.4,5,9	K73, K74.0,1,2,6	x	
Maladies de l'appareil génito-urinaire				
Néphrite et néphrose	580 à 583	N00 à N07		x
Insuffisance rénale	584 à 586	N17 à N19		x
Uropathie obstructive, lithiase urinaire et hyperplasie de la prostate	590.8, 591, 592 593.3,5,7; 594 598, 599.6, 600	N13, N20, N21, N23 N35, N40		x
Affections inflammatoires de l'appareil génito-urinaire	099.4, 614, 615 616.0,2,3,4,5	N34.1, N70 à N73 N75.0, N75.1, N76.4 N76.6		x
Affections dues à une tubulopathie	588	N25		x
Infantiles et maternelles				
Complications dont l'origine se situe dans la période périnatale	771.3	A33		x
	363.4 760 à 779 (à l'exception de 779.4)	H31.1 P00 à P96	x	
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	740 à 759	Q00 à Q99		x

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Infantiles et maternelles (suite)				
Grossesse, accouchement et puerpéralité	630 à 676	O00 à O99		x
Blessures non intentionnelles				
Accidents de transport	E800 à E848	V01 à V99	x	
Chutes	E880 à E886, E888	W00 à W19	x	
Autres causes externes de blessure accidentelle	E887, E900 à E909, E911 à E928	W20 à W64 W75 à W99 X10 à X39, X50 à X59	x	
Noyade	E910	W65 à W74	x	
Feu et flammes	E890 à E899	X00 à X09	x	
Intoxication accidentelle	E850 à E858 E860 à E869	X40 à X49	x	
Blessures d'intention non déterminée				
Blessures d'intention non déterminée	E980 à E989	Y10 à Y34	x	
Blessures intentionnelles				
Suicide et blessures auto-infligées	E950 à E959	X60 à X84, Y87.0	x	
Agressions	E960 à E969	X85 à X99 Y00 à Y09, Y87.1	x	
Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues				
Maladies liées à la consommation d'alcool, à l'exception des causes externes	291, 303, 305.0 357.5, 425.5 535.3 571.0,1,2,3	F10, G31.2 G62.1, I42.6 K29.2 K70, K85.2, K86.0	x	
Troubles liés à la consommation de drogues	292, 304 305 (à l'exception de 305.0,1)	F11 à F16, F18, F19	x	
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques				
Anémie due à une déficience nutritionnelle	280, 281	D50 à D53	x	
Affections de la thyroïde	240.0,9 241.0,1,9 242 à 246	E00 à E07		x
Diabète sucré	250	E10 à E14	x (50 %)	x (50 %)
Maladies de la glande surrénale	255	E24, E25, E27		x
Anomalies congénitales métaboliques	271.0,1	E74.0, E74.2		x

Causes de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10	Cause pouvant être prévenue (réduction de l'incidence)	Cause traitable (réduction de la létalité)
Affections du système nerveux				
Épilepsie	345	G40, G41		x
Maladies du système ostéo-articulaire				
Ostéomyélite	730.0,1,2,3	M86		x
Effets indésirables de soins médicaux et chirurgicaux				
Drogues, médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique	E930 à E949	Y40 à Y59	x	
Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux	E870 à E876	Y60 à Y66, Y69	x	
Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique	Aucun code correspondant	Y70 à Y82	x	
Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient	E878, E879	Y83, Y84	x	

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2011*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
2. J. G. Gay et coll., *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues*, Paris (France), Éditions OCDE, 2011.
3. Organisation mondiale de la Santé, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Genève (Suisse), OMS, 2003.
4. M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 1974.
5. Santé Canada, *Taking Action on Population Health*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1998.
6. U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2020 Framework*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
7. Organisation mondiale de la Santé, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Genève (Suisse), OMS, 2000.
8. E. Nolte et C. Martin McKee, *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, Londres (Royaume-Uni), Nuffield Trust, 2004.
9. M. Tobias et L. C. Yeh, « How Much Does Health Care Contribute to Health Gain and to Health Inequality? Trends in Amenable Mortality in New Zealand 1981–2004 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 33, n° 1 (2009), p. 70-78.
10. A. Page et coll., *Australian and New Zealand Atlas of Avoidable Mortality*, Adélaïde (Australie), PHIDU, Université d'Adélaïde, 2006.
11. Ministry of Health, *Saving Lives: Amenable Mortality in New Zealand, 1996–2006*, Wellington (Nouvelle-Zélande), Ministry of Health, 2010.
12. D. D. Rutstein et coll., « Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method », *The New England Journal of Medicine*, vol. 294, n° 11 (1976), p. 582-588.
13. M. Tobias et G. Jackson, « Avoidable Mortality in New Zealand, 1981–97 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 25, n° 1 (2001), p. 12-20.

14. J. Last, R. Spasoff et S. Harris, *A Dictionary of Epidemiology, 4th Edition*, New York (N.Y.), Oxford University Press, 2000.
15. M. Tobias, *Amenable Mortality: Concept and Application*, Wellington (Nouvelle-Zélande), Ministry of Health, 2009. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://www.safetyandquality.gov.au/>>.
16. N. Carter, R. Klein et P. Day, *How Organizations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*, Londres (Royaume-Uni), Routledge, 1995.
17. E. Nolte et C. M. McKee, « Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis », *Health Affairs*, vol. 27, n° 1 (2008), p. 58-71.
18. S. C. Schoenbaum et coll., « Mortality Amenable to Health Care in the United States: The Roles of Demographics and Health Systems Performance », *Journal of Public Health Policy*, vol. 32, n° 4 (2011), p. 407-429.
19. L. Wheller et coll., « Trends in Avoidable Mortality in England and Wales, 1993–2005 », *Health Statistics Quarterly*, vol. 34 (2007), p. 6-25.
20. J. P. Mackenbach, M. H. Bouvier-Colle et E. Jouglu, « 'Avoidable' Mortality and Health Services: A Review of Aggregate Data Studies », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 44 (1990), p. 106-111.
21. L. R. Peace, « A Time Correlation Between Cigarette Smoking and Lung Cancer », *The Statistician*, vol. 34, n° 4 (1985), p. 371-381.
22. D. G. Manuel et Y. Mao, « Avoidable Mortality in the United States and Canada, 1980–1996 », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 9 (2002), p. 1481-1484.
23. EC Working Group on Health Services and Avoidable Deaths, *European Community Atlas of "Avoidable Death"*, New York (N.Y.), Oxford University Press, 1991.
24. Australian Government, *National Healthcare Agreement: PI 20—Potentially Avoidable Deaths, 2011*, Canberra (Australie), Australian Government, 2011. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/421653>>.
25. Department of Health, *The NHS Outcomes Framework 2011/12*, Londres (Royaume-Uni), Department of Health, 2010.
26. Department of Health, *Healthy Lives, Healthy People: Improving Outcomes and Supporting Transparency*, Londres (Royaume-Uni), Department of Health, 2012.
27. H. F. Treurniet, H. C. Boshuizen et P. P. M. Harteloh, « Avoidable Mortality in Europe (1980–1997): A Comparison of Trends », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, n° 4 (2004), p. 290-295.

28. E. Nolte et M. McKee, « Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations », *Health Policy*, vol. 103, n° 1 (2011), p. 47-52.
29. P. D. James, D. G. Manuel et Y. Mao, « Avoidable Mortality Across Canada From 1975 to 1999 », *BMC Public Health*, vol. 6, n° 1 (2006), p. 137.
30. J. R. H. Charlton et coll., « Geographical Variation in Mortality From Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales », *The Lancet*, vol. 321, n° 8326 (1983), p. 691-696.
31. R. Pampalon, « Avoidable Mortality in Quebec and Its Regions », *Social Science & Medicine*, vol. 37, n° 6 (1993), p. 823-831.
32. L. S. Piers et coll., « Avoidable Mortality in Victoria Between 1979 and 2001 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 31, n° 1 (2007), p. 5-12.
33. P. D. James et coll., « Avoidable Mortality by Neighbourhood Income in Canada: 25 Years After the Establishment of Universal Health Insurance », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, n° 4 (2007), p. 287-296.
34. Office for National Statistics, Royaume-Uni, *Definitions of Avoidable Mortality*, dernière modification en 2011. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://www.ons.gov.uk>>.
35. Statistique Canada, Mortality, *Summary List of Causes 2008*, Ottawa (Ont.), ministre de l'Industrie, 2011. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/>>.
36. T. Rodriguez et coll., « Trends in Mortality From Coronary Heart and Cerebrovascular Diseases in the Americas: 1970–2000 », *Heart*, vol. 92, n° 4 (2006), p. 453-460.
37. H. C. Wijeyesundera et coll., « Association of Temporal Trends in Risk Factors and Treatment Uptake With Coronary Heart Disease Mortality, 1994–2005 », *JAMA*, vol. 303, n° 18 (2010), p. 1841-1847.
38. H. R. Black, « Cardiovascular Risk Factors », *Yale University School of Medicine Heart Book*, New York (N.Y.), Hearst Books, 1992.
39. S. Yusuf et coll., « Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction in 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-Control Study », *The Lancet*, vol. 364, n° 9438 (2004), p. 937-952.
40. Agence de la santé publique du Canada, *Tracking Heart Disease and Stroke in Canada*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2009.
41. Prospective Studies Collaboration, « Blood Cholesterol and Vascular Mortality by Age, Sex, and Blood Pressure: A Meta-Analysis of Individual Data From 61 Prospective Studies With 55 000 Vascular Deaths », *The Lancet*, vol. 370, n° 9602 (2007), p. 1829-1839.

42. J. L. Reid et D. Hammomd, *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2011 Edition*, Waterloo (Ont.), Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo, 2011. Consulté le 8 mars 2012. Internet : [<http://www.tobaccoreport.ca/>](http://www.tobaccoreport.ca/).
43. Santé Canada et Fondation des maladies du cœur du Canada, *Transforming the Food Supply. Report of the Trans Fat Task Force*, Ottawa (Ont.), ministre de la Santé, 2006.
44. Santé Canada, *Sodium Reduction Strategy for Canada. Recommendations of the Sodium Working Group*, Ottawa (Ont.), ministre de la Santé, 2010.
45. Ministère de l'Éducation de l'Ontario, *Healthy Food for Healthy Schools Act*, Toronto (Ont.), le ministère, 2008.
46. S. Capewell et M. Flaherty, « What Explains Declining Coronary Mortality? Lessons and Warnings », *Heart*, vol. 94, n° 9 (2008), p. 1105-1108.
47. Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne de cardiologie et Association canadienne des médecins d'urgence pour la Coalition des soins cardiaques d'urgence, « Recommendations for Ensuring Early Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction », *CMAJ*, vol. 154, n° 4 (1996), p. 483-487.
48. 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.
49. 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.
50. Organisation mondiale de la Santé, *Global Health Risks*, Genève (Suisse), OMS, 2009.
51. Société canadienne du cancer et Statistique Canada, *Canadian Cancer Statistics 2011*, Toronto (Ont.), SCC, 2011.
52. D. L. Longo et coll. (dir.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, McGraw-Hill Companies, Inc., 2011.
53. Partenariat canadien contre le cancer, *Lung Cancer in Canada: A Supplemental System Performance Report (2011)*. Consulté le 8 mars 2012. Internet : [<http://www.partnershipagaincancer.ca/>](http://www.partnershipagaincancer.ca/).
54. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, Atlanta (Georgia), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

55. Santé Canada, *The National Strategy: Moving Forward. The 2003 Progress Report on Tobacco Control*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2003. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/>>.
56. M. Shields, « Smoking Bans: Influence on Smoking Prevalence », *Health Reports*, vol. 18, n° 3 (2007), p. 9-24.
57. Y. Bao, N. Duan et S. A. Fox, « Is Some Provider Advice on Smoking Cessation Better Than No Advice? An Instrumental Variable Analysis of the 2001 National Health Interview Survey », *Health Services Research*, vol. 41, n° 6 (2006), p. 2114-2135.
58. L. F. Stead, G. Bergson et T. Lancaster, « Physician Advice for Smoking Cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2 (2008). Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub3/otherversions>>.
59. D. M. Parkin, L. Boyd et L. C. Walker, « The Fraction of Cancer Attributable to Lifestyle and Environmental Factors in the U.K. in 2010 », *British Journal of Cancer*, vol. 105 (2011), p. S77-S81.
60. A. M. Ugnat et coll., « Survival of Women With Breast Cancer in Ottawa, Canada: Variation With Age, Stage, Histology, Grade and Treatment », *British Journal of Cancer*, vol. 90, n° 6 (2004), p. 1138-1143.
61. D. A. Berry et coll., « Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality From Breast Cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 17 (2005), p. 1784-1792.
62. L. A. G. Ries et coll., *SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: U.S. SEER Program, 1988–2001, Patient and Tumor Characteristics*, Bethesda (Maryland), National Cancer Institute, SEER Program, 2007.
63. Agence de la santé publique du Canada, *Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2011.
64. Statistique Canada, *CANSIM Table 105-0543—Mammogram Obtained Within the Last 2 Years, by Age Group, Females Aged 50 60 69 Years, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (2007 Boundaries) and Peer Groups, Occasional (Number Unless Otherwise Noted)*, dernière modification le 24 juin 2009. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/>>.
65. R. Mayhew, H. B. Simpson et D. Singhal, *Best Practices for Graduated Driver Licensing in Canada*, Ottawa (Ont.), Traffic Injury Research Foundation, 2005.
66. H. K. Koh et coll., « Translating Research Evidence Into Practice to Reduce Health Disparities: A Social Determinants Approach », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° S1 (2010), p. S72-S80.

67. 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*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2008.
68. R. C. Gallo, « A Reflection on HIV/AIDS Research After 25 Years », *Retrovirology*, vol. 3, n° 72 (2006), p. 1-7.
69. Agence de la santé publique du Canada, *HIV/AIDS Background*, dernière modification en 2006. Consulté le 8 mars 2012. Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php>.
70. M. G. Sarngadharan et coll., « Antibodies Reactive With Human T-Lymphotropic Retroviruses (HTLV-III) in the Serum of Patients With AIDS », *Science*, vol. 224, n° 4648 (1984), p. 506-508.
71. Agence de la santé publique du Canada, *HIV and AIDS in Canada. Surveillance Report to December 31st, 2009*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2010.
72. Santé Canada, *HIV/AIDS in Canada (Surveillance Report to June 30, 1999)*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1999.
73. T. Albert et G. Williams, *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada: Summary of the Findings and Policy Implications*, Ottawa (Ont.), Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 1997.
74. J. E. Jones et S. Sargeant, *Literature Review: The Impact of Community-Based HIV Prevention Interventions in Canada, Commonwealth Nations and the US*, Bureau régional de la Colombie-Britannique et du Yukon, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
75. S. M. Hammer et coll., « A Trial Comparing Nucleoside Monotherapy With Combination Therapy in HIV-Infected Adults With CD4 Cell Counts From 200 to 500 Per Cubic Millimeter. AIDS Clinical Trials Group Study 175 Study Team », *New England Journal of Medicine*, vol. 335, n° 15 (1996), p. 1081-1090.
76. N. J. Ives, B. G. Gazzard et P. J. Easterbrook, « The Changing Pattern of AIDS-Defining Illnesses With the Introduction of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in a London Clinic », *Journal of Infection*, vol. 42 (2001), p. 134-139.
77. L. A. Kingsley et coll., « Temporal Trends in Human Immunodeficiency Virus Type 1 Seroconversion 1984–1989. A Report From the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, n° 4 (1991), p. 331-339.



**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 la performance 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 provinces et les territoires peuvent évaluer les progrès réalisés et cibler 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 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 régie 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 son lien avec les hôpitaux de la région varient 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 relatives aux régions plus petites ainsi que celles concernant 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 108.

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) 2010	Population 65 ans et plus (%) 2010	Rapport de dépendance 2010
Terre-Neuve-et-Labrador		T.-N.-L.	511	15,4	56,3
1011	Eastern Regional Integrated Health Authority	Est	303	14,2	53,6
1012	Central Regional Integrated Health Authority	Centre	93	18,3	61,8
1013	Western Regional Integrated Health Authority	Ouest	77	17,7	61,4
Île-du-Prince-Édouard		Î.-P.-É.	144	15,6	64,0
Nouvelle-Écosse		N.-É.	946	16,2	59,3
1211	South Shore District Health Authority	South Shore	58	20,9	63,4
1212	South West Nova District Health Authority	South West Nova	59	18,9	65,8
1223	Annapolis Valley District Health Authority	Annapolis Valley	83	18,3	68,0
1234	Colchester East Hants Health Authority	Colchester East Hants	74	16,3	64,2
1258	Cape Breton District Health Authority	Cape Breton	123	19,0	68,1
1269	Capital District Health Authority	Capital	423	12,8	51,3
Nouveau-Brunswick		N.-B.	754	15,9	59,3
1301	Zone 1	Zone 1 (région de Moncton)	204	15,7	56,5
1302	Zone 2	Zone 2 (région de Saint John)	176	15,3	62,2
1303	Zone 3	Zone 3 (région de Fredericton)	174	14,4	58,9
1306	Zone 6	Zone 6 (région de Bathurst)	78	18,0	57,3
Québec		Qc	7 929	15,4	59,4
2401	ASSS du Bas-Saint-Laurent	Bas-Saint-Laurent	201	18,7	63,1
2402	ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	Saguenay–Lac-Saint-Jean	273	17,0	61,4
2403	ASSS de la Capitale-Nationale	Capitale-Nationale	694	16,9	56,6
2404	ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	Mauricie et Centre-du-Québec	495	18,3	64,0
2405	ASSS de l'Estrie	Estrie	310	16,6	63,1
2406	ASSS de Montréal	Montréal	1 934	15,0	54,7
2407	ASSS de l'Outaouais	Outaouais	364	12,4	55,5
2408	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Abitibi-Témiscamingue	146	14,5	62,0
2409	ASSS de la Côte-Nord	Côte-Nord	96	13,8	60,3
2411	ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	94	19,5	60,8
2412	ASSS de Chaudière-Appalaches	Chaudière-Appalaches	405	16,0	62,1
2413	ASSS de Laval	Laval	399	15,4	64,4
2414	ASSS de Lanaudière	Lanaudière	464	13,9	60,6
2415	ASSS des Laurentides	Laurentides	549	14,1	60,7
2416	ASSS de la Montérégie	Montérégie	1 441	14,6	61,6
Ontario		Ont.	13 286	14,0	59,3
3501	RLISS d'Érié St. Clair	Érié St. Clair	643	15,5	65,3
3502	RLISS du Sud-Ouest	Sud-Ouest	952	15,5	64,2
3503	RLISS de Waterloo Wellington	Waterloo Wellington	747	12,5	58,9
3504	RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1 404	15,7	63,9
3505	RLISS du Centre-Ouest	Centre-Ouest	842	10,7	57,0
3506	RLISS de Mississauga Halton	Mississauga Halton	1 157	11,0	58,4
3507	RLISS de Centre-Toronto	Centre-Toronto	1 185	13,7	52,6
3508	RLISS du Centre	Centre	1 733	12,3	55,9
3509	RLISS du Centre-Est	Centre-Est	1 553	14,1	58,3
3510	RLISS du Sud-Est	Sud-Est	489	17,5	63,9
3511	RLISS de Champlain	Champlain	1 245	13,7	57,1
3512	RLISS de Simcoe-Nord Muskoka	Simcoe-Nord Muskoka	455	15,6	64,0
3513	RLISS du Nord-Est	Nord-Est	565	17,4	63,3
3514	RLISS du Nord-Ouest	Nord-Ouest	240	14,8	64,8
Manitoba		Man.	1 239	13,9	66,3
4610	Office régional de la santé de Winnipeg	Winnipeg	698	13,9	58,9
4615	Office régional de la santé de Brandon	Brandon	51	14,8	63,2
4625	Santé Sud-Est	Sud-Est	68	10,7	75,6
4630	Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs	Entre-les-Lacs	83	15,7	71,7
4640	Office régional de la santé du Centre du Manitoba inc.	Centre	109	13,3	79,9
4645	Office régional de la santé Assiniboine	Assiniboine	70	18,8	79,8

Code de carte	Région sanitaire	Nom de légende	Population (en milliers)	Population 65 ans et plus (%)	Rapport de dépendance
			2010	2010	2010
Saskatchewan		Sask.	1 048	14,6	68,6
4701	Sun Country Health Region	Sun Country	54	16,9	73,9
4702	Five Hills Health Region	Five Hills	53	18,9	74,6
4704	Regina Qu'Appelle Health Region	Regina	260	13,7	61,7
4705	Sunrise Health Region	Sunrise	54	21,9	83,0
4706	Saskatoon Health Region	Saskatoon	315	12,8	60,8
4709	Prince Albert Parkland RHA	Prince Albert	78	15,5	80,2
4710	Prairie North Health Region	Prairie North	71	12,9	77,3
Alberta		Alb.	3 735	10,7	54,9
4831	South Zone	South Zone	282	13,6	66,5
4832	Calgary Zone	Calgary Zone	1 388	9,6	50,5
4833	Central Zone	Central Zone	452	12,4	62,3
4834	Edmonton Zone	Edmonton Zone	1 174	11,1	53,0
4835	North Zone	North Zone	426	9,0	60,4
Colombie-Britannique		C.-B.	4 550	15,0	57,2
5911	East Kootenay HSDA	East Kootenay	80	16,1	60,8
5912	Kootenay Boundary HSDA	Kootenay Boundary	80	18,3	62,9
5913	Okanagan HSDA	Okanagan	351	20,2	67,5
5914	Thompson Cariboo Shuswap HSDA	Thompson/Cariboo/Shuswap	223	17,0	62,4
5921	Fraser East HSDA	Fraser East	285	14,4	65,2
5922	Fraser North HSDA	Fraser North	610	11,7	50,2
5923	Fraser South HSDA	Fraser South	714	15,6	66,5
5931	Richmond HSDA	Richmond	197	12,7	51,6
5932	Vancouver HSDA	Vancouver	659	12,0	41,6
5933	North Shore/Coast Garibaldi HSDA	North Shore	285	15,4	58,2
5941	South Vancouver Island HSDA	South Vancouver Island	372	17,2	55,4
5942	Central Vancouver Island HSDA	Central Vancouver Island	265	20,0	66,7
5943	North Vancouver Island HSDA	North Vancouver Island	121	17,1	63,3
5951	Northwest HSDA	Northwest	76	11,7	62,8
5952	Northern Interior HSDA	Northern Interior	144	11,9	58,0
5953	Northeast HSDA	Northeast	69	8,7	58,8
Yukon		Yn	35	8,5	47,6
Territoires du Nord-Ouest		T.N.-O.	44	5,5	55,4
Nunavut		Nun.	33	3,1	79,8
Canada		Canada	34 254	14,2	59,0

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 estimations démographiques pour les régions sanitaires de la Colombie-Britannique ont été fournies par BC Stats. Les estimations démographiques pour les régions sanitaires du Québec ont été dérivées des estimations démographiques de la division du recensement fournies par l'Institut de la statistique du Québec.

Rapport de dépendance

Rapport entre la population combinée d'enfants âgée entre 0 à 19 ans et de personnes âgées de 65 ans ou plus et la population âgée entre 20 à 64 ans. Ce rapport est présenté comme le nombre de personnes à charge pour chaque tranche de 100 personnes en âge de travailler. Les personnes de 65 ans ou plus et celles de moins de 20 ans sont plus susceptibles que les autres d'être dépendantes socialement et(ou) économiquement des personnes en âge de travailler, et peuvent aussi causer certaines demandes supplémentaires de services de santé.

Source : Division de la démographie, Statistique Canada.

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité prématurée 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP [†] normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*307	(298-315)	*5 317	(5 067-5 567)
1011	Est	*309	(298-320)	*5 183	(4 865-5 501)
1012	Centre	*281	(263-298)	4 811	(4 254-5 368)
1013	Ouest	*310	(290-331)	*5 497	(4 835-6 160)
Île-du-Prince-Édouard		*279	(264-294)	4 612	(4 208-5 017)
Nouvelle-Écosse		*289	(283-294)	*4 772	(4 610-4 933)
1211	South Shore	265	(243-286)	4 825	(4 086-5 563)
1212	South West Nova	*287	(265-310)	4 619	(3 990-5 248)
1223	Annapolis Valley	271	(252-290)	4 744	(4 170-5 319)
1234	Colchester East Hants	*292	(271-314)	4 922	(4 336-5 508)
1258	Cape Breton	*366	(348-384)	*6 532	(5 972-7 092)
1269	Capital	*270	(261-280)	*4 182	(3 969-4 395)
Nouveau-Brunswick		*279	(273-286)	*4 850	(4 661-5 040)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	254	(241-266)	4 617	(4 254-4 979)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*302	(288-316)	4 897	(4 522-5 272)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*294	(279-308)	*4 925	(4 535-5 315)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*227	(209-245)	*3 978	(3 434-4 522)
Québec		257	(255-259)	*4 382	(4 327-4 436)
2401	Bas-Saint-Laurent	252	(240-264)	4 773	(4 385-5 161)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	268	(257-278)	4 855	(4 533-5 178)
2403	Capitale-Nationale	*245	(239-251)	*4 101	(3 919-4 283)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*280	(272-288)	*5 184	(4 930-5 439)
2405	Estrie	*244	(234-254)	4 428	(4 143-4 713)
2406	Montréal	*253	(249-257)	*4 162	(4 059-4 264)
2407	Outaouais	*294	(284-304)	4 455	(4 221-4 689)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*280	(265-295)	4 826	(4 417-5 235)
2409	Côte-Nord	*309	(289-329)	*5 476	(4 911-6 040)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*329	(309-349)	*6 379	(5 687-7 071)
2412	Chaudière-Appalaches	*233	(224-241)	*4 203	(3 960-4 445)
2413	Laval	*222	(214-230)	*3 783	(3 550-4 016)
2414	Lanaudière	*267	(259-276)	4 352	(4 129-4 575)
2415	Laurentides	*268	(260-275)	4 534	(4 323-4 745)
2416	Montérégie	*249	(244-254)	*4 143	(4 020-4 265)
Ontario		*246	(244-247)	*4 182	(4 141-4 224)
3501	Érie St. Clair	*274	(267-281)	4 530	(4 347-4 713)
3502	Sud-Ouest	260	(254-266)	4 474	(4 313-4 635)
3503	Waterloo Wellington	*224	(218-231)	*3 739	(3 578-3 900)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*264	(259-268)	4 421	(4 293-4 549)
3505	Centre-Ouest	*201	(195-207)	*3 683	(3 524-3 843)
3506	Mississauga Halton	*186	(181-191)	*3 057	(2 940-3 174)
3507	Centre-Toronto	*223	(219-228)	*3 819	(3 692-3 946)
3508	Centre	*176	(172-180)	*3 017	(2 916-3 117)
3509	Centre-Est	*225	(221-230)	*3 908	(3 788-4 028)
3510	Sud-Est	*283	(275-291)	*4 925	(4 681-5 170)
3511	Champlain	*232	(228-237)	*3 822	(3 693-3 950)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	263	(254-271)	4 451	(4 217-4 685)
3513	Nord-Est	*309	(302-317)	*5 445	(5 206-5 683)
3514	Nord-Ouest	*330	(317-343)	*6 829	(6 415-7 244)
Manitoba		*310	(304-316)	*5 799	(5 637-5 961)
4610	Winnipeg	*293	(286-301)	*5 232	(5 029-5 434)
4615	Brandon	*299	(271-327)	4 795	(4 131-5 460)
4625	Sud-Est	*231	(208-254)	*3 640	(3 124-4 156)
4630	Entre-les-Lacs	*333	(311-355)	*5 966	(5 283-6 650)
4640	Centre	*283	(264-302)	*5 475	(4 943-6 007)
4645	Assiniboine	*305	(282-328)	*5 903	(5 172-6 635)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité prématurée 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP† normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*305	(299-312)	*5 931	(5 750-6 113)
4701	Sun Country	274	(249-299)	4 998	(4 276-5 720)
4702	Five Hills	283	(257-309)	5 139	(4 403-5 876)
4704	Regina	*291	(278-303)	*5 480	(5 129-5 830)
4705	Sunrise	*308	(282-333)	*5 632	(4 830-6 434)
4706	Saskatoon	*279	(268-291)	*5 055	(4 759-5 351)
4709	Prince Albert	*342	(318-366)	*7 266	(6 507-8 025)
4710	Prairie North	*365	(338-392)	*7 724	(6 936-8 512)
Alberta		*268	(265-271)	*4 990	(4 906-5 074)
4831	South Zone	*280	(268-291)	*5 470	(5 147-5 793)
4832	Calgary Zone	*221	(216-226)	*3 903	(3 782-4 025)
4833	Central Zone	*298	(288-307)	*5 624	(5 366-5 883)
4834	Edmonton Zone	258	(252-264)	*4 685	(4 539-4 830)
4835	North Zone	*318	(307-328)	*6 103	(5 835-6 372)
Colombie-Britannique		*244	(242-247)	*4 411	(4 337-4 485)
5911	East Kootenay	*303	(281-324)	*5 863	(5 173-6 553)
5912	Kootenay Boundary	*296	(275-317)	*5 410	(4 763-6 057)
5913	Okanagan	253	(244-262)	4 731	(4 438-5 024)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*303	(290-316)	*5 936	(5 526-6 346)
5921	Fraser East	*278	(267-290)	*5 001	(4 698-5 303)
5922	Fraser North	*216	(209-223)	*3 531	(3 360-3 702)
5923	Fraser South	*229	(222-236)	*4 092	(3 915-4 269)
5931	Richmond	*155	(145-165)	*2 707	(2 411-3 003)
5932	Vancouver	*218	(211-224)	*3 985	(3 801-4 170)
5933	North Shore	*209	(200-219)	*3 736	(3 443-4 028)
5941	South Vancouver Island	*228	(220-237)	*4 208	(3 947-4 469)
5942	Central Vancouver Island	*278	(267-289)	*5 568	(5 179-5 957)
5943	North Vancouver Island	*279	(262-295)	*5 128	(4 617-5 638)
5951	Northwest	*344	(319-369)	*6 283	(5 612-6 954)
5952	Northern Interior	*335	(318-352)	*5 801	(5 352-6 251)
5953	Northeast	*343	(315-370)	*6 487	(5 785-7 188)
Yukon		*367	(326-409)	*6 745	(5 687-7 802)
Territoires du Nord-Ouest		*403	(358-448)	*7 523	(6 595-8 450)
Nunavut		*603	(526-680)	*12 371	(10 974-13 769)
Canada		259	(258-259)	4 533	(4 506-4 560)

† Années potentielles de vie perdues.

Mortalité prématurée

Un décès est prématuré s'il survient chez des personnes de moins de 75 ans. Exprimé en taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000 habitants. Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. La mortalité prématurée est un indicateur global de la santé de la population qui rend compte des décès à un âge jeune. Cet indicateur peut servir à orienter les mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies.

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

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

	Espérance de vie à la naissance (année) 2006 à 2008			Mortalité périnatale 2008	Mortalité infantile 2008
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Taux par 1 000 naissances (total)	Taux par 1 000 naissances (vivantes)
T.-N.-L.	76,2	80,9	78,5	6,9	5,1
Î.-P.-É.	77,5	82,9	80,2	3,4	2,0
N.-É.	77,4	82,3	79,9	5,6	3,5
N.-B.	77,6	82,7	80,2	4,3	3,2
Qc	78,6	83,3	81,0	5,3	4,3
Ont.	79,0	83,4	81,3	6,5	5,3
Man.	76,9	82,0	79,5	9,0	6,5
Sask.	76,9	82,1	79,5	6,8	6,2
Alb.	78,3	83,0	80,6	7,0	6,2
C.-B.	79,2	83,6	81,4	4,8	3,7
Yn				8,0	5,4
T.N.-O.	72,5	78,5	75,2	13,8	9,7
Nun.				8,7	16,1
Canada	78,5	83,1	80,9	6,2	5,1

	Incidence de cancer, 2009					
	Tous les cancers		Bronches et poumon		Côlon (excluant le rectum)	
	Taux	IC de 95 %	Taux	IC de 95 %	Taux	IC de 95 %
T.-N.-L.	570,7	(549,9-591,5)	76,4	(68,8-84,0)	57,9	(51,2-64,5)
Î.-P.-É.	570,5	(531,1-609,9)	96,4	(80,2-112,6)	49,6	(38,0-61,2)
N.-É.	570,9	(555,6-586,1)	87,5	(81,5-93,5)	49,8	(45,3-54,3)
N.-B.	586,4	(569,1-603,7)	91,4	(84,6-98,3)	46,6	(41,7-51,5)
Qc	..	.. ..	..	.. ..	..	.. ..
Ont.	496,6	(492,7-500,4)	60,3	(58,9-61,6)	40,9	(39,8-42,0)
Man.	493,7	(481,2-506,2)	69,0	(64,3-73,6)	44,9	(41,1-48,6)
Sask.	495,7	(482,1-509,3)	64,3	(59,4-69,2)	41,9	(37,9-45,8)
Alb.	399,8	(393,3-406,2)	49,6	(47,3-51,8)	29,6	(27,9-31,4)
C.-B.	484,1	(477,7-490,6)	62,2	(59,9-64,5)	37,7	(35,9-39,5)
Yn	383,3	(317,2-449,5)	71,3	(45,7-106,1)	23,8	(10,3-46,8)
T.N.-O.	293,1	(242,3-343,9)	32,1	(17,5-53,8)	29,8	(15,8-50,9)
Nun.	167,7	(123,0-212,5)	49,7	(28,4-80,7)	18,6	(6,8-40,6)
Canada	..	.. ..	..	.. ..	..	.. ..

	Sein		Col de l'utérus		Prostate	
	Taux	IC de 95 %	Taux	IC de 95 %	Taux	IC de 95 %
T.-N.-L.	*	**	5,9	(4,0-8,4)	97,8	(89,2-106,4)
Î.-P.-É.	*	**	4,3	(1,6-9,3)	101,3	(84,7-118,0)
N.-É.	*	**	4,0	(2,9-5,6)	76,5	(70,9-82,0)
N.-B.	*	**	3,1	(1,9-4,6)	94,6	(87,7-101,6)
Qc	..	.. ..	..	.. ..	..	.. ..
Ont.	69,5	(68,1-70,9)	4,7	(4,4-5,1)	68,7	(67,3-70,1)
Man.	*	**	4,2	(3,0-5,3)	58,9	(54,6-63,2)
Sask.	*	**	4,0	(2,9-5,4)	70,3	(65,1-75,4)
Alb.	54,0	(51,7-56,4)	4,4	(3,8-5,1)	59,3	(56,8-61,7)
C.-B.	65,3	(62,9-67,7)	3,9	(3,3-4,4)	71,2	(68,7-73,7)
Yn	*	**	*	**	59,4	(36,3-91,8)
T.N.-O.	*	**	*	**	*	**
Nun.	*	**	*	**	*	**
Canada	..	.. ..	..	.. ..	..	.. ..

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait vivre une personne; elle est calculée selon les statistiques de mortalité pour une période d'observation donnée. Indicateur très répandu de l'état de santé d'une population, l'espérance de vie est une mesure quantitative et non qualitative.

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

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

Mortalité périnatale

Il s'agit du taux de mortinaissances et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances totales (y compris les mortinaissances). Une mortinaissance désigne tout décès d'un fœtus survenu après 28 semaines de gestation ou plus. Cet indicateur reflète les normes de soins obstétricaux et pédiatriques ainsi que l'efficacité des initiatives de santé publique.

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

Mortalité infantile

Décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Mesure, établie de longue date, non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Cet indicateur reflète le niveau de mortalité, l'état de santé et les soins de santé d'une population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.

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

Incidence de cancer

Taux de nouveaux sièges primaires de cancer (tumeurs malignes), pour 100 000 habitants, pour tous les types de cancer et certains sites précis.

Sources : Statistique de l'état civil, Base de données sur le cancer, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations de la population), Statistique Canada.

Autoévaluation des affections

	Indice de masse corporelle chez les jeunes (12 à 17 ans) (25 ou plus) 2010		Indice de masse corporelle chez les adultes (18 ans ou plus) (25 ou plus) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	33,2	(24,2-42,2)	63,2	(59,9-66,5)
Î.-P.-É.	24,0 ▼	(11,5-36,6)	56,6	(52,2-61,1)
N.-É.	23,4 ▼	(15,4-31,5)	61,1	(58,0-64,1)
N.-B.	20,1 ▼	(13,1-27,1)	62,8	(59,9-65,7)
Qc	20,5	(16,1-24,9)	51,8	(50,3-53,3)
Ont.	20,1	(17,2-22,9)	52,6	(51,3-54,0)
Man.	21,7	(14,7-28,7)	60,7	(57,6-63,7)
Sask.	22,9	(16,3-29,4)	58,9	(56,2-61,6)
Alb.	18,6	(13,7-23,5)	51,6	(49,5-53,7)
C.-B.	16,4	(12,1-20,7)	44,4	(42,5-46,3)
Yn	35,0 ▼	(18,4-51,5)	51,8	(47,0-56,7)
T.N.-O.	28,4 ▼	(16,7-40,2)	54,2	(47,9-60,6)
Nun.	*	**	60,1	(49,4-70,7)
Canada	20,0	(18,2-21,9)	52,3	(51,6-53,0)

	Diabète (12 ans ou plus) 2010		Hypertension (12 ans ou plus) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	8,3	(6,9-9,7)	24,2	(21,9-26,4)
Î.-P.-É.	8,5	(6,0-10,9)	18,4	(15,4-21,3)
N.-É.	8,3	(7,0-9,6)	20,5	(18,7-22,2)
N.-B.	8,0	(6,7-9,4)	22,0	(19,9-24,0)
Qc	5,5	(5,0-6,0)	17,1	(16,1-18,2)
Ont.	7,2	(6,6-7,9)	17,6	(16,7-18,4)
Man.	6,1	(4,9-7,3)	16,9	(15,0-18,9)
Sask.	7,2	(5,8-8,5)	18,3	(16,5-20,0)
Alb.	5,4	(4,5-6,3)	15,1	(13,8-16,4)
C.-B.	5,2	(4,5-6,0)	14,9	(13,8-16,1)
Yn	5,5 ▼	(3,0-7,9)	11,3	(7,8-14,8)
T.N.-O.	4,0 ▼	(1,9-6,1)	11,9	(9,1-14,8)
Nun.	*	**	9,0 ▼	(4,8-13,1)
Canada	6,4	(6,1-6,7)	17,1	(16,7-17,6)

	Asthme (12 ans ou plus) 2010		Maladie pulmonaire obstructive chronique (35 ans ou plus) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	8,0	(6,4-9,7)	5,2	(3,6-6,7)
Î.-P.-É.	10,1	(7,4-12,8)	4,3 ▼	(2,8-5,7)
N.-É.	9,4	(7,8-11,0)	5,6	(4,5-6,8)
N.-B.	8,6	(7,1-10,1)	5,6	(4,2-6,9)
Qc	8,6	(7,8-9,4)	4,3	(3,6-4,9)
Ont.	8,3	(7,7-8,9)	4,4	(4,0-4,9)
Man.	9,8	(8,2-11,5)	4,9	(3,5-6,4)
Sask.	8,2	(6,8-9,5)	4,7	(3,2-6,1)
Alb.	9,5	(8,2-10,7)	3,4	(2,7-4,1)
C.-B.	7,5	(6,5-8,4)	3,7	(2,9-4,4)
Yn	10,5	(7,1-13,9)	4,7 ▼	(2,4-7,0)
T.N.-O.	6,8	(4,8-8,8)	*	**
Nun.	*	**	*	**
Canada	8,5	(8,1-8,8)	4,3	(4,0-4,6)

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

 www.icis.ca ou www.statcan.gc.ca

Indice de masse corporelle chez les jeunes

Proportion de la population à domicile âgée de 12 à 17 ans ayant un indice de masse corporelle (IMC) de 25 ou plus. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada, un IMC de 25 ou plus est synonyme de surpoids ou d'obésité et associé à des risques plus 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.

Indice de masse corporelle chez les adultes

Proportion de la population à domicile âgée de 18 ans ou plus ayant un indice de masse corporelle (IMC) de 25 ou plus. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé Canada, un IMC de 25 ou plus est synonyme de surpoids ou d'obésité et associé à des risques plus 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.

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. Cette proportion comprend les femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel.

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.

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.

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Proportion de la population à domicile âgée de 35 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de bronchite chronique, d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'un professionnel de la santé.

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

Code de carte	Région sanitaire	Hospitalisation à la suite d'une blessure 2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		525	(505-544)
1011	Est	*485	(461-510)
1012	Centre	*419	(375-464)
1013	Ouest	*631	(574-689)
Île-du-Prince-Édouard		*603	(564-642)
Nouvelle-Écosse		*492	(478-505)
1211	South Shore	565	(505-624)
1212	South West Nova	507	(453-561)
1223	Annapolis Valley	507	(462-553)
1234	Colchester East Hants	516	(465-567)
1258	Cape Breton	*589	(545-632)
1269	Capital	*425	(406-444)
Nouveau-Brunswick		*583	(566-600)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*457	(429-486)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	497	(465-529)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*640	(604-677)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*592	(535-649)
Québec		514	(509-519)
2401	Bas-Saint-Laurent	*659	(625-694)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*688	(657-718)
2403	Capitale-Nationale	512	(496-528)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*634	(612-656)
2405	Estrie	*630	(603-657)
2406	Montréal	*398	(390-406)
2407	Outaouais	*445	(424-466)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*793	(748-839)
2409	Côte-Nord	*609	(560-658)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*822	(763-881)
2412	Chaudière-Appalaches	*546	(524-568)
2413	Laval	*424	(405-443)
2414	Lanaudière	*467	(447-486)
2415	Laurentides	*567	(547-586)
2416	Montérégie	*528	(516-539)
Ontario		*407	(403-410)
3501	Érié St. Clair	*422	(407-437)
3502	Sud-Ouest	512	(499-526)
3503	Waterloo Wellington	*392	(379-406)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*495	(484-506)
3505	Centre-Ouest	*334	(322-347)
3506	Mississauga Halton	*326	(316-336)
3507	Centre-Toronto	*357	(347-367)
3508	Centre	*306	(298-314)
3509	Centre-Est	*339	(330-347)
3510	Sud-Est	*424	(407-441)
3511	Champlain	*386	(376-397)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*478	(459-497)
3513	Nord-Est	*637	(617-657)
3514	Nord-Ouest	*801	(765-836)
Manitoba		*621	(607-634)
4610	Winnipeg	*457	(442-472)
4615	Brandon	*602	(539-666)
4625	Sud-Est	*618	(558-677)
4630	Entre-les-Lacs	*681	(623-740)
4640	Centre	*726	(676-775)
4645	Assiniboine	*736	(673-799)

Code de carte Région sanitaire		Hospitalisation à la suite d'une blessure 2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*772	(756-788)
4701	Sun Country	*1 061	(975-1 146)
4702	Five Hills	*815	(739-891)
4704	Regina	*772	(739-805)
4705	Sunrise	*1 002	(919-1 085)
4706	Saskatoon	*560	(535-585)
4709	Prince Albert	*721	(661-781)
4710	Prairie North	*868	(799-936)
Alberta		*698	(690-707)
4831	South Zone	*825	(792-858)
4832	Calgary Zone	*557	(544-569)
4833	Central Zone	*875	(848-901)
4834	Edmonton Zone	*627	(613-641)
4835	North Zone	*1 048	(1 016-1 079)
Colombie-Britannique		*554	(547-560)
5911	East Kootenay	*779	(718-839)
5912	Kootenay Boundary	*705	(645-764)
5913	Okanagan	*645	(619-672)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*684	(650-718)
5921	Fraser East	*634	(606-661)
5922	Fraser North	*536	(519-554)
5923	Fraser South	*530	(514-546)
5931	Richmond	*340	(316-365)
5932	Vancouver	*397	(383-412)
5933	North Shore	527	(501-553)
5941	South Vancouver Island	515	(493-538)
5942	Central Vancouver Island	*618	(588-648)
5943	North Vancouver Island	*676	(629-723)
5951	Northwest	*1 096	(1 018-1 175)
5952	Northern Interior	*812	(765-859)
5953	Northeast	*667	(604-730)
Yukon		*1 156	(1 034-1 278)
Territoires du Nord-Ouest		*1 222	(1 104-1 340)
Nunavut		*1 042	(891-1 193)
Canada		514	(512-516)

Hospitalisation à la suite d'une blessure

Taux d'hospitalisation 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, y compris les campagnes de sensibilisation du public, le développement et l'utilisation des produits, l'organisation des collectivités et l'aménagement des voies de circulation, ainsi que 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	Événement d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation 2010-2011		Événement d'accident vasculaire cérébral (AVC) menant à une hospitalisation 2010-2011	
		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		*320	(304-335)	*146	(136-157)
1011	Est	*323	(302-343)	*157	(143-172)
1012	Centre	*364	(326-401)	133	(110-155)
1013	Ouest	*267	(232-302)	133	(109-157)
Île-du-Prince-Édouard		*312	(283-340)	128	(110-146)
Nouvelle-Écosse		*260	(250-270)	122	(115-129)
1211	South Shore	*334	(292-377)	*175	(145-204)
1212	South West Nova	*309	(267-351)	128	(102-154)
1223	Annapolis Valley	*273	(239-307)	115	(93-138)
1234	Colchester East Hants	*317	(276-358)	150	(123-178)
1258	Cape Breton	*338	(306-369)	126	(108-145)
1269	Capital	*187	(173-200)	*113	(102-124)
Nouveau-Brunswick		*266	(254-277)	*133	(125-141)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*255	(233-277)	122	(107-137)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*234	(211-257)	123	(107-139)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*339	(311-367)	127	(110-144)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	228	(197-259)	125	(102-148)
Québec		*214	(211-217)	..	...
2401	Bas-Saint-Laurent	226	(206-245)	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	217	(200-234)	..	..
2403	Capitale-Nationale	207	(197-218)	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*252	(239-266)	..	..
2405	Estrie	*285	(267-303)	..	..
2406	Montréal	*194	(188-200)	..	..
2407	Outaouais	217	(201-233)	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	*270	(243-297)	..	..
2409	Côte-Nord	238	(206-270)	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*378	(342-415)	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	198	(184-211)	..	..
2413	Laval	*165	(152-177)	..	..
2414	Lanaudière	*273	(257-289)	..	..
2415	Laurentides	*186	(174-197)	..	..
2416	Montérégie	210	(202-217)	..	..
Ontario		207	(205-210)	125	(123-127)
3501	Érié St. Clair	*250	(237-262)	*142	(133-151)
3502	Sud-Ouest	210	(201-220)	126	(119-133)
3503	Waterloo Wellington	200	(189-211)	124	(115-132)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*245	(237-253)	127	(122-133)
3505	Centre-Ouest	200	(190-211)	*139	(129-148)
3506	Mississauga Halton	*170	(162-178)	125	(118-132)
3507	Centre-Toronto	*154	(147-161)	121	(114-128)
3508	Centre	*154	(148-161)	119	(113-124)
3509	Centre-Est	*191	(183-198)	124	(118-130)
3510	Sud-Est	218	(205-230)	127	(118-137)
3511	Champlain	*196	(188-204)	*105	(99-110)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*274	(259-289)	120	(110-130)
3513	Nord-Est	*330	(316-344)	*144	(135-154)
3514	Nord-Ouest	*327	(304-351)	*163	(146-179)
Manitoba		*248	(239-257)	126	(119-133)
4610	Winnipeg	*225	(214-237)	123	(115-132)
4615	Brandon	*144	(110-179)	107	(78-135)
4625	Sud-Est	*266	(221-311)	*162	(127-197)
4630	Entre-les-Lacs	*305	(267-342)	106	(83-128)
4640	Centre	*289	(254-323)	109	(88-129)
4645	Assiniboine	209	(175-242)	127	(101-152)

Code de carte	Région sanitaire	Événement d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation 2010-2011		Événement d'accident vasculaire cérébral (AVC) menant à une hospitalisation 2010-2011	
		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		209	(200-218)	128	(121-135)
4701	Sun Country	*158	(124-192)	112	(83-140)
4702	Five Hills	244	(204-285)	123	(93-152)
4704	Regina	*189	(171-206)	127	(112-142)
4705	Sunrise	182	(149-216)	144	(113-175)
4706	Saskatoon	*180	(164-196)	125	(112-138)
4709	Prince Albert	*252	(216-287)	140	(111-168)
4710	Prairie North	*283	(239-328)	141	(111-171)
Alberta		*196	(191-201)	*119	(115-123)
4831	South Zone	225	(207-244)	112	(99-125)
4832	Calgary Zone	*159	(151-167)	*113	(106-120)
4833	Central Zone	*249	(233-265)	131	(119-142)
4834	Edmonton Zone	*186	(177-195)	118	(111-125)
4835	North Zone	*259	(240-277)	137	(124-151)
Colombie-Britannique		*163	(159-167)	*119	(116-122)
5911	East Kootenay	*246	(213-280)	107	(85-130)
5912	Kootenay Boundary	*265	(232-297)	135	(112-158)
5913	Okanagan	*183	(170-196)	129	(119-140)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	210	(191-228)	122	(108-137)
5921	Fraser East	197	(180-214)	*145	(131-160)
5922	Fraser North	*134	(124-144)	*138	(127-148)
5923	Fraser South	*158	(148-167)	117	(109-125)
5931	Richmond	*125	(109-142)	109	(94-125)
5932	Vancouver	*136	(127-146)	*112	(103-120)
5933	North Shore	*159	(145-173)	113	(101-125)
5941	South Vancouver Island	*118	(108-129)	*101	(91-111)
5942	Central Vancouver Island	*187	(172-202)	114	(102-126)
5943	North Vancouver Island	*184	(161-207)	125	(106-144)
5951	Northwest	212	(175-248)	133	(104-162)
5952	Northern Interior	204	(178-229)	111	(91-131)
5953	Northeast	209	(167-252)	117	(84-150)
Yukon		213	(149-278)	126	(76-176)
Territoires du Nord-Ouest		*299	(219-380)	*253	(177-328)
Nunavut		200	(86-314)	184	(70-299)
Canada		209	(207-210)	124	(123-125)

Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation

Taux de nouvel événement 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, 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.

Événement d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation

Taux de nouvel événement 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, l'allocation des ressources en santé et l'estimation des coûts.

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

Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, 2010-2011							
Quintile de revenu du quartier†							
	Q1 IC de 95 %	Q2 IC de 95 %	Q3 IC de 95 %	Q4 IC de 95 %	Q5 IC de 95 %	Ratio des taux de disparité IC de 95 %	Réduction potentielle du taux (%) IC de 95 %
T.-N.-L.	364 (328-400)	312 (278-346)	275 (243-306)	313 (279-348)	295 (260-331)	**1,23 (1,05-1,44)	5,3 % (-5,1 %-14,9 %)
Î.-P.-É.	351 (276-427)	326 (255-396)	369 (295-443)	392 (315-470)	259 (201-316)	1,36 (1,00-1,85)	**23,7 % (6,4 %-38,2 %)
N.-É.	282 (258-306)	288 (264-312)	273 (250-297)	250 (228-272)	228 (205-250)	**1,24 (1,09-1,41)	**14,1 % (6,0 %-21,5 %)
N.-B.	304 (276-333)	283 (257-310)	285 (257-313)	242 (218-267)	247 (220-275)	**1,23 (1,06-1,42)	9,4 % (-0,1 %-18,1 %)
Qc	248 (240-255)	227 (220-234)	213 (206-221)	218 (211-226)	188 (181-195)	**1,32 (1,25-1,38)	**14,3 % (11,3 %-17,3 %)
Ont.	254 (247-260)	224 (218-230)	222 (216-228)	198 (192-203)	178 (173-183)	**1,43 (1,37-1,48)	**17,2 % (15,0 %-19,4 %)
Man.	315 (288-342)	274 (252-296)	232 (212-251)	243 (222-263)	220 (200-239)	**1,43 (1,27-1,62)	**14,1 % (6,9 %-20,8 %)
Sask.	278 (252-304)	215 (194-235)	182 (163-201)	205 (185-226)	178 (158-197)	**1,56 (1,35-1,81)	**15,7 % (6,9 %-23,8 %)
Alb.	222 (210-234)	201 (190-213)	223 (210-236)	194 (182-206)	171 (159-182)	**1,30 (1,19-1,42)	**15,6 % (10,3 %-20,6 %)
C.-B.	192 (183-202)	178 (169-186)	177 (168-186)	158 (150-167)	139 (131-147)	**1,38 (1,28-1,49)	**17,6 % (13,2 %-21,8 %)
Yn	*	*	*	*	*	*	*
T.N.-O.	*	*	*	*	*	*	*
Nun.	*	*	*	*	*	*	*
Canada	247 (243-251)	222 (219-226)	217 (213-220)	203 (200-207)	180 (177-184)	**1,37 (1,34-1,40)	**15,8 % (14,3 %-17,2 %)

Hospitalisation à la suite d'une blessure, 2010-2011							
Quintile de revenu du quartier†							
	Q1 IC de 95 %	Q2 IC de 95 %	Q3 IC de 95 %	Q4 IC de 95 %	Q5 IC de 95 %	Ratio des taux de disparité IC de 95 %	Réduction potentielle du taux (%) IC de 95 %
T.-N.-L.	524 (479-570)	519 (473-565)	498 (452-543)	581 (531-630)	512 (468-557)	1,02 (0,91-1,16)	2,7 % (-5,1 %-10,0 %)
Î.-P.-É.	773 (665-881)	620 (525-715)	701 (601-801)	616 (522-710)	559 (470-648)	**1,38 (1,12-1,71)	**14,3 % (1,2 %-26,0 %)
N.-É.	563 (529-596)	531 (498-563)	491 (459-522)	492 (460-524)	473 (441-506)	**1,19 (1,09-1,30)	**7,2 % (1,3 %-12,7 %)
N.-B.	667 (625-709)	640 (598-682)	613 (572-653)	587 (547-628)	541 (503-579)	**1,23 (1,12-1,35)	**11,3 % (5,5 %-16,8 %)
Qc	576 (564-587)	549 (538-560)	526 (515-537)	538 (526-550)	480 (468-491)	**1,20 (1,16-1,24)	**10,2 % (8,3 %-12,1 %)
Ont.	481 (473-489)	414 (407-422)	418 (410-426)	407 (399-414)	397 (390-405)	**1,21 (1,18-1,24)	**6,2 % (4,6 %-7,8 %)
Man.	1,079 (1,036-1,122)	601 (570-631)	571 (541-601)	494 (467-522)	532 (501-563)	**2,03 (1,89-2,18)	**18,9 % (14,6 %-23,1 %)
Sask.	1,205 (1,155-1,254)	774 (736-812)	700 (664-736)	675 (639-711)	707 (668-746)	**1,70 (1,59-1,82)	**12,9 % (8,5 %-17,2 %)
Alb.	869 (847-890)	701 (682-720)	713 (693-732)	704 (684-724)	679 (659-700)	**1,28 (1,23-1,33)	**7,4 % (4,9 %-9,9 %)
C.-B.	636 (620-652)	582 (566-598)	592 (576-607)	591 (575-608)	554 (537-571)	**1,15 (1,10-1,19)	**6,3 % (3,7 %-8,8 %)
Yn	*	*	*	*	*	*	*
T.N.-O.	*	*	*	*	*	*	*
Nun.	*	*	*	*	*	*	*
Canada	618 (612-623)	528 (523-534)	521 (516-526)	515 (509-520)	487 (482-492)	**1,27 (1,25-1,29)	**8,8 % (7,9 %-9,7 %)

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

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.

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, exprimée en pourcentage, 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). 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'IC de 95 % est fourni afin 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 **.

Autodéclarés

	Tabagisme (12 ans ou plus) 2010		Consommation abusive d'alcool (12 ans ou plus) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	23,0	(20,4-25,5)	23,8	(21,4-26,1)
Î.-P.-É.	23,6	(19,8-27,3)	18,1	(14,7-21,4)
N.-É.	23,2	(20,6-25,8)	20,2	(17,8-22,6)
N.-B.	22,5	(20,4-24,6)	20,6	(18,5-22,8)
Qc	23,3	(22,1-24,6)	17,7	(16,7-18,8)
Ont.	19,3	(18,4-20,3)	16,1	(15,3-16,9)
Man.	18,8	(16,5-21,0)	19,0	(16,8-21,1)
Sask.	22,8	(20,1-25,5)	18,9	(16,4-21,3)
Alb.	22,7	(20,9-24,4)	19,5	(17,8-21,2)
C.-B.	17,4	(16,0-18,8)	15,7	(14,4-17,1)
Yn	27,9	(23,8-31,9)	26,3	(21,8-30,7)
T.N.-O.	41,7	(36,0-47,4)	35,5	(30,8-40,3)
Nun.	54,4	(48,0-60,8)	12,9 ▼	(7,6-18,1)
Canada	20,8	(20,2-21,3)	17,3	(16,9-17,8)

	Consommation de fruits et légumes (12 ans ou plus) (cinq portions ou plus par jour) 2010		Activité physique durant les loisirs (12 ans ou plus) (niveau élevé ou moyennement élevé) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	28,6	(25,7-31,4)	47,8	(45,0-50,5)
Î.-P.-É.	35,4	(31,5-39,3)	50,2	(46,1-54,4)
N.-É.	34,9	(32,2-37,7)	53,4	(50,4-56,4)
N.-B.	37,5	(34,9-40,2)	52,0	(49,0-54,9)
Qc	50,4	(49,0-51,8)	49,7	(48,2-51,3)
Ont.	42,8	(41,4-44,2)	50,4	(49,2-51,7)
Man.	34,6	(31,6-37,6)	53,8	(50,4-57,3)
Sask.	37,9	(35,4-40,3)	50,5	(47,8-53,3)
Alb.	40,7	(38,6-42,9)	55,9	(53,7-58,2)
C.-B.	42,3	(40,4-44,3)	58,3	(56,6-59,9)
Yn	52,5	(46,8-58,3)	61,7	(56,1-67,3)
T.N.-O.	26,9	(22,1-31,6)	50,5	(44,7-56,3)
Nun.	22,8	(16,1-29,4)	46,1	(34,6-57,5)
Canada	43,3	(42,5-44,0)	52,1	(51,4-52,8)

	Utilisation du casque de vélo (12 ans ou plus) 2010		Exposition à la fumée secondaire (12 ans ou plus) (à la maison) 2010	
	%	IC de 95 %	%	IC de 95 %
T.-N.-L.	41,1	(33,7-48,5)	6,5	(4,7-8,3)
Î.-P.-É.	53,5	(45,6-61,4)	5,0 ▼	(3,1-6,9)
N.-É.	68,0	(62,2-73,7)	8,6	(6,6-10,7)
N.-B.	53,1	(48,2-58,1)	6,6	(5,1-8,1)
Qc	28,4	(26,4-30,4)	8,7	(7,8-9,6)
Ont.	33,8	(32,0-35,6)	5,0	(4,5-5,6)
Man.	19,9	(16,3-23,5)	5,7	(4,2-7,3)
Sask.	24,1	(20,3-27,9)	6,3	(4,8-7,8)
Alb.	46,6	(43,2-50,0)	5,8	(4,6-7,0)
C.-B.	61,3	(58,3-64,3)	2,8	(2,2-3,4)
Yn	57,1	(47,5-66,7)	7,3 ▼	(4,8-9,8)
T.N.-O.	28,7	(22,7-34,7)	6,8 ▼	(3,2-10,4)
Nun.	*	**	*	**
Canada	37,3	(36,3-38,3)	5,9	(5,5-6,2)

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



www.icis.ca 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 une activité physique de façon modérée ou active, selon les 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.

Utilisation du casque de vélo

Proportion de la population à domicile de 12 ans ou plus ayant déclaré toujours porter un casque pour faire de la bicyclette au cours des 12 derniers mois.

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

Exposition à la fumée secondaire à la maison

Proportion de la population 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.

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité potentiellement évitable 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP [†] normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*220	(213-227)	*3 967	(3 745-4 190)
1011	Est	*224	(215-234)	*3 944	(3 656-4 232)
1012	Centre	188	(174-203)	3 287	(2 814-3 759)
1013	Ouest	*224	(206-242)	*4 204	(3 608-4 799)
Île-du-Prince-Édouard		*201	(188-214)	3 468	(3 104-3 832)
Nouvelle-Écosse		*208	(203-213)	*3 586	(3 443-3 729)
1211	South Shore	189	(170-207)	3 577	(2 937-4 217)
1212	South West Nova	*212	(193-232)	3 518	(2 974-4 061)
1223	Annapolis Valley	195	(179-211)	3 427	(2 940-3 914)
1234	Colchester East Hants	*216	(198-235)	3 813	(3 281-4 344)
1258	Cape Breton	*266	(250-281)	*4 893	(4 399-5 388)
1269	Capital	191	(184-199)	*3 130	(2 941-3 319)
Nouveau-Brunswick		*195	(190-201)	3 502	(3 339-3 665)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	178	(167-188)	3 416	(3 097-3 734)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*209	(197-221)	3 512	(3 191-3 833)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*200	(188-212)	3 424	(3 097-3 751)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*163	(148-178)	*2 905	(2 433-3 377)
Québec		188	(186-189)	*3 375	(3 326-3 424)
2401	Bas-Saint-Laurent	187	(176-197)	*3 805	(3 450-4 161)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	191	(182-201)	3 674	(3 387-3 961)
2403	Capitale-Nationale	*174	(168-179)	*3 147	(2 984-3 311)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*205	(198-212)	*4 009	(3 782-4 237)
2405	Estrie	*177	(169-185)	3 394	(3 138-3 649)
2406	Montréal	184	(181-188)	*3 164	(3 072-3 255)
2407	Outaouais	*216	(207-225)	3 348	(3 143-3 554)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*216	(202-229)	*3 888	(3 515-4 260)
2409	Côte-Nord	*235	(218-253)	*4 398	(3 882-4 914)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*246	(228-263)	*4 940	(4 308-5 571)
2412	Chaudière-Appalaches	*169	(162-176)	3 305	(3 082-3 527)
2413	Laval	*162	(155-169)	*2 944	(2 732-3 156)
2414	Lanaudière	*197	(190-205)	3 436	(3 231-3 640)
2415	Laurentides	*197	(191-204)	3 500	(3 310-3 690)
2416	Montérégie	*181	(177-185)	*3 160	(3 051-3 270)
Ontario		*177	(176-179)	*3 159	(3 122-3 196)
3501	Érié St. Clair	*198	(192-204)	3 351	(3 192-3 509)
3502	Sud-Ouest	186	(181-191)	3 342	(3 200-3 484)
3503	Waterloo Wellington	*160	(155-166)	*2 772	(2 632-2 913)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	190	(186-194)	3 325	(3 212-3 439)
3505	Centre-Ouest	*146	(141-151)	*2 846	(2 702-2 989)
3506	Mississauga Halton	*131	(126-135)	*2 288	(2 183-2 392)
3507	Centre-Toronto	*164	(160-168)	*2 942	(2 829-3 056)
3508	Centre	*124	(121-127)	*2 269	(2 179-2 360)
3509	Centre-Est	*163	(159-167)	*2 957	(2 850-3 064)
3510	Sud-Est	*203	(196-210)	*3 673	(3 458-3 889)
3511	Champlain	*165	(161-169)	*2 812	(2 700-2 924)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	192	(185-199)	3 430	(3 218-3 642)
3513	Nord-Est	*230	(223-237)	*4 188	(3 976-4 399)
3514	Nord-Ouest	*248	(236-259)	*5 415	(5 042-5 788)
Manitoba		*226	(221-231)	*4 492	(4 346-4 637)
4610	Winnipeg	*210	(204-216)	*3 986	(3 805-4 168)
4615	Brandon	*216	(192-240)	3 710	(3 114-4 307)
4625	Sud-Est	*159	(140-178)	*2 585	(2 145-3 025)
4630	Entre-les-Lacs	*241	(222-260)	*4 668	(4 050-5 285)
4640	Centre	*210	(194-227)	*4 203	(3 731-4 675)
4645	Assiniboine	*236	(215-256)	*4 843	(4 171-5 515)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité potentiellement évitable 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP [†] normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*222	(217-228)	* 4 552	(4 391-4 714)
4701	Sun Country	197	(175-218)	3 836	(3 191-4 481)
4702	Five Hills	196	(175-217)	3 635	(3 001-4 269)
4704	Regina	*208	(197-218)	* 4 023	(3 720-4 325)
4705	Sunrise	*222	(200-244)	* 4 462	(3 719-5 205)
4706	Saskatoon	*198	(189-208)	* 3 810	(3 549-4 071)
4709	Prince Albert	*268	(247-290)	* 5 940	(5 244-6 636)
4710	Prairie North	*272	(249-296)	* 6 177	(5 461-6 893)
Alberta		*198	(195-201)	* 3 870	(3 795-3 945)
4831	South Zone	*203	(194-213)	* 4 251	(3 961-4 540)
4832	Calgary Zone	*161	(157-166)	* 2 995	(2 887-3 104)
4833	Central Zone	*221	(213-229)	* 4 416	(4 183-4 650)
4834	Edmonton Zone	189	(184-194)	3 541	(3 414-3 668)
4835	North Zone	*243	(234-253)	* 4 908	(4 665-5 150)
Colombie-Britannique		*172	(170-174)	* 3 143	(3 080-3 205)
5911	East Kootenay	*214	(196-232)	* 4 249	(3 666-4 831)
5912	Kootenay Boundary	*205	(188-223)	3 623	(3 107-4 139)
5913	Okanagan	*172	(164-180)	3 228	(2 982-3 474)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*213	(202-224)	* 4 245	(3 898-4 591)
5921	Fraser East	*199	(190-209)	3 572	(3 316-3 827)
5922	Fraser North	*153	(147-159)	* 2 516	(2 373-2 660)
5923	Fraser South	*164	(158-169)	* 2 966	(2 816-3 116)
5931	Richmond	*113	(104-121)	* 2 041	(1 778-2 304)
5932	Vancouver	*157	(151-162)	* 2 965	(2 805-3 125)
5933	North Shore	*147	(139-155)	* 2 704	(2 454-2 954)
5941	South Vancouver Island	*156	(148-163)	* 2 975	(2 752-3 197)
5942	Central Vancouver Island	188	(178-197)	3 716	(3 404-4 027)
5943	North Vancouver Island	196	(182-210)	3 613	(3 181-4 046)
5951	Northwest	*247	(226-268)	* 4 475	(3 910-5 041)
5952	Northern Interior	*237	(222-252)	* 3 994	(3 626-4 363)
5953	Northeast	*242	(219-265)	* 4 766	(4 162-5 370)
Yukon		*270	(234-305)	* 5 335	(4 374-6 296)
Territoires du Nord-Ouest		*291	(253-328)	* 5 914	(5 088-6 740)
Nunavut		*474	(405-543)	* 9 664	(8 424-10 905)
Canada		187	(186-188)	3 428	(3 404-3 452)

† Années potentielles de vie perdues.

Mortalité potentiellement évitable

Décès survenus avant l'âge de 75 ans qui auraient pu être évités par des efforts de prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Exprimée en taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000 habitants. Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. La mortalité évitable désigne les décès prématurés qui ne devraient pas se produire s'il existe des soins de santé opportuns et efficaces ou d'autres pratiques, programmes et politiques de santé publique. Cet indicateur sert à concentrer l'attention sur la partie de la santé de la population qui peut être influencée par le système de santé.

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

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

Code de carte Région sanitaire		Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP ⁺ normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*132	(127-138)	2 285	(2 133-2 437)
1011	Est	*133	(126-140)	2 124	(1 943-2 306)
1012	Centre	114	(102-125)	2 061	(1 702-2 420)
1013	Ouest	*140	(126-154)	2 566	(2 138-2 994)
Île-du-Prince-Édouard		126	(116-136)	2 174	(1 903-2 445)
Nouvelle-Écosse		*136	(132-140)	* 2 359	(2 249-2 469)
1211	South Shore	132	(117-148)	2 629	(2 091-3 167)
1212	South West Nova	*146	(129-162)	2 550	(2 088-3 013)
1223	Annapolis Valley	130	(116-143)	2 390	(1 995-2 786)
1234	Colchester East Hants	*143	(128-158)	2 509	(2 099-2 920)
1258	Cape Breton	*166	(153-178)	* 3 063	(2 691-3 435)
1269	Capital	123	(117-129)	2 002	(1 859-2 145)
Nouveau-Brunswick		*134	(129-138)	* 2 393	(2 267-2 520)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	123	(115-132)	2 328	(2 086-2 570)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*143	(133-153)	2 367	(2 117-2 618)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*135	(125-145)	2 268	(2 021-2 516)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	110	(98-123)	2 088	(1 704-2 471)
Québec		*124	(122-125)	2 149	(2 113-2 184)
2401	Bas-Saint-Laurent	*131	(122-140)	* 2 690	(2 404-2 975)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	128	(120-135)	* 2 391	(2 175-2 606)
2403	Capitale-Nationale	*115	(111-120)	* 2 002	(1 885-2 118)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*141	(136-147)	* 2 693	(2 521-2 864)
2405	Estrie	121	(114-128)	2 276	(2 080-2 472)
2406	Montréal	*117	(114-119)	* 1 877	(1 815-1 940)
2407	Outaouais	*145	(138-152)	2 273	(2 112-2 433)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*147	(136-159)	* 2 672	(2 371-2 973)
2409	Côte-Nord	*161	(147-175)	* 2 911	(2 520-3 302)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*167	(153-182)	* 3 209	(2 760-3 659)
2412	Chaudière-Appalaches	*114	(109-120)	2 142	(1 979-2 305)
2413	Laval	*103	(97-108)	* 1 678	(1 539-1 818)
2414	Lanaudière	*135	(129-141)	* 2 299	(2 142-2 457)
2415	Laurentides	*132	(126-137)	2 258	(2 117-2 399)
2416	Montérégie	*117	(114-120)	* 1 990	(1 910-2 071)
Ontario		*110	(109-111)	* 1 851	(1 826-1 875)
3501	Érié St. Clair	*126	(121-131)	2 084	(1 968-2 199)
3502	Sud-Ouest	118	(114-121)	* 2 037	(1 936-2 137)
3503	Waterloo Wellington	*100	(96-104)	* 1 665	(1 566-1 764)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	121	(118-124)	* 2 047	(1 967-2 127)
3505	Centre-Ouest	*86	(82-90)	* 1 486	(1 396-1 577)
3506	Mississauga Halton	*77	(74-80)	* 1 235	(1 167-1 303)
3507	Centre-Toronto	*101	(98-104)	* 1 693	(1 619-1 767)
3508	Centre	*72	(70-75)	* 1 204	(1 147-1 260)
3509	Centre-Est	*101	(98-104)	* 1 644	(1 576-1 712)
3510	Sud-Est	*131	(126-137)	2 203	(2 058-2 348)
3511	Champlain	*100	(97-104)	* 1 614	(1 540-1 688)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	123	(117-128)	2 111	(1 961-2 262)
3513	Nord-Est	*149	(144-155)	* 2 615	(2 466-2 765)
3514	Nord-Ouest	*167	(157-176)	* 3 759	(3 459-4 058)
Manitoba		*143	(139-147)	* 2 813	(2 703-2 922)
4610	Winnipeg	*130	(125-135)	* 2 311	(2 188-2 434)
4615	Brandon	139	(120-158)	2 325	(1 874-2 777)
4625	Sud-Est	*102	(86-117)	* 1 562	(1 237-1 886)
4630	Entre-les-Lacs	*152	(137-168)	* 3 032	(2 544-3 520)
4640	Centre	132	(119-145)	* 2 596	(2 235-2 957)
4645	Assiniboine	*155	(138-172)	* 3 298	(2 752-3 843)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP† normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*142	(138-147)	* 3 020	(2 892-3 149)
4701	Sun Country	128	(110-145)	2 663	(2 124-3 203)
4702	Five Hills	115	(98-132)	2 307	(1 794-2 820)
4704	Regina	*132	(124-141)	*2 551	(2 324-2 778)
4705	Sunrise	*141	(123-158)	*2 933	(2 344-3 521)
4706	Saskatoon	123	(115-130)	*2 426	(2 225-2 627)
4709	Prince Albert	*174	(156-192)	*4 083	(3 504-4 662)
4710	Prairie North	*184	(165-203)	*4 413	(3 804-5 022)
Alberta		*131	(129-133)	* 2 532	(2 475-2 589)
4831	South Zone	*138	(130-146)	*2 872	(2 645-3 100)
4832	Calgary Zone	*106	(102-109)	*1 924	(1 843-2 004)
4833	Central Zone	*146	(140-153)	*2 970	(2 784-3 156)
4834	Edmonton Zone	123	(119-127)	2 230	(2 138-2 323)
4835	North Zone	*165	(157-172)	*3 451	(3 249-3 652)
Colombie-Britannique		*114	(112-116)	* 2 078	(2 031-2 125)
5911	East Kootenay	*155	(140-171)	*3 277	(2 762-3 791)
5912	Kootenay Boundary	*142	(127-157)	*2 727	(2 268-3 185)
5913	Okanagan	116	(110-122)	2 175	(1 987-2 364)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*148	(139-156)	*3 021	(2 741-3 301)
5921	Fraser East	*134	(126-142)	*2 452	(2 245-2 658)
5922	Fraser North	*103	(98-108)	*1 645	(1 539-1 751)
5923	Fraser South	*104	(100-109)	*1 855	(1 745-1 965)
5931	Richmond	*70	(63-77)	*1 192	(1 020-1 363)
5932	Vancouver	*101	(97-106)	*1 810	(1 706-1 914)
5933	North Shore	*97	(90-104)	*1 812	(1 619-2 005)
5941	South Vancouver Island	*102	(96-108)	*1 944	(1 785-2 102)
5942	Central Vancouver Island	*128	(121-136)	*2 537	(2 293-2 782)
5943	North Vancouver Island	*133	(122-144)	2 447	(2 117-2 778)
5951	Northwest	*175	(157-193)	*3 309	(2 820-3 797)
5952	Northern Interior	*160	(148-172)	*2 733	(2 441-3 024)
5953	Northeast	*160	(141-179)	*3 259	(2 773-3 744)
Yukon		*184	(154-213)	* 3 796	(3 025-4 568)
Territoires du Nord-Ouest		*190	(160-219)	* 4 090	(3 414-4 767)
Nunavut		*344	(285-404)	* 6 837	(5 791-7 883)
Canada		120	(120-121)	2 141	(2 124-2 159)

† Années potentielles de vie perdues.

Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues

La mortalité de causes pouvant être prévenues est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable; elle représente les décès survenus avant l'âge de 75 ans qui auraient pu être évités par des efforts de prévention primaire. Exprimée en taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000 habitants. Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. L'indicateur oriente les mesures visant à réduire le nombre de cas initiaux, ou l'incidence, puisqu'on évite les décès en empêchant l'apparition de la maladie.

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

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

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité évitable de causes traitables 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP [†] normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*88	(83-92)	*1 682	(1 520-1 845)
1011	Est	*91	(85-97)	*1 819	(1 595-2 043)
1012	Centre	74	(65-83)	1 200	(902-1 498)
1013	Ouest	*84	(73-95)	1 616	(1 206-2 025)
Île-du-Prince-Édouard		*75	(67-83)	1 294	(1 052-1 537)
Nouvelle-Écosse		*72	(69-75)	1 227	(1 135-1 318)
1211	South Shore	*56	(46-66)	*925	(584-1 267)
1212	South West Nova	67	(56-77)	*967	(681-1 254)
1223	Annapolis Valley	65	(56-75)	1 036	(751-1 322)
1234	Colchester East Hants	74	(63-84)	1 303	(966-1 641)
1258	Cape Breton	*100	(90-109)	*1 803	(1 482-2 125)
1269	Capital	68	(63-73)	*1 125	(1 001-1 249)
Nouveau-Brunswick		*61	(58-64)	*1 108	(1 005-1 212)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*54	(49-60)	1 088	(881-1 295)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	66	(59-73)	1 145	(944-1 346)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	65	(58-72)	1 145	(933-1 357)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*52	(44-61)	*802	(530-1 075)
Québec		*64	(63-65)	*1 227	(1 193-1 260)
2401	Bas-Saint-Laurent	*56	(50-61)	1 116	(904-1 328)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	64	(59-69)	1 283	(1 094-1 473)
2403	Capitale-Nationale	*58	(55-62)	*1 146	(1 030-1 261)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	64	(60-67)	1 316	(1 167-1 466)
2405	Estrie	*56	(52-61)	*1 118	(954-1 282)
2406	Montréal	68	(66-70)	1 286	(1 219-1 354)
2407	Outaouais	71	(66-76)	*1 076	(948-1 204)
2408	Abitibi-Témiscamingue	68	(61-76)	1 216	(996-1 435)
2409	Côte-Nord	74	(65-84)	1 487	(1 150-1 824)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*78	(68-88)	*1 731	(1 287-2 174)
2412	Chaudière-Appalaches	*55	(51-59)	1 163	(1 011-1 314)
2413	Laval	*60	(55-64)	1 265	(1 106-1 425)
2414	Lanaudière	*62	(58-66)	*1 130	(1 001-1 260)
2415	Laurentides	66	(62-69)	1 242	(1 114-1 369)
2416	Montérégie	*64	(62-66)	*1 170	(1 096-1 244)
Ontario		67	(66-68)	1 308	(1 281-1 335)
3501	Érié St. Clair	*72	(68-76)	1 267	(1 158-1 376)
3502	Sud-Ouest	68	(65-71)	1 305	(1 204-1 406)
3503	Waterloo Wellington	*60	(57-64)	*1 107	(1 008-1 207)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*69	(67-72)	1 279	(1 199-1 359)
3505	Centre-Ouest	*60	(57-63)	1 360	(1 248-1 471)
3506	Mississauga Halton	*53	(51-56)	*1 053	(974-1 132)
3507	Centre-Toronto	*63	(60-66)	1 249	(1 164-1 335)
3508	Centre	*51	(49-54)	*1 066	(995-1 136)
3509	Centre-Est	*62	(60-65)	1 314	(1 231-1 396)
3510	Sud-Est	*72	(68-76)	*1 471	(1 311-1 630)
3511	Champlain	65	(62-67)	*1 198	(1 114-1 282)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	69	(65-74)	1 319	(1 169-1 468)
3513	Nord-Est	*81	(77-85)	*1 573	(1 423-1 722)
3514	Nord-Ouest	*81	(74-87)	*1 656	(1 434-1 879)
Manitoba		*83	(80-86)	*1 679	(1 583-1 775)
4610	Winnipeg	*81	(77-84)	*1 676	(1 542-1 809)
4615	Brandon	77	(63-91)	1 365	(978-1 751)
4625	Sud-Est	58	(46-69)	1 023	(725-1 322)
4630	Entre-les-Lacs	*88	(77-100)	1 636	(1 257-2 015)
4640	Centre	*78	(68-88)	*1 607	(1 303-1 911)
4645	Assiniboine	*81	(69-92)	1 545	(1 152-1 939)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité évitable de causes traitables 2006 à 2008			
		Taux de mortalité normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Nombre d'APVP† normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		*80	(77-83)	*1 532	(1 434-1 630)
4701	Sun Country	68	(56-81)	1 154	(803-1 504)
4702	Five Hills	*81	(67-94)	1 302	(936-1 668)
4704	Regina	*76	(69-82)	1 472	(1 271-1 672)
4705	Sunrise	*81	(68-94)	1 530	(1 076-1 984)
4706	Saskatoon	*76	(70-81)	1 384	(1 218-1 551)
4709	Prince Albert	*94	(82-107)	*1 857	(1 471-2 243)
4710	Prairie North	*88	(75-101)	*1 747	(1 372-2 122)
Alberta		67	(66-69)	*1 339	(1 290-1 387)
4831	South Zone	66	(60-71)	1 378	(1 199-1 557)
4832	Calgary Zone	*55	(53-58)	*1 072	(999-1 144)
4833	Central Zone	*75	(70-80)	*1 446	(1 305-1 588)
4834	Edmonton Zone	66	(63-68)	1 311	(1 224-1 398)
4835	North Zone	*79	(73-84)	*1 457	(1 322-1 592)
Colombie-Britannique		*58	(56-59)	*1 065	(1 023-1 106)
5911	East Kootenay	59	(49-68)	*972	(699-1 245)
5912	Kootenay Boundary	63	(54-72)	*897	(659-1 134)
5913	Okanagan	*56	(52-60)	*1 053	(895-1 210)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	65	(60-71)	1 210	(1 007-1 413)
5921	Fraser East	65	(60-71)	*1 120	(969-1 271)
5922	Fraser North	*50	(47-54)	*872	(775-968)
5923	Fraser South	*60	(56-63)	*1 111	(1 008-1 213)
5931	Richmond	*43	(37-48)	*850	(651-1 048)
5932	Vancouver	*56	(52-59)	*1 155	(1 033-1 276)
5933	North Shore	*50	(45-55)	*892	(733-1 052)
5941	South Vancouver Island	*53	(49-58)	*1 028	(872-1 185)
5942	Central Vancouver Island	*59	(54-64)	1 178	(984-1 372)
5943	North Vancouver Island	63	(55-71)	1 166	(887-1 445)
5951	Northwest	72	(61-84)	1 167	(881-1 452)
5952	Northern Interior	*77	(69-86)	1 262	(1 037-1 487)
5953	Northeast	*83	(69-96)	1 507	(1 148-1 867)
Yukon		86	(66-107)	1 539	(966-2 112)
Territoires du Nord-Ouest		*100	(78-123)	*1 804	(1 332-2 275)
Nunavut		*130	(94-166)	*2 827	(2 159-3 496)
Canada		66	(66-67)	1 286	(1 270-1 303)

† Années potentielles de vie perdues.

Mortalité évitable de causes traitables

La mortalité de causes traitables est un sous-ensemble de la mortalité potentiellement évitable; elle représente les décès survenus avant l'âge de 75 ans qui auraient pu être évités par des efforts de prévention secondaire et tertiaire. Exprimée en taux de mortalité normalisé selon l'âge et le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par 100 000 habitants. Le nombre d'APVP désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. L'indicateur oriente les efforts visant à réduire la létalité ou le nombre de personnes qui décèdent des suites d'une maladie.

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

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

Code de carte	Région sanitaire	Événement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation		Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures)	
		2010-2011		2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajusté selon les riches (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*546	(496-596)	77,6	(73,9-81,3)
1011	Est	*566	(498-635)	*73,1	(68,3-78,0)
1012	Centre	444	(348-541)	88,2	(79,2-97,1)
1013	Ouest	*631	(504-759)	81,5	(73,0-90,0)
Île-du-Prince-Édouard		508	(421-594)	79,6	(72,7-86,5)
Nouvelle-Écosse		*478	(446-510)	79,9	(77,2-82,7)
1211	South Shore	413	(307-519)	89,3	(77,7-100,0)
1212	South West Nova	448	(335-560)	*93,7	(84,1-100,0)
1223	Annapolis Valley	*596	(482-710)	*94,0	(86,3-100,0)
1234	Colchester East Hants	483	(365-601)	70,9	(60,5-81,3)
1258	Cape Breton	*527	(440-614)	85,9	(79,4-92,5)
1269	Capital	442	(389-494)	*66,9	(62,0-71,9)
Nouveau-Brunswick		474	(438-511)	81,3	(78,1-84,4)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	413	(350-477)	80,5	(74,5-86,6)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*522	(441-603)	83,1	(76,0-90,3)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*583	(495-671)	78,9	(72,6-85,1)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*320	(232-408)	*93,7	(82,6-100,0)
Québec		*399	(389-409)	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	386	(329-443)	..	..
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*340	(290-391)	..	..
2403	Capitale-Nationale	412	(378-446)	..	..
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*383	(346-420)	..	..
2405	Estrie	*351	(304-399)	..	..
2406	Montréal	442	(420-464)	..	..
2407	Outaouais	405	(348-463)	..	..
2408	Abitibi-Témiscamingue	437	(352-522)	..	..
2409	Côte-Nord	*328	(232-423)	..	..
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	412	(323-500)	..	..
2412	Chaudière-Appalaches	*376	(332-420)	..	..
2413	Laval	*390	(344-437)	..	..
2414	Lanaudière	*391	(343-439)	..	..
2415	Laurentides	*393	(350-437)	..	..
2416	Montérégie	*404	(378-430)	..	..
Ontario		432	(424-441)	*78,7	(77,9-79,5)
3501	Érié St. Clair	*483	(444-523)	77,3	(73,7-80,9)
3502	Sud-Ouest	*491	(458-524)	*63,8	(61,0-66,6)
3503	Waterloo Wellington	*495	(453-536)	*92,2	(88,8-95,6)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	443	(418-469)	80,5	(78,2-82,9)
3505	Centre-Ouest	*367	(329-405)	*66,0	(61,6-70,5)
3506	Mississauga Halton	*387	(355-419)	78,3	(74,6-82,0)
3507	Centre-Toronto	*382	(355-409)	79,4	(76,5-82,3)
3508	Centre	416	(390-441)	81,2	(78,7-83,7)
3509	Centre-Est	*413	(388-437)	*77,3	(74,8-79,7)
3510	Sud-Est	482	(438-525)	81,2	(77,5-84,9)
3511	Champlain	*411	(383-439)	*85,9	(83,1-88,6)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	472	(425-519)	*72,5	(68,3-76,8)
3513	Nord-Est	*482	(441-523)	81,2	(77,6-84,7)
3514	Nord-Ouest	*538	(467-609)	82,2	(76,6-87,9)
Manitoba		*504	(474-535)	*87,0	(84,6-89,4)
4610	Winnipeg	*507	(467-547)	*86,6	(83,5-89,7)
4615	Brandon	*685	(515-854)	*93,5	(83,1-100,0)
4625	Sud-Est	325	(201-448)	*	**
4630	Entre-les-Lacs	457	(345-568)	*94,5	(84,4-100,0)
4640	Centre	413	(317-509)	78,5	(69,6-87,5)
4645	Assiniboine	467	(363-572)	*90,2	(81,9-98,5)

Code de carte	Région sanitaire	Événement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation		Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures) 2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		* 492	(461-524)	*77,1	(74,6-79,6)
4701	Sun Country	476	(353-599)	87,7	(78,0-97,4)
4702	Five Hills	* 641	(499-783)	*68,2	(59,9-76,6)
4704	Regina	* 528	(460-596)	82,5	(77,5-87,6)
4705	Sunrise	447	(338-557)	76,6	(67,7-85,4)
4706	Saskatoon	488	(426-549)	*73,1	(68,0-78,1)
4709	Prince Albert	350	(253-447)	79,9	(68,8-91,0)
4710	Prairie North	342	(235-449)	74,2	(61,5-86,9)
Alberta		* 466	(446-485)	*83,1	(81,4-84,9)
4831	South Zone	* 544	(478-610)	*85,9	(80,9-90,8)
4832	Calgary Zone	453	(419-487)	*86,0	(82,9-89,1)
4833	Central Zone	452	(401-502)	*74,4	(69,8-79,0)
4834	Edmonton Zone	438	(404-471)	*84,5	(81,4-87,7)
4835	North Zone	* 542	(471-614)	77,7	(72,1-83,4)
Colombie-Britannique		451	(437-466)	81,0	(79,7-82,3)
5911	East Kootenay	522	(410-634)	84,9	(76,2-93,6)
5912	Kootenay Boundary	459	(359-559)	*92,4	(83,3-100,0)
5913	Okanagan	462	(417-507)	80,6	(76,7-84,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	506	(437-574)	82,7	(76,8-88,6)
5921	Fraser East	451	(391-511)	*70,3	(64,5-76,2)
5922	Fraser North	467	(421-513)	*70,6	(66,6-74,6)
5923	Fraser South	431	(395-467)	*66,3	(62,7-70,0)
5931	Richmond	* 329	(265-394)	*88,0	(80,2-95,8)
5932	Vancouver	* 395	(355-434)	83,6	(79,7-87,6)
5933	North Shore	490	(430-549)	84,4	(79,4-89,3)
5941	South Vancouver Island	464	(417-511)	*90,4	(86,5-94,2)
5942	Central Vancouver Island	* 517	(461-574)	*91,3	(86,9-95,7)
5943	North Vancouver Island	530	(434-625)	*94,7	(87,1-100,0)
5951	Northwest	561	(401-721)	*67,5	(55,2-79,7)
5952	Northern Interior	* 552	(442-662)	87,7	(79,0-96,3)
5953	Northeast	431	(266-597)	*	**
Yukon		382	(141-623)	*	**
Territoires du Nord-Ouest		* 967	(565-1 369)	66,8	(47,1-86,5)
Nunavut		*	**	*	**
Canada		439	(434-445)	80,1	

Événement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation

Taux de nouvelle fracture 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.

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

Proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures : Proportion des patients âgés de 65 ans ou plus ayant subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche dans les 48 heures suivant leur admission, ajustée selon les risques. Bien que certains patients souffrant d'une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux afin que leur état soit stabilisé avant la chirurgie, la recherche laisse à penser que les patients tirent habituellement 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.

Remarque : 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 2010-2011		Césarienne 2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	%	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*461	(443-479)	31,9	(30,5-33,2)
1011	Est	*408	(386-431)	31,8	(30,1-33,5)
1012	Centre	*527	(479-574)	33,1	(29,7-36,5)
1013	Ouest	*530	(480-579)	31,0	(27,4-34,6)
Île-du-Prince-Édouard		*515	(478-552)	31,8	(29,4-34,3)
Nouvelle-Écosse		*334	(323-345)	27,2	(26,3-28,1)
1211	South Shore	337	(290-384)	25,2	(20,9-29,5)
1212	South West Nova	*480	(426-534)	31,4	(27,0-35,8)
1223	Annapolis Valley	316	(280-352)	26,4	(23,3-29,6)
1234	Colchester East Hants	322	(283-360)	28,6	(25,3-31,8)
1258	Cape Breton	*506	(466-546)	28,1	(25,3-30,9)
1269	Capital	*227	(213-242)	26,4	(25,1-27,7)
Nouveau-Brunswick		*474	(459-489)	27,4	(26,4-28,4)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*381	(355-408)	29,7	(27,6-31,7)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*430	(400-461)	21,6	(19,7-23,5)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*520	(487-553)	28,6	(26,5-30,7)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*511	(462-560)	27,9	(24,1-31,7)
Québec		*289	(285-292)	23,0	(22,7-23,3)
2401	Bas-Saint-Laurent	322	(299-346)	22,1	(20,2-24,0)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*412	(388-436)	20,8	(19,3-22,4)
2403	Capitale-Nationale	*231	(220-242)	24,4	(23,4-25,4)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	313	(298-328)	20,0	(18,8-21,1)
2405	Estrie	310	(291-329)	19,7	(18,3-21,1)
2406	Montréal	*258	(251-265)	24,4	(23,9-25,0)
2407	Outaouais	315	(296-333)	26,8	(25,4-28,1)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*414	(382-447)	23,5	(21,4-25,5)
2409	Côte-Nord	*463	(421-505)	18,6	(16,2-20,9)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*583	(538-628)	28,2	(24,9-31,4)
2412	Chaudière-Appalaches	*261	(246-276)	24,1	(22,8-25,3)
2413	Laval	*198	(185-212)	23,0	(21,8-24,3)
2414	Lanaudière	291	(276-307)	19,4	(18,3-20,5)
2415	Laurentides	*271	(257-284)	20,6	(19,6-21,7)
2416	Montérégie	299	(290-307)	23,0	(22,3-23,7)
Ontario		*274	(271-277)	28,4	(28,2-28,7)
3501	Érié St. Clair	*321	(308-335)	26,0	(24,9-27,1)
3502	Sud-Ouest	302	(292-313)	22,6	(21,8-23,5)
3503	Waterloo Wellington	*245	(233-256)	26,9	(25,9-27,8)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*322	(312-331)	28,2	(27,5-29,0)
3505	Centre-Ouest	*261	(249-272)	30,8	(30,0-31,7)
3506	Mississauga Halton	*196	(188-204)	27,2	(26,4-28,0)
3507	Centre-Toronto	*244	(235-253)	29,9	(29,1-30,7)
3508	Centre	*180	(174-187)	29,2	(28,5-29,8)
3509	Centre-Est	*252	(244-260)	30,3	(29,6-31,0)
3510	Sud-Est	*330	(314-346)	27,7	(26,3-29,0)
3511	Champlain	*247	(238-256)	29,6	(28,8-30,4)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*329	(312-345)	30,5	(29,1-31,9)
3513	Nord-Est	*476	(459-494)	29,5	(28,3-30,8)
3514	Nord-Ouest	*531	(502-560)	24,8	(23,1-26,4)
Manitoba		*329	(319-339)	21,5	(20,9-22,2)
4610	Winnipeg	*241	(229-253)	22,5	(21,5-23,4)
4615	Brandon	*380	(326-435)	28,9	(25,5-32,3)
4625	Sud-Est	*236	(198-274)	17,9	(15,5-20,2)
4630	Entre-les-Lacs	*349	(311-387)	17,7	(15,1-20,3)
4640	Centre	*336	(301-371)	21,8	(19,8-23,8)
4645	Assiniboine	*500	(447-553)	25,6	(22,6-28,5)

Code de carte	Région sanitaire	Conditions propices aux soins ambulatoires 2010-2011		Césarienne 2010-2011	
		Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %	%	IC de 95 %
Saskatchewan		*478	(464-491)	22,1	(21,4-22,8)
4701	Sun Country	*520	(459-580)	23,0	(19,8-26,1)
4702	Five Hills	*435	(378-493)	30,3	(26,7-34,0)
4704	Regina	504	(476-532)	22,3	(20,9-23,7)
4705	Sunrise	*716	(646-785)	28,4	(24,7-32,0)
4706	Saskatoon	296	(277-316)	22,4	(21,1-23,7)
4709	Prince Albert	*495	(445-544)	15,6	(13,4-17,7)
4710	Prairie North	*631	(570-691)	21,1	(18,9-23,3)
Alberta		*309	(303-314)	27,7	(27,3-28,1)
4831	South Zone	*431	(406-455)	24,3	(22,9-25,6)
4832	Calgary Zone	*237	(229-246)	28,4	(27,7-29,0)
4833	Central Zone	*408	(389-427)	28,5	(27,3-29,7)
4834	Edmonton Zone	*240	(230-249)	27,8	(27,1-28,6)
4835	North Zone	*551	(527-575)	26,9	(25,8-27,9)
Colombie-Britannique		*263	(258-267)	31,8	(31,3-32,2)
5911	East Kootenay	*458	(411-505)	33,7	(30,4-37,0)
5912	Kootenay Boundary	316	(277-356)	27,3	(23,7-30,8)
5913	Okanagan	312	(294-331)	29,4	(27,7-31,1)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*324	(301-347)	32,9	(30,8-35,0)
5921	Fraser East	*333	(312-354)	31,0	(29,4-32,5)
5922	Fraser North	*223	(210-235)	34,3	(33,1-35,6)
5923	Fraser South	*253	(242-265)	33,0	(31,9-34,0)
5931	Richmond	*156	(138-175)	31,9	(29,6-34,2)
5932	Vancouver	*200	(189-211)	32,8	(31,6-34,0)
5933	North Shore	*214	(196-231)	33,9	(31,9-35,9)
5941	South Vancouver Island	*181	(166-195)	32,9	(31,2-34,6)
5942	Central Vancouver Island	298	(277-319)	26,8	(24,9-28,7)
5943	North Vancouver Island	297	(267-326)	28,8	(26,0-31,6)
5951	Northwest	*520	(470-570)	24,1	(21,3-26,9)
5952	Northern Interior	*497	(460-533)	27,5	(25,3-29,7)
5953	Northeast	*380	(332-428)	29,8	(27,0-32,7)
Yukon		*504	(428-580)	20,0	(15,9-24,1)
Territoires du Nord-Ouest		*644	(552-736)	20,4	(17,4-23,4)
Nunavut		*913	(760-1 066)	8,7	(6,7-10,7)
Canada		299	(297-301)	26,9	(26,7-27,0)

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. 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 césarienne 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 césarienne 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 2008-2009 à 2010-2011		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2008-2009 à 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		8,0	(7,1-8,8)	*19,9	(18,1-21,6)
1011	Est	7,8	(6,7-9,0)	*19,0	(16,7-21,3)
1012	Centre	8,7	(6,9-10,5)	*24,8	(20,9-28,7)
1013	Ouest	6,9	(4,5-9,4)	18,0	(13,3-22,7)
Île-du-Prince-Édouard		8,1	(6,4-9,9)	18,7	(15,4-22,1)
Nouvelle-Écosse		7,3	(6,6-8,0)	*18,9	(17,5-20,2)
1211	South Shore	5,6	(3,4-7,8)	16,3	(12,0-20,6)
1212	South West Nova	7,5	(5,2-9,8)	*22,4	(18,0-26,9)
1223	Annapolis Valley	*5,2	(3,1-7,4)	18,3	(14,0-22,7)
1234	Colchester East Hants	6,6	(4,6-8,5)	18,7	(14,2-23,3)
1258	Cape Breton	8,0	(6,4-9,7)	16,0	(12,4-19,5)
1269	Capital	7,3	(6,0-8,6)	*18,7	(16,3-21,1)
Nouveau-Brunswick		7,7	(6,9-8,5)	16,3	(14,8-17,8)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	7,3	(5,8-8,9)	16,4	(13,5-19,2)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	8,3	(6,6-10,0)	18,5	(15,3-21,7)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	7,7	(6,1-9,2)	15,9	(12,6-19,1)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	9,5	(6,8-12,2)	17,5	(12,9-22,0)
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		*8,1	(7,9-8,3)	15,9	(15,6-16,3)
3501	Érié St. Clair	8,3	(7,4-9,1)	15,8	(14,3-17,2)
3502	Sud-Ouest	8,3	(7,5-9,0)	*17,9	(16,6-19,1)
3503	Waterloo Wellington	7,9	(7,0-8,8)	16,6	(15,0-18,2)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8,0	(7,4-8,5)	16,5	(15,4-17,5)
3505	Centre-Ouest	7,1	(6,1-8,0)	*14,3	(12,7-15,9)
3506	Mississauga Halton	7,9	(7,0-8,7)	15,9	(14,6-17,3)
3507	Centre-Toronto	7,6	(6,8-8,3)	*14,7	(13,5-15,9)
3508	Centre	*8,7	(8,1-9,4)	*13,5	(12,4-14,6)
3509	Centre-Est	7,9	(7,3-8,6)	15,4	(14,4-16,5)
3510	Sud-Est	8,6	(7,7-9,6)	*19,7	(18,0-21,4)
3511	Champlain	7,3	(6,6-8,0)	15,9	(14,6-17,2)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*9,1	(8,0-10,1)	14,7	(12,9-16,5)
3513	Nord-Est	*9,7	(8,9-10,5)	*18,8	(17,3-20,3)
3514	Nord-Ouest	6,7	(5,5-7,9)	15,6	(13,2-18,0)
Manitoba		*7,0	(6,4-7,6)	16,2	(15,0-17,4)
4610	Winnipeg	*6,1	(5,3-6,9)	*14,1	(12,5-15,6)
4615	Brandon	7,6	(4,7-10,6)	17,7	(11,5-23,9)
4625	Sud-Est	8,2	(5,1-11,3)	18,7	(13,1-24,3)
4630	Entre-les-Lacs	8,1	(5,8-10,4)	18,1	(13,1-23,1)
4640	Centre	*10,2	(8,1-12,3)	15,6	(11,5-19,7)
4645	Assiniboine	8,6	(6,0-11,1)	*26,6	(22,0-31,2)

Code de carte	Région sanitaire	Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde 2008-2009 à 2010-2011		Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral 2008-2009 à 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		7,6	(6,9-8,4)	16,3	(15,0-17,5)
4701	Sun Country	7,9	(4,6-11,2)	17,1	(11,2-23,0)
4702	Five Hills	8,4	(5,6-11,1)	14,8	(9,8-19,7)
4704	Regina	8,4	(6,9-9,9)	18,5	(15,9-21,2)
4705	Sunrise	10,1	(7,4-12,8)	18,6	(14,2-23,1)
4706	Saskatoon	6,8	(5,4-8,2)	*12,7	(10,3-15,1)
4709	Prince Albert	7,4	(4,9-9,9)	18,3	(13,8-22,9)
4710	Prairie North	7,5	(4,7-10,3)	16,3	(11,2-21,5)
Alberta		*6,7	(6,2-7,1)	*14,2	(13,4-15,0)
4831	South Zone	8,7	(7,3-10,1)	16,1	(13,4-18,7)
4832	Calgary Zone	*5,5	(4,6-6,4)	*11,6	(10,2-13,0)
4833	Central Zone	8,4	(7,2-9,5)	*18,5	(16,4-20,6)
4834	Edmonton Zone	*6,0	(5,2-6,8)	*13,0	(11,6-14,4)
4835	North Zone	6,9	(5,4-8,4)	18,2	(15,6-20,9)
Colombie-Britannique		7,7	(7,4-8,1)	15,9	(15,3-16,5)
5911	East Kootenay	7,1	(4,7-9,4)	20,4	(15,8-25,0)
5912	Kootenay Boundary	7,4	(5,2-9,6)	19,8	(15,9-23,8)
5913	Okanagan	*6,5	(5,4-7,6)	14,5	(12,7-16,3)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	8,8	(7,3-10,2)	15,2	(12,7-17,8)
5921	Fraser East	7,9	(6,4-9,3)	17,0	(14,6-19,4)
5922	Fraser North	8,3	(7,1-9,6)	15,6	(13,8-17,4)
5923	Fraser South	7,1	(6,1-8,1)	15,7	(14,1-17,4)
5931	Richmond	*10,3	(8,1-12,5)	*12,4	(9,4-15,4)
5932	Vancouver	7,6	(6,5-8,7)	14,4	(12,7-16,1)
5933	North Shore	7,3	(5,8-8,8)	*13,2	(10,8-15,5)
5941	South Vancouver Island	7,7	(6,3-9,1)	*20,7	(18,6-22,9)
5942	Central Vancouver Island	8,2	(6,8-9,6)	14,2	(11,8-16,5)
5943	North Vancouver Island	6,9	(4,4-9,4)	*19,9	(16,4-23,5)
5951	Northwest	8,7	(4,9-12,6)	20,6	(15,2-26,0)
5952	Northern Interior	9,7	(7,2-12,3)	16,3	(12,4-20,2)
5953	Northeast	11,4	(7,5-15,4)	21,1	(13,8-28,4)
Yukon		*	**	19,9	(11,8-28,0)
Territoires du Nord-Ouest		*	**	*7,2	(3,3-14,7)
Nunavut		*	**	*	**
Canada		7,8		16,0	

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.

Remarque : 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, ajusté selon les risques. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans.

Remarque : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données; 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 2008-2009 à 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		*5,2	(4,6-5,9)	13,8	(13,3-14,3)
1011	Est	5,0	(4,1-5,8)	13,2	(12,5-13,9)
1012	Centre	5,3	(4,0-6,7)	*15,1	(14,1-16,2)
1013	Ouest	5,2	(3,5-7,0)	13,5	(12,3-14,6)
Île-du-Prince-Édouard		4,8	(3,5-6,2)	13,7	(12,8-14,5)
Nouvelle-Écosse		4,5	(4,0-5,1)	*12,1	(11,7-12,5)
1211	South Shore	5,3	(3,5-7,1)	*11,3	(9,7-12,8)
1212	South West Nova	4,6	(2,7-6,6)	12,2	(10,9-13,6)
1223	Annapolis Valley	4,9	(3,1-6,7)	12,1	(10,7-13,5)
1234	Colchester East Hants	5,8	(4,0-7,6)	12,7	(11,1-14,2)
1258	Cape Breton	4,7	(3,4-6,0)	12,8	(11,8-13,8)
1269	Capital	3,3	(2,2-4,4)	*10,8	(10,0-11,6)
Nouveau-Brunswick		4,6	(4,0-5,3)	13,0	(12,6-13,4)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	3,9	(2,7-5,2)	12,7	(12,0-13,5)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*2,2	(0,9-3,6)	*12,1	(11,2-13,0)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	5,1	(3,8-6,4)	13,4	(12,6-14,2)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	4,0	(1,9-6,1)	12,9	(11,8-14,1)
Québec		..	..	*13,0	(12,9-13,2)
2401	Bas-Saint-Laurent	..	..	13,1	(12,4-13,8)
2402	Saguenay–Lac-Saint-Jean	..	..	13,2	(12,6-13,9)
2403	Capitale-Nationale	..	..	*11,6	(11,1-12,1)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	..	..	13,2	(12,6-13,7)
2405	Estrie	..	..	*14,2	(13,6-14,8)
2406	Montréal	..	..	*12,8	(12,5-13,1)
2407	Outaouais	..	..	*12,5	(11,7-13,2)
2408	Abitibi-Témiscamingue	..	..	13,5	(12,6-14,4)
2409	Côte-Nord	..	..	*14,7	(13,6-15,8)
2411	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	..	..	*15,0	(14,2-15,9)
2412	Chaudière-Appalaches	..	..	13,0	(12,4-13,6)
2413	Laval	..	..	*12,6	(11,9-13,3)
2414	Lanaudière	..	..	*12,0	(11,4-12,7)
2415	Laurentides	..	..	13,1	(12,5-13,7)
2416	Montérégie	..	..	*13,0	(12,7-13,3)
Ontario		4,0	(3,9-4,2)	13,3	(13,2-13,4)
3501	Érié St. Clair	*4,9	(4,2-5,7)	*12,8	(12,4-13,3)
3502	Sud-Ouest	3,8	(3,2-4,4)	13,7	(13,3-14,1)
3503	Waterloo Wellington	3,9	(3,1-4,7)	*12,0	(11,5-12,6)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	3,6	(3,0-4,1)	*12,9	(12,6-13,3)
3505	Centre-Ouest	4,1	(3,3-4,9)	*12,6	(12,0-13,1)
3506	Mississauga Halton	*3,0	(2,2-3,7)	*12,2	(11,7-12,6)
3507	Centre-Toronto	4,1	(3,3-4,8)	*14,3	(13,9-14,7)
3508	Centre	3,6	(3,0-4,3)	13,3	(13,0-13,7)
3509	Centre-Est	3,8	(3,3-4,4)	*12,8	(12,4-13,1)
3510	Sud-Est	4,1	(3,3-4,9)	*12,7	(12,1-13,2)
3511	Champlain	*3,0	(2,4-3,6)	13,6	(13,2-14,0)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	3,3	(2,4-4,2)	13,4	(12,8-13,9)
3513	Nord-Est	*6,7	(6,0-7,3)	*14,7	(14,3-15,2)
3514	Nord-Ouest	*5,6	(4,5-6,6)	*15,1	(14,5-15,7)
Manitoba		4,7	(4,1-5,3)	13,7	(13,3-14,0)
4610	Winnipeg	*3,2	(2,4-4,0)	*11,7	(11,1-12,2)
4615	Brandon	*	**	*11,3	(9,5-13,1)
4625	Sud-Est	*	**	14,1	(12,5-15,7)
4630	Entre-les-Lacs	*6,8	(5,0-8,7)	*15,4	(14,3-16,6)
4640	Centre	*6,6	(4,8-8,4)	*15,1	(14,0-16,2)
4645	Assiniboine	5,6	(3,5-7,7)	*15,0	(13,9-16,1)

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde 2008-2009 à 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		4,6	(4,0-5,2)	*15,1	(14,8-15,4)
4701	Sun Country	*	**	*15,3	(14,0-16,5)
4702	Five Hills	*	**	14,6	(13,2-15,9)
4704	Regina	3,2	(1,9-4,6)	*14,9	(14,3-15,6)
4705	Sunrise	5,2	(2,7-7,6)	*17,6	(16,7-18,6)
4706	Saskatoon	4,1	(2,9-5,3)	*14,8	(14,1-15,5)
4709	Prince Albert	4,5	(2,5-6,6)	12,9	(11,6-14,2)
4710	Prairie North	5,9	(3,6-8,2)	14,1	(12,8-15,4)
Alberta		*3,1	(2,7-3,5)	*13,0	(12,7-13,2)
4831	South Zone	3,4	(2,2-4,6)	13,2	(12,5-13,9)
4832	Calgary Zone	*3,2	(2,5-3,9)	*11,7	(11,3-12,2)
4833	Central Zone	3,8	(2,9-4,8)	*14,2	(13,7-14,7)
4834	Edmonton Zone	*2,1	(1,4-2,8)	*12,2	(11,8-12,6)
4835	North Zone	4,1	(3,0-5,2)	*14,6	(14,1-15,2)
Colombie-Britannique		3,8	(3,4-4,1)	*14,1	(14,0-14,3)
5911	East Kootenay	3,9	(2,1-5,8)	14,4	(13,2-15,7)
5912	Kootenay Boundary	5,7	(3,9-7,5)	14,0	(12,6-15,3)
5913	Okanagan	4,4	(3,5-5,4)	*14,1	(13,6-14,7)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	4,3	(3,1-5,6)	*14,6	(13,8-15,4)
5921	Fraser East	4,2	(2,9-5,5)	*14,5	(13,8-15,2)
5922	Fraser North	3,5	(2,4-4,7)	*14,7	(14,1-15,3)
5923	Fraser South	4,0	(3,1-4,9)	13,8	(13,3-14,3)
5931	Richmond	2,9	(0,8-5,0)	*14,8	(13,7-15,9)
5932	Vancouver	*2,8	(1,8-3,9)	*14,5	(14,0-15,1)
5933	North Shore	*2,5	(1,2-3,8)	*14,5	(13,7-15,2)
5941	South Vancouver Island	*2,4	(1,1-3,6)	*11,4	(10,7-12,1)
5942	Central Vancouver Island	3,8	(2,7-5,0)	13,5	(12,8-14,2)
5943	North Vancouver Island	4,5	(2,6-6,4)	13,9	(12,8-15,0)
5951	Northwest	*	**	*15,9	(14,6-17,1)
5952	Northern Interior	4,6	(2,9-6,4)	*14,9	(13,9-15,8)
5953	Northeast	*	**	15,0	(13,4-16,7)
Yukon		*	**	13,4	(11,4-15,5)
Territoires du Nord-Ouest		*	**	14,6	(12,8-16,3)
Nunavut		*	**	15,4	(13,1-17,7)
Canada		4,1		13,4	

Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde

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

Remarque : Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données; 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, Santé et Mieux-être Alberta.

Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux

Taux de réadmission imprévue du groupe de patients adultes en soins médicaux, ajusté selon les risques. Un retour urgent à un hôpital de soins de courte durée, toutes causes confondues, est considéré comme une réadmission s'il survient dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode initial de soins pour patients hospitalisés. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité des soins et la coordination des soins dans un établissement ou une région.

Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant ou après l'hospitalisation peuvent réduire efficacement le taux de réadmission.

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; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		6,3	(5,8-6,7)	+2,7	(2,4-3,1)
1011	Est	6,3	(5,8-6,9)	+2,9	(2,4-3,3)
1012	Centre	6,4	(5,4-7,3)	2,7	(1,9-3,5)
1013	Ouest	6,1	(5,0-7,2)	2,5	(1,5-3,5)
Île-du-Prince-Édouard		6,1	(5,2-6,9)	2,1	(1,4-2,8)
Nouvelle-Écosse		6,2	(5,9-6,5)	2,3	(2,0-2,5)
1211	South Shore	+4,9	(3,8-6,1)	2,9	(1,6-4,1)
1212	South West Nova	5,8	(4,5-7,0)	1,3	(0,0-2,5)
1223	Annapolis Valley	+5,4	(4,3-6,4)	+4,0	(3,2-4,9)
1234	Colchester East Hants	5,5	(4,4-6,6)	2,1	(1,3-2,9)
1258	Cape Breton	6,2	(5,4-7,0)	2,4	(1,6-3,3)
1269	Capital	6,7	(6,2-7,2)	2,2	(1,8-2,5)
Nouveau-Brunswick		6,4	(6,1-6,7)	2,2	(1,9-2,5)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	6,6	(5,9-7,2)	2,2	(1,6-2,9)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	6,6	(5,9-7,2)	1,9	(1,3-2,6)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	+7,4	(6,6-8,1)	2,1	(1,5-2,8)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	+5,4	(4,5-6,3)	2,4	(1,4-3,5)
Québec		+6,1	(6,0-6,2)	2,0	(1,9-2,1)
2401	Bas-Saint-Laurent	6,1	(5,5-6,8)	1,9	(1,2-2,7)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	6,2	(5,6-6,8)	2,4	(1,8-2,9)
2403	Capitale-Nationale	+5,6	(5,2-6,0)	1,9	(1,5-2,3)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	6,6	(6,1-7,0)	1,6	(1,1-2,0)
2405	Estrie	6,8	(6,3-7,3)	+1,2	(0,6-1,8)
2406	Montréal	+6,1	(5,8-6,3)	2,2	(2,0-2,4)
2407	Outaouais	+5,2	(4,6-5,8)	1,5	(1,1-2,0)
2408	Abitibi-Témiscamingue	7,2	(6,3-8,0)	+1,2	(0,5-1,9)
2409	Côte-Nord	+7,8	(6,8-8,8)	+3,1	(2,2-3,9)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	+7,7	(6,9-8,6)	1,9	(0,9-2,8)
2412	Chaudière-Appalaches	6,0	(5,5-6,5)	1,6	(1,1-2,1)
2413	Laval	6,0	(5,5-6,6)	2,2	(1,7-2,7)
2414	Lanaudière	+5,5	(5,0-6,0)	1,8	(1,3-2,2)
2415	Laurentides	+5,7	(5,3-6,2)	2,5	(2,0-2,9)
2416	Montérégie	+5,9	(5,7-6,2)	2,0	(1,8-2,2)
Ontario		6,6	(6,5-6,7)	+1,8	(1,7-1,9)
3501	Érié St. Clair	6,3	(5,9-6,7)	+0,9	(0,6-1,2)
3502	Sud-Ouest	6,9	(6,5-7,2)	1,9	(1,6-2,2)
3503	Waterloo Wellington	+5,7	(5,3-6,2)	1,8	(1,5-2,1)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	6,5	(6,2-6,8)	+1,7	(1,4-1,9)
3505	Centre-Ouest	6,7	(6,2-7,1)	1,8	(1,5-2,1)
3506	Mississauga Halton	6,3	(5,9-6,7)	+1,5	(1,3-1,8)
3507	Centre-Toronto	+7,4	(7,0-7,7)	+2,5	(2,2-2,7)
3508	Centre	6,4	(6,1-6,7)	+1,7	(1,5-1,9)
3509	Centre-Est	+5,9	(5,6-6,2)	1,8	(1,6-2,0)
3510	Sud-Est	6,7	(6,2-7,1)	2,3	(1,9-2,8)
3511	Champlain	6,9	(6,5-7,2)	1,9	(1,6-2,1)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	6,8	(6,3-7,3)	+1,5	(1,0-1,9)
3513	Nord-Est	+7,5	(7,1-7,8)	+1,6	(1,2-1,9)
3514	Nord-Ouest	+7,9	(7,3-8,5)	2,5	(2,0-2,9)
Manitoba		6,2	(5,9-6,5)	+2,4	(2,2-2,5)
4610	Winnipeg	+5,5	(5,1-5,9)	+2,6	(2,3-2,9)
4615	Brandon	6,6	(5,2-8,0)	1,1	(0,0-2,2)
4625	Sud-Est	6,7	(5,3-8,0)	2,5	(2,0-3,1)
4630	Entre-les-Lacs	6,4	(5,3-7,5)	2,3	(1,4-3,1)
4640	Centre	7,2	(6,2-8,2)	+2,6	(2,1-3,2)
4645	Assiniboine	6,9	(5,8-8,0)	1,8	(0,9-2,7)

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		*7,5	(7,2-7,8)	2,2	(2,0-2,4)
4701	Sun Country	7,2	(5,9-8,4)	*3,5	(2,6-4,4)
4702	Five Hills	7,7	(6,5-8,9)	*	**
4704	Regina	*7,3	(6,7-7,9)	2,1	(1,7-2,6)
4705	Sunrise	*8,7	(7,6-9,8)	*3,1	(2,1-4,1)
4706	Saskatoon	6,5	(5,9-7,1)	2,1	(1,6-2,5)
4709	Prince Albert	7,3	(6,1-8,5)	1,9	(1,1-2,6)
4710	Prairie North	*7,8	(6,6-9,0)	2,5	(1,9-3,1)
Alberta		6,4	(6,3-6,6)	1,8	(1,7-2,0)
4831	South Zone	6,7	(6,1-7,4)	1,6	(1,1-2,0)
4832	Calgary Zone	*5,8	(5,5-6,2)	1,8	(1,6-2,0)
4833	Central Zone	*7,1	(6,6-7,5)	*1,5	(1,2-1,8)
4834	Edmonton Zone	6,5	(6,1-6,8)	2,0	(1,8-2,2)
4835	North Zone	*7,2	(6,7-7,8)	2,1	(1,8-2,3)
Colombie-Britannique		*7,0	(6,8-7,1)	*2,4	(2,3-2,5)
5911	East Kootenay	7,1	(6,0-8,2)	2,5	(1,6-3,3)
5912	Kootenay Boundary	7,2	(6,1-8,2)	*3,4	(2,4-4,3)
5913	Okanagan	*7,9	(7,5-8,4)	2,4	(1,9-2,8)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	6,9	(6,2-7,6)	2,1	(1,5-2,7)
5921	Fraser East	*7,8	(7,2-8,5)	2,4	(1,9-2,8)
5922	Fraser North	7,0	(6,5-7,4)	*2,5	(2,2-2,7)
5923	Fraser South	6,6	(6,1-7,0)	*2,4	(2,1-2,7)
5931	Richmond	6,7	(5,8-7,5)	2,3	(1,6-3,1)
5932	Vancouver	*7,0	(6,6-7,5)	*2,5	(2,2-2,9)
5933	North Shore	7,1	(6,5-7,8)	2,1	(1,5-2,7)
5941	South Vancouver Island	*5,7	(5,2-6,2)	2,0	(1,6-2,5)
5942	Central Vancouver Island	*7,3	(6,8-7,9)	*2,7	(2,2-3,3)
5943	North Vancouver Island	6,5	(5,6-7,4)	*2,9	(2,2-3,7)
5951	Northwest	*8,3	(7,2-9,5)	2,4	(1,5-3,2)
5952	Northern Interior	6,9	(6,1-7,8)	2,2	(1,6-2,9)
5953	Northeast	6,5	(5,0-8,0)	1,7	(0,8-2,6)
Yukon		7,7	(5,7-9,6)	2,6	(1,3-3,8)
Territoires du Nord-Ouest		*9,0	(7,2-10,8)	1,5	(0,6-2,4)
Nunavut		7,6	(5,2-9,9)	*1,0	(0,3-1,6)
Canada		6,5		2,0	

Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux

Taux de réadmission imprévue du groupe de patients adultes en soins chirurgicaux, ajusté selon les risques. Un retour urgent à un hôpital de soins de courte durée, toutes causes confondues, est considéré comme une réadmission s'il survient dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode initial de soins pour patients hospitalisés. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité des soins et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant ou après l'hospitalisation peuvent réduire efficacement le taux de réadmission.

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; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux

Taux de réadmission imprévue du groupe de patients en soins obstétricaux, ajusté selon les risques. Un retour urgent à un hôpital de soins de courte durée, toutes causes confondues, est considéré comme une réadmission s'il survient dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode initial de soins pour patients hospitalisés. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité des soins et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant ou après l'hospitalisation peuvent réduire efficacement le taux de réadmission.

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; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		6,7	(5,8-7,5)	11,0	(9,4-12,7)
1011	Est	6,5	(5,4-7,6)	*7,7	(4,7-10,8)
1012	Centre	*9,1	(7,0-11,2)	10,7	(6,4-15,1)
1013	Ouest	4,7	(2,1-7,3)	14,1	(11,4-16,7)
Île-du-Prince-Édouard		*8,7	(7,2-10,1)	12,3	(10,2-14,4)
Nouvelle-Écosse		*7,7	(7,0-8,4)	11,8	(10,5-13,0)
1211	South Shore	*10,8	(7,9-13,7)	16,5	(10,1-22,8)
1212	South West Nova	7,7	(4,9-10,5)	8,1	(4,1-12,1)
1223	Annapolis Valley	6,2	(3,7-8,6)	*26,4	(21,4-31,4)
1234	Colchester East Hants	6,0	(3,7-8,3)	9,6	(4,0-15,3)
1258	Cape Breton	8,1	(6,5-9,7)	11,3	(8,7-13,9)
1269	Capital	*8,0	(6,9-9,0)	10,7	(8,5-13,0)
Nouveau-Brunswick		*6,0	(5,4-6,6)	11,0	(9,9-12,1)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	7,0	(5,8-8,1)	10,1	(7,7-12,4)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	5,6	(4,2-7,0)	*6,9	(3,3-10,5)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*5,0	(3,5-6,5)	9,3	(6,4-12,1)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	5,8	(4,0-7,5)	13,0	(10,1-15,8)
Québec		*6,4	(6,2-6,6)	11,2	(10,8-11,5)
2401	Bas-Saint-Laurent	*5,0	(3,5-6,4)	13,4	(11,4-15,4)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*7,8	(6,9-8,8)	12,9	(11,4-14,5)
2403	Capitale-Nationale	7,0	(6,3-7,7)	*8,6	(7,0-10,1)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	5,9	(5,1-6,7)	*13,3	(12,0-14,5)
2405	Estrie	5,9	(4,8-7,1)	*13,4	(11,8-15,0)
2406	Montréal	6,4	(5,9-7,0)	*8,7	(7,7-9,8)
2407	Outaouais	5,7	(4,6-6,7)	*8,9	(6,9-11,0)
2408	Abitibi-Témiscamingue	5,8	(4,6-7,0)	13,0	(10,6-15,4)
2409	Côte-Nord	*4,4	(2,7-6,0)	*7,9	(4,8-10,9)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	7,7	(6,0-9,5)	9,7	(6,6-12,8)
2412	Chaudière-Appalaches	6,7	(5,8-7,6)	11,9	(10,5-13,2)
2413	Laval	7,2	(6,1-8,3)	9,6	(7,4-11,8)
2414	Lanaudière	6,2	(5,3-7,0)	*13,5	(12,0-15,0)
2415	Laurentides	*5,3	(4,4-6,1)	*9,2	(7,7-10,8)
2416	Montérégie	6,5	(6,0-7,0)	11,3	(10,4-12,2)
Ontario		*7,0	(6,8-7,1)	11,5	(11,2-11,8)
3501	Érié St. Clair	7,3	(6,5-8,1)	*8,5	(7,0-10,0)
3502	Sud-Ouest	*7,7	(7,1-8,4)	10,4	(9,1-11,6)
3503	Waterloo Wellington	6,9	(6,1-7,6)	11,5	(10,1-12,9)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	6,8	(6,3-7,3)	10,7	(9,7-11,6)
3505	Centre-Ouest	6,9	(6,2-7,5)	10,7	(9,3-12,1)
3506	Mississauga Halton	7,1	(6,5-7,7)	10,5	(9,1-11,8)
3507	Centre-Toronto	7,2	(6,5-7,9)	*13,3	(12,3-14,3)
3508	Centre	7,0	(6,5-7,5)	11,8	(10,8-12,8)
3509	Centre-Est	6,9	(6,3-7,4)	11,2	(10,2-12,1)
3510	Sud-Est	6,5	(5,4-7,6)	11,2	(9,5-12,8)
3511	Champlain	6,1	(5,4-6,7)	10,9	(9,9-12,0)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	7,2	(6,2-8,3)	*9,7	(8,1-11,2)
3513	Nord-Est	7,0	(6,2-7,8)	*14,5	(13,5-15,5)
3514	Nord-Ouest	*7,8	(6,8-8,8)	12,6	(11,0-14,2)
Manitoba		6,9	(6,3-7,4)	*8,9	(7,9-9,8)
4610	Winnipeg	6,4	(5,5-7,3)	*8,3	(7,0-9,7)
4615	Brandon	6,5	(3,7-9,2)	10,2	(6,3-14,0)
4625	Sud-Est	6,2	(4,1-8,3)	9,3	(3,3-15,2)
4630	Entre-les-Lacs	5,2	(3,1-7,4)	*5,8	(1,0-10,6)
4640	Centre	6,4	(4,7-8,1)	11,7	(7,2-16,1)
4645	Assiniboine	8,8	(6,7-10,9)	12,8	(9,2-16,5)

Code de carte	Région sanitaire	Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques 2010-2011		Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %
Saskatchewan		*7,5	(7,0-7,9)	10,5	(9,6-11,4)
4701	Sun Country	4,8	(2,7-7,0)	8,1	(3,4-12,8)
4702	Five Hills	7,5	(5,9-9,0)	11,4	(7,9-14,9)
4704	Regina	7,4	(6,6-8,3)	10,1	(8,2-12,1)
4705	Sunrise	6,0	(4,2-7,7)	11,6	(7,7-15,6)
4706	Saskatoon	7,7	(6,7-8,8)	*8,4	(6,1-10,7)
4709	Prince Albert	*8,4	(7,0-9,7)	12,4	(9,5-15,3)
4710	Prairie North	6,3	(4,8-7,7)	9,6	(6,6-12,7)
Alberta		*6,1	(5,8-6,4)	*9,7	(9,1-10,3)
4831	South Zone	6,1	(5,1-7,1)	10,1	(8,5-11,7)
4832	Calgary Zone	*5,8	(5,3-6,4)	*9,3	(8,3-10,3)
4833	Central Zone	6,0	(5,2-6,8)	*9,2	(7,4-11,0)
4834	Edmonton Zone	*6,0	(5,4-6,6)	*8,4	(7,2-9,7)
4835	North Zone	6,8	(6,1-7,5)	12,3	(10,9-13,7)
Colombie-Britannique		*6,1	(5,7-6,4)	*13,0	(12,6-13,5)
5911	East Kootenay	*3,6	(1,5-5,7)	*15,0	(12,2-17,9)
5912	Kootenay Boundary	5,4	(2,8-8,0)	*16,7	(13,8-19,5)
5913	Okanagan	6,0	(4,9-7,2)	*14,0	(12,6-15,5)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	6,1	(4,7-7,6)	12,3	(10,4-14,2)
5921	Fraser East	6,0	(4,8-7,1)	13,1	(11,4-14,8)
5922	Fraser North	5,8	(4,8-6,9)	*12,8	(11,5-14,1)
5923	Fraser South	6,5	(5,8-7,3)	12,0	(10,8-13,2)
5931	Richmond	5,9	(4,0-7,8)	*15,7	(13,4-18,1)
5932	Vancouver	6,0	(4,9-7,1)	*13,4	(12,4-14,5)
5933	North Shore	5,6	(4,2-7,0)	*13,9	(12,0-15,8)
5941	South Vancouver Island	6,1	(5,0-7,2)	12,4	(10,8-14,0)
5942	Central Vancouver Island	6,4	(5,1-7,7)	12,2	(10,3-14,0)
5943	North Vancouver Island	5,1	(2,9-7,3)	11,9	(8,6-15,2)
5951	Northwest	7,8	(6,0-9,7)	10,2	(7,7-12,8)
5952	Northern Interior	5,9	(4,5-7,4)	12,3	(10,3-14,2)
5953	Northeast	5,5	(3,1-7,9)	12,1	(9,0-15,1)
Yukon		4,1	(0,4-7,7)	10,0	(5,9-14,2)
Territoires du Nord-Ouest		8,1	(5,9-10,3)	11,8	(9,1-14,5)
Nunavut		7,2	(5,4-9,0)	10,2	(5,6-14,9)
Canada		6,7		11,4	

Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques

Taux de réadmission imprévue du groupe de patients en soins pédiatriques. Un retour urgent à un hôpital de soins de courte durée, toutes causes confondues, est considéré comme une réadmission s'il survient dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode initial de soins pour patients hospitalisés. Les réadmissions urgentes et imprévues dans un établissement de soins de courte durée servent de plus en plus à mesurer la qualité des soins et la coordination des soins dans un établissement ou une région. Bien que toutes les réadmissions imprévues ne puissent être évitées, les interventions pendant ou après l'hospitalisation peuvent réduire efficacement le taux de réadmission.

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; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale

Taux de réadmission après un congé de l'hôpital en raison d'une maladie mentale, ajusté selon les risques. Le terme « réadmission » désigne les cas où un patient atteint d'une maladie mentale sélectionnée est de nouveau hospitalisé dans un hôpital général dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode initial de soins pour patients hospitalisés. Des taux élevés de réadmission dans les 30 jours pourraient être interprétés comme une conséquence directe d'une mauvaise coordination des services ou comme une conséquence indirecte d'une mauvaise continuité des soins après la sortie du patient.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 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	Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale 2009-2010		Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		12,0	(10,2-13,8)	*83	(74-93)
1011	Est	9,8	(6,6-13,0)	71	(59-82)
1012	Centre	11,2	(7,5-15,0)	78	(54-102)
1013	Ouest	*15,7	(12,4-18,9)	*123	(92-154)
Île-du-Prince-Édouard		12,2	(9,9-14,5)	*44	(32-57)
Nouvelle-Écosse		10,0	(8,6-11,3)	60	(55-66)
1211	South Shore	8,6	(2,7-14,6)	*34	(16-52)
1212	South West Nova	10,2	(5,5-14,9)	74	(44-104)
1223	Annapolis Valley	6,8	(0,8-12,7)	*40	(23-57)
1234	Colchester East Hants	*4,6	(2,0-10,2)	70	(47-93)
1258	Cape Breton	12,6	(9,8-15,4)	*101	(77-125)
1269	Capital	8,7	(6,4-11,0)	*53	(45-61)
Nouveau-Brunswick		10,4	(9,2-11,5)	*77	(69-84)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	8,4	(6,1-10,8)	*51	(40-62)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*3,8	(0,2-7,3)	*88	(71-105)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	9,5	(6,6-12,3)	68	(53-82)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	13,5	(10,3-16,6)	73	(49-97)
Québec		*10,2	(9,7-10,6)	*58	(56-60)
2401	Bas-Saint-Laurent	13,0	(10,8-15,1)	78	(63-93)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*12,9	(11,1-14,8)	*90	(76-104)
2403	Capitale-Nationale	*6,6	(5,1-8,0)	60	(53-66)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*14,0	(12,6-15,4)	*91	(81-101)
2405	Estrie	10,4	(8,5-12,2)	*80	(68-92)
2406	Montréal	*8,2	(7,2-9,2)	*23	(20-25)
2407	Outaouais	*6,2	(4,1-8,3)	66	(57-76)
2408	Abitibi-Témiscamingue	11,9	(9,1-14,7)	*118	(97-139)
2409	Côte-Nord	10,4	(7,4-13,3)	83	(61-105)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11,0	(7,8-14,2)	*127	(97-157)
2412	Chaudière-Appalaches	*12,5	(10,9-14,0)	*98	(86-109)
2413	Laval	9,0	(6,7-11,2)	*18	(13-23)
2414	Lanaudière	10,4	(8,7-12,0)	62	(53-70)
2415	Laurentides	*8,7	(7,1-10,3)	59	(52-67)
2416	Montérégie	10,5	(9,6-11,5)	62	(57-67)
Ontario		10,5	(10,2-10,9)	*63	(62-65)
3501	Érié St. Clair	*8,3	(6,8-9,9)	60	(53-67)
3502	Sud-Ouest	9,8	(8,5-11,1)	68	(62-74)
3503	Waterloo Wellington	9,8	(8,2-11,4)	*74	(67-81)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*9,4	(8,4-10,5)	*74	(69-79)
3505	Centre-Ouest	9,5	(8,0-11,0)	*49	(43-54)
3506	Mississauga Halton	10,9	(9,5-12,3)	*38	(34-42)
3507	Centre-Toronto	*13,5	(12,3-14,6)	*50	(46-55)
3508	Centre	10,4	(9,2-11,5)	*38	(35-41)
3509	Centre-Est	11,0	(9,9-12,1)	*48	(44-52)
3510	Sud-Est	*8,4	(6,6-10,2)	72	(63-81)
3511	Champlain	10,2	(9,0-11,3)	*52	(48-57)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	9,1	(7,4-10,8)	*132	(120-145)
3513	Nord-Est	*12,6	(11,5-13,8)	*160	(147-173)
3514	Nord-Ouest	10,8	(9,0-12,6)	*188	(167-210)
Manitoba		*9,7	(8,7-10,7)	*58	(53-63)
4610	Winnipeg	*9,0	(7,7-10,3)	*43	(37-48)
4615	Brandon	11,2	(7,0-15,3)	73	(46-100)
4625	Sud-Est	6,0	(0,4-11,6)	*41	(23-59)
4630	Entre-les-Lacs	*5,8	(1,4-10,3)	*40	(24-56)
4640	Centre	7,5	(2,9-12,2)	*34	(20-47)
4645	Assiniboine	11,7	(7,8-15,7)	50	(28-72)

Code de carte	Région sanitaire	Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale 2009-2010		Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée 2010-2011	
		Taux ajusté selon les risques (%)	IC de 95 %	Taux normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		11,2	(10,2-12,3)	*85	(78-91)
4701	Sun Country	12,8	(6,7-18,8)	88	(57-119)
4702	Five Hills	*17,9	(13,8-22,0)	76	(47-105)
4704	Regina	10,1	(8,0-12,3)	71	(59-82)
4705	Sunrise	14,2	(10,0-18,4)	78	(46-109)
4706	Saskatoon	*7,8	(5,6-10,1)	62	(52-72)
4709	Prince Albert	12,1	(8,8-15,4)	66	(43-88)
4710	Prairie North	12,6	(9,2-16,0)	*174	(137-212)
Alberta		*9,6	(9,0-10,2)	*60	(58-63)
4831	South Zone	*13,5	(11,7-15,3)	*101	(87-114)
4832	Calgary Zone	10,5	(9,4-11,5)	*40	(36-43)
4833	Central Zone	*7,3	(5,5-9,0)	68	(59-76)
4834	Edmonton Zone	*8,4	(7,3-9,6)	*59	(54-63)
4835	North Zone	*9,0	(7,4-10,7)	*99	(88-109)
Colombie-Britannique		*12,7	(12,2-13,2)	*76	(73-79)
5911	East Kootenay	12,8	(9,4-16,2)	87	(63-112)
5912	Kootenay Boundary	8,6	(5,4-11,8)	74	(50-98)
5913	Okanagan	*13,2	(11,6-14,8)	*120	(106-134)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*13,0	(10,9-15,1)	*105	(88-122)
5921	Fraser East	*13,0	(11,2-14,7)	*91	(78-103)
5922	Fraser North	*12,9	(11,4-14,4)	*54	(47-61)
5923	Fraser South	*12,7	(11,4-14,1)	*79	(71-86)
5931	Richmond	12,4	(9,4-15,3)	*44	(34-54)
5932	Vancouver	*13,7	(12,5-15,0)	*44	(38-50)
5933	North Shore	*14,1	(12,0-16,2)	59	(48-69)
5941	South Vancouver Island	10,6	(8,8-12,4)	70	(60-80)
5942	Central Vancouver Island	11,3	(9,2-13,4)	*120	(103-136)
5943	North Vancouver Island	*6,0	(2,6-9,3)	*95	(73-117)
5951	Northwest	*17,9	(14,8-20,9)	*210	(168-252)
5952	Northern Interior	12,9	(10,8-15,1)	*122	(100-143)
5953	Northeast	11,2	(7,9-14,5)	*43	(25-61)
Yukon		*4,7	(2,0-10,5)	*178	(127-229)
Territoires du Nord-Ouest		13,3	(9,8-16,7)	*260	(207-314)
Nunavut		7,4	(2,9-12,0)	*296	(231-360)
Canada		10,8		66	(65-67)

Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

Pourcentage des personnes ayant connu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée, ajusté selon les risques, par rapport à toutes les personnes ayant connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée dans les hôpitaux généraux au cours d'un exercice donné. On considère cet indicateur comme une mesure indirecte du caractère approprié des soins. Les variations dans cet indicateur selon les provinces et territoires peuvent refléter les différences dans les services offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale pour les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité sans qu'elles nécessitent une hospitalisation.

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

Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée

Taux d'hospitalisation dans un hôpital général en raison d'une blessure auto-infligée, par 100 000 personnes de 15 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Les blessures auto-infligées peuvent résulter de comportements suicidaires ou de tentatives d'automutilation. Dans de nombreux cas, elles peuvent être évitées grâce à la détection et au traitement précoce des maladies mentales. Bien que le système de santé ne puisse pas contrôler certains facteurs de risque, les taux élevés d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées pourraient résulter de l'incapacité du système à prévenir des blessures auto-infligées suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Sources : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 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	Hospitalisation liée à la maladie mentale 2010-2011		Jours-patients associés à une maladie mentale 2010-2011	
		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		*417	(388-445)	*492	(443-541)
1011	Est	*188	(167-209)	*242	(206-279)
1012	Centre	*560	(476-645)	714	(577-851)
1013	Ouest	*916	(793-1 040)	*1 322	(1 056-1 588)
Île-du-Prince-Édouard		*870	(794-947)	*884	(780-989)
Nouvelle-Écosse		*379	(360-399)	*607	(544-670)
1211	South Shore	*295	(229-361)	573	(384-762)
1212	South West Nova	*634	(530-738)	692	(538-846)
1223	Annapolis Valley	*275	(180-369)	*251	(176-325)
1234	Colchester East Hants	*304	(246-362)	*447	(315-579)
1258	Cape Breton	*662	(587-737)	*1 129	(913-1 345)
1269	Capital	*262	(241-284)	*555	(451-658)
Nouveau-Brunswick		*588	(562-615)	*834	(763-906)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	487	(443-530)	731	(638-824)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*285	(252-319)	736	(516-956)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*419	(376-461)	*546	(467-626)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*831	(723-938)	*1 202	(991-1 412)
Québec		*435	(428-442)	*894	(867-922)
2401	Bas-Saint-Laurent	*707	(641-773)	*1 060	(919-1 202)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*807	(746-869)	*1 191	(1 061-1 321)
2403	Capitale-Nationale	*329	(310-348)	743	(673-813)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*649	(610-687)	*991	(869-1 113)
2405	Estrie	*655	(607-703)	*1 447	(1 292-1 603)
2406	Montréal	*252	(242-261)	*811	(747-874)
2407	Outaouais	*387	(358-415)	*540	(483-596)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*627	(558-696)	837	(638-1 036)
2409	Côte-Nord	*728	(649-806)	*1 797	(1 020-2 575)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*675	(586-764)	*921	(712-1 131)
2412	Chaudière-Appalaches	*684	(643-724)	*1 132	(1 025-1 238)
2413	Laval	*274	(251-298)	*843	(721-965)
2414	Lanaudière	*504	(468-539)	*905	(802-1 009)
2415	Laurentides	*392	(366-417)	*936	(830-1 042)
2416	Montérégie	474	(456-492)	*888	(828-947)
Ontario		*409	(403-414)	*485	(475-496)
3501	Érié St. Clair	*390	(367-414)	651	(580-723)
3502	Sud-Ouest	*414	(394-433)	*489	(456-523)
3503	Waterloo Wellington	*393	(370-415)	*380	(348-411)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	463	(446-481)	*489	(461-517)
3505	Centre-Ouest	*338	(319-357)	*374	(345-402)
3506	Mississauga Halton	*275	(261-289)	*348	(319-377)
3507	Centre-Toronto	*394	(376-412)	*514	(481-546)
3508	Centre	*292	(280-304)	*360	(338-381)
3509	Centre-Est	*367	(352-381)	*443	(405-481)
3510	Sud-Est	*385	(358-412)	*447	(405-489)
3511	Champlain	*385	(367-402)	*493	(462-524)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*556	(522-590)	*434	(397-472)
3513	Nord-Est	*976	(927-1 025)	*1 203	(1 108-1 298)
3514	Nord-Ouest	*865	(799-932)	*914	(760-1 067)
Manitoba		*511	(493-530)	*787	(740-834)
4610	Winnipeg	*441	(419-463)	*885	(814-956)
4615	Brandon	*765	(657-873)	*1 209	(961-1 458)
4625	Sud-Est	*270	(214-325)	*339	(235-443)
4630	Entre-les-Lacs	*351	(294-408)	*416	(313-519)
4640	Centre	*295	(247-344)	*284	(204-364)
4645	Assiniboine	*675	(581-769)	779	(601-957)

Code de carte	Région sanitaire	Hospitalisation liée à la maladie mentale 2010-2011		Jours-patients associés à une maladie mentale 2010-2011	
		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		*601	(578-624)	*769	(725-813)
4701	Sun Country	541	(451-632)	704	(536-872)
4702	Five Hills	*859	(716-1 002)	*1 095	(865-1 325)
4704	Regina	*535	(493-577)	*803	(717-889)
4705	Sunrise	*724	(608-839)	*1 073	(803-1 343)
4706	Saskatoon	*347	(318-375)	697	(613-781)
4709	Prince Albert	*818	(715-920)	704	(579-828)
4710	Prairie North	*904	(787-1 021)	807	(633-982)
Alberta		*423	(413-432)	661	(636-687)
4831	South Zone	*737	(689-786)	*988	(889-1 087)
4832	Calgary Zone	*371	(357-386)	*728	(679-776)
4833	Central Zone	*419	(392-446)	*549	(492-607)
4834	Edmonton Zone	*339	(323-354)	*608	(565-651)
4835	North Zone	*620	(583-657)	*499	(452-546)
Colombie-Britannique		*594	(582-606)	*734	(713-755)
5911	East Kootenay	*815	(710-919)	*442	(365-518)
5912	Kootenay Boundary	*844	(725-963)	651	(535-767)
5913	Okanagan	*765	(717-812)	*800	(724-876)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*674	(618-729)	620	(552-689)
5921	Fraser East	*633	(585-682)	720	(641-799)
5922	Fraser North	*534	(505-564)	682	(627-737)
5923	Fraser South	*503	(475-530)	666	(617-716)
5931	Richmond	*411	(363-460)	*377	(317-437)
5932	Vancouver	*590	(562-619)	*949	(884-1 014)
5933	North Shore	496	(453-539)	638	(557-720)
5941	South Vancouver Island	*543	(505-580)	*942	(840-1 044)
5942	Central Vancouver Island	*616	(562-670)	*827	(710-944)
5943	North Vancouver Island	485	(424-547)	567	(442-691)
5951	Northwest	*1 019	(892-1 146)	*852	(696-1 008)
5952	Northern Interior	*847	(768-926)	768	(672-865)
5953	Northeast	*831	(722-941)	770	(605-935)
Yukon		*778	(632-925)	591	(396-787)
Territoires du Nord-Ouest		*1 424	(1 235-1 612)	1 062	(580-1 545)
Nunavut		*736	(606-866)	*452	(337-567)
Canada		467	(464-471)	678	(669-687)

Hospitalisation liée à la maladie mentale

Taux de sortie des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à une maladie mentale sélectionnée par 100 000 habitants de 15 ans ou plus, normalisé selon l'âge. Le taux d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux est une mesure partielle de l'utilisation des services hospitaliers en milieu de soins de courte durée. Cet indicateur peut refléter des différences entre les provinces et territoires, comme la santé de la population, les modèles de prestation de services de santé ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés, en hébergement, ambulatoires et communautaires.

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

Jours-patients associés à une maladie mentale

Taux du nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée par 10 000 habitants de 15 ans ou plus, ajusté selon l'âge. Le taux de jours-patients dans les hôpitaux généraux est une mesure partielle de l'utilisation des services hospitaliers en milieu de soins de courte durée. Cet indicateur peut refléter des différences entre les provinces et territoires, comme la santé de la population, les modèles de prestation de services de santé ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés, en hébergement, ambulatoires et communautaires.

Sources : Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 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	Arthroplastie de la hanche 2010-2011		Arthroplastie du genou 2010-2011	
		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		*70	(63-77)	*136	(126-146)
1011	Est	*74	(63-84)	*129	(116-142)
1012	Centre	*77	(60-95)	141	(119-163)
1013	Ouest	*57	(42-73)	146	(120-172)
Île-du-Prince-Édouard		*78	(63-93)	*140	(121-160)
Nouvelle-Écosse		*109	(103-116)	*180	(172-189)
1211	South Shore	*153	(123-183)	*244	(209-279)
1212	South West Nova	85	(63-108)	*118	(93-143)
1223	Annapolis Valley	106	(85-128)	172	(145-198)
1234	Colchester East Hants	112	(88-135)	163	(135-191)
1258	Cape Breton	*128	(109-148)	*208	(184-231)
1269	Capital	103	(93-114)	*189	(175-204)
Nouveau-Brunswick		100	(93-108)	*150	(141-158)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*119	(104-134)	*141	(125-157)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	90	(75-104)	*187	(167-208)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	105	(89-120)	*184	(163-205)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*77	(58-96)	97	(76-117)
Québec		*71	(69-73)	*116	(113-118)
2401	Bas-Saint-Laurent	89	(77-101)	170	(153-187)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	*68	(58-78)	149	(135-162)
2403	Capitale-Nationale	*64	(58-70)	*103	(96-110)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	*64	(57-71)	*130	(121-140)
2405	Estrie	*77	(68-87)	*117	(105-129)
2406	Montréal	*63	(60-67)	*85	(81-89)
2407	Outaouais	100	(89-111)	*179	(164-194)
2408	Abitibi-Témiscamingue	*61	(48-75)	*104	(87-121)
2409	Côte-Nord	*67	(50-84)	*198	(169-227)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*48	(35-61)	*112	(93-132)
2412	Chaudière-Appalaches	*80	(71-88)	*134	(123-145)
2413	Laval	*70	(61-78)	*92	(82-102)
2414	Lanaudière	*78	(70-87)	*116	(106-126)
2415	Laurentides	*83	(75-90)	*122	(112-132)
2416	Montérégie	*75	(71-80)	*122	(116-128)
Ontario		*109	(107-111)	*181	(179-184)
3501	Érié St. Clair	*119	(110-128)	*210	(199-221)
3502	Sud-Ouest	*132	(125-140)	*205	(195-214)
3503	Waterloo Wellington	*122	(114-131)	169	(158-179)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*123	(117-129)	*214	(206-222)
3505	Centre-Ouest	*68	(62-75)	*173	(163-184)
3506	Mississauga Halton	97	(90-103)	*145	(137-153)
3507	Centre-Toronto	*94	(88-100)	*112	(106-119)
3508	Centre	*91	(86-96)	*143	(136-149)
3509	Centre-Est	100	(94-105)	*183	(176-190)
3510	Sud-Est	*126	(116-136)	*256	(243-270)
3511	Champlain	*110	(104-116)	*179	(171-187)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*141	(130-152)	*195	(182-208)
3513	Nord-Est	*125	(116-134)	*250	(237-262)
3514	Nord-Ouest	*163	(146-180)	*231	(211-250)
Manitoba		*121	(114-128)	*181	(173-189)
4610	Winnipeg	*117	(109-126)	170	(159-180)
4615	Brandon	128	(94-162)	158	(121-194)
4625	Sud-Est	102	(74-131)	*212	(171-253)
4630	Entre-les-Lacs	106	(84-128)	*202	(172-232)
4640	Centre	*131	(107-155)	*225	(194-257)
4645	Assiniboine	*129	(103-156)	148	(121-175)

Code de carte	Région sanitaire	Arthroplastie de la hanche 2010-2011		Arthroplastie du genou 2010-2011	
		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		*128	(121-136)	*210	(200-219)
4701	Sun Country	117	(88-146)	165	(129-200)
4702	Five Hills	129	(99-159)	*221	(182-260)
4704	Regina	*115	(101-130)	*190	(172-208)
4705	Sunrise	*134	(105-162)	*222	(185-259)
4706	Saskatoon	*133	(119-147)	*217	(198-235)
4709	Prince Albert	121	(94-147)	*211	(177-244)
4710	Prairie North	*133	(103-163)	187	(151-222)
Alberta		*117	(113-121)	*174	(169-179)
4831	South Zone	*144	(129-160)	*280	(258-301)
4832	Calgary Zone	*116	(109-123)	162	(154-170)
4833	Central Zone	*133	(121-145)	*225	(209-240)
4834	Edmonton Zone	*110	(103-117)	*146	(138-153)
4835	North Zone	107	(95-119)	160	(145-174)
Colombie-Britannique		*108	(105-111)	*156	(152-159)
5911	East Kootenay	*139	(114-164)	*241	(208-274)
5912	Kootenay Boundary	*145	(121-169)	166	(140-192)
5913	Okanagan	*129	(118-140)	*195	(182-209)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*136	(121-151)	156	(140-172)
5921	Fraser East	96	(84-108)	*190	(173-207)
5922	Fraser North	*86	(78-94)	*120	(110-130)
5923	Fraser South	94	(87-102)	168	(158-178)
5931	Richmond	*63	(51-75)	*103	(87-119)
5932	Vancouver	*65	(59-72)	*93	(84-101)
5933	North Shore	*117	(104-129)	152	(137-166)
5941	South Vancouver Island	*129	(118-141)	*124	(113-135)
5942	Central Vancouver Island	*124	(112-137)	165	(151-179)
5943	North Vancouver Island	*165	(142-187)	172	(151-194)
5951	Northwest	*132	(103-160)	*277	(236-318)
5952	Northern Interior	*173	(149-197)	*332	(300-365)
5953	Northeast	128	(94-161)	194	(154-234)
Yukon		120	(74-166)	212	(151-273)
Territoires du Nord-Ouest		139	(85-193)	126	(77-176)
Nunavut		108	(34-182)	*490	(328-652)
Canada		100	(99-101)	160	(159-161)

Arthroplastie de la hanche

Taux d'arthroplastie 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'arthroplastie 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; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée 2010-2011		Pontage aortocoronarien 2010-2011	
		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		*146	(136-156)	*75	(68-83)
1011	Est	*141	(128-155)	*73	(63-83)
1012	Centre	180	(155-206)	*88	(70-105)
1013	Ouest	*126	(101-152)	68	(51-85)
Île-du-Prince-Édouard		177	(155-199)	60	(47-73)
Nouvelle-Écosse		174	(166-182)	*56	(51-60)
1211	South Shore	149	(120-179)	60	(41-78)
1212	South West Nova	179	(147-212)	51	(34-68)
1223	Annapolis Valley	179	(151-207)	57	(42-72)
1234	Colchester East Hants	*211	(177-245)	52	(35-68)
1258	Cape Breton	172	(149-195)	65	(52-78)
1269	Capital	169	(156-182)	*53	(46-61)
Nouveau-Brunswick		*201	(191-211)	*71	(65-77)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*194	(175-214)	*80	(68-92)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*229	(207-252)	*78	(65-91)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*218	(195-241)	*79	(65-92)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*221	(190-253)	74	(57-92)
Québec		**	**	*60	(59-62)
2401	Bas-Saint-Laurent	**	**	58	(48-68)
2402	Saguenay–Lac-Saint-Jean	**	**	56	(47-64)
2403	Capitale-Nationale	**	**	59	(53-65)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	**	**	62	(55-69)
2405	Estrie	**	**	*45	(38-53)
2406	Montréal	**	**	*58	(55-62)
2407	Outaouais	**	**	*53	(45-61)
2408	Abitibi-Témiscamingue	**	**	61	(48-74)
2409	Côte-Nord	**	**	73	(55-91)
2411	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	**	**	77	(61-93)
2412	Chaudière-Appalaches	**	**	65	(57-72)
2413	Laval	**	**	57	(49-64)
2414	Lanaudière	**	**	61	(54-69)
2415	Laurentides	**	**	62	(56-69)
2416	Montérégie	**	**	*67	(63-72)
Ontario		174	(171-176)	*68	(66-69)
3501	Érié St. Clair	169	(159-179)	*81	(74-88)
3502	Sud-Ouest	*139	(132-147)	*68	(63-74)
3503	Waterloo Wellington	*108	(100-116)	62	(55-68)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*200	(192-207)	*83	(78-88)
3505	Centre-Ouest	*191	(180-201)	69	(62-75)
3506	Mississauga Halton	*156	(148-164)	*73	(68-79)
3507	Centre-Toronto	*153	(145-160)	*46	(41-50)
3508	Centre	*155	(148-161)	*56	(52-60)
3509	Centre-Est	*165	(158-171)	60	(56-64)
3510	Sud-Est	*207	(194-219)	*103	(94-111)
3511	Champlain	*188	(180-196)	*52	(48-57)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	184	(171-197)	*89	(80-98)
3513	Nord-Est	*246	(233-258)	68	(62-75)
3514	Nord-Ouest	*284	(262-306)	*105	(92-119)
Manitoba		168	(160-175)	*72	(67-77)
4610	Winnipeg	169	(158-179)	*71	(64-78)
4615	Brandon	*80	(53-108)	55	(34-77)
4625	Sud-Est	204	(165-243)	*93	(65-120)
4630	Entre-les-Lacs	192	(161-223)	78	(59-97)
4640	Centre	155	(128-181)	65	(49-82)
4645	Assiniboine	169	(138-200)	63	(45-80)

Code de carte	Région sanitaire	Intervention coronarienne percutanée 2010-2011		Pontage aortocoronarien 2010-2011	
		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		*205	(196-214)	*79	(73-85)
4701	Sun Country	*133	(101-166)	77	(54-101)
4702	Five Hills	*138	(107-170)	60	(40-80)
4704	Regina	187	(169-205)	*91	(79-104)
4705	Sunrise	150	(120-181)	80	(58-102)
4706	Saskatoon	*238	(219-257)	63	(53-73)
4709	Prince Albert	*235	(200-271)	*95	(73-118)
4710	Prairie North	172	(138-206)	57	(38-77)
Alberta		169	(165-174)	*43	(40-45)
4831	South Zone	*144	(129-160)	*49	(40-58)
4832	Calgary Zone	*151	(143-158)	*35	(32-39)
4833	Central Zone	178	(164-192)	*49	(41-56)
4834	Edmonton Zone	171	(163-180)	*44	(39-48)
4835	North Zone	*239	(221-257)	*51	(42-60)
Colombie-Britannique		*164	(160-168)	*58	(56-61)
5911	East Kootenay	*142	(116-168)	*45	(30-59)
5912	Kootenay Boundary	*134	(110-158)	49	(34-63)
5913	Okanagan	*151	(139-163)	*42	(36-48)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*141	(126-156)	*44	(36-52)
5921	Fraser East	*240	(221-259)	*75	(64-86)
5922	Fraser North	184	(172-196)	68	(61-76)
5923	Fraser South	181	(171-191)	66	(60-72)
5931	Richmond	*147	(129-166)	*49	(38-60)
5932	Vancouver	*126	(117-136)	*54	(48-61)
5933	North Shore	*128	(115-142)	60	(51-70)
5941	South Vancouver Island	*155	(143-168)	*48	(41-55)
5942	Central Vancouver Island	*194	(179-210)	65	(56-74)
5943	North Vancouver Island	176	(152-199)	62	(49-75)
5951	Northwest	163	(131-195)	*93	(69-117)
5952	Northern Interior	184	(160-207)	77	(62-93)
5953	Northeast	*216	(173-258)	64	(40-89)
Yukon		176	(120-232)	*38	(13-63)
Territoires du Nord-Ouest		220	(155-285)	63	(27-98)
Nunavut		112	(46-179)	72	(15-129)
Canada		173	(171-174)	63	(62-64)

Intervention coronarienne percutanée

Taux d'intervention coronarienne percutanée (ICP) pratiquée 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 (PAC). Elles sont pratiquées dans le but de dégager des artères coronaires obstruées. Le choix de la méthode de revascularisation (c.-à-d. ICP ou PAC) 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.

Remarque : 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.

Pontage aortocoronarien

Taux de pontage aortocoronarien pratiqué 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 pontage aortocoronarien.

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 2010-2011		Hystérectomie 2010-2011	
		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		*221	(208-233)	*410	(381-438)
1011	Est	*214	(197-231)	*375	(341-410)
1012	Centre	*267	(237-298)	*456	(384-528)
1013	Ouest	*194	(164-225)	*504	(420-588)
Île-du-Prince-Édouard		236	(211-261)	*407	(350-463)
Nouvelle-Écosse		229	(219-239)	*415	(394-437)
1211	South Shore	206	(171-240)	354	(269-438)
1212	South West Nova	231	(194-267)	*521	(420-622)
1223	Annapolis Valley	235	(203-266)	*628	(528-728)
1234	Colchester East Hants	262	(224-299)	*533	(445-622)
1258	Cape Breton	238	(211-264)	*497	(426-567)
1269	Capital	221	(206-236)	*286	(261-312)
Nouveau-Brunswick		*271	(259-283)	*399	(376-423)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	*274	(251-297)	*430	(384-476)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	*306	(280-333)	*372	(327-417)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	*295	(268-321)	329	(285-373)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	*296	(259-332)	*404	(331-478)
Québec		**	***	*300	(294-306)
2401	Bas-Saint-Laurent	**	***	*421	(371-471)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	**	***	*458	(414-503)
2403	Capitale-Nationale	**	***	*250	(232-269)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	**	***	*387	(357-417)
2405	Estrie	**	***	*451	(410-492)
2406	Montréal	**	***	*201	(191-211)
2407	Outaouais	**	***	*260	(233-286)
2408	Abitibi-Témiscamingue	**	***	*494	(433-556)
2409	Côte-Nord	**	***	328	(272-385)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	**	***	*424	(353-495)
2412	Chaudière-Appalaches	**	***	*413	(380-447)
2413	Laval	**	***	*249	(226-273)
2414	Lanaudière	**	***	338	(311-364)
2415	Laurentides	**	***	325	(301-349)
2416	Montérégie	**	***	*310	(296-325)
Ontario		*240	(237-243)	*308	(304-313)
3501	Érié St. Clair	*250	(237-262)	*431	(404-458)
3502	Sud-Ouest	*206	(197-215)	*386	(365-407)
3503	Waterloo Wellington	*169	(159-179)	*396	(373-420)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	*282	(273-291)	*361	(345-377)
3505	Centre-Ouest	*257	(245-270)	*258	(241-275)
3506	Mississauga Halton	227	(218-237)	*218	(205-232)
3507	Centre-Toronto	*198	(189-206)	*173	(161-184)
3508	Centre	*210	(202-217)	*233	(222-244)
3509	Centre-Est	*224	(216-231)	322	(308-336)
3510	Sud-Est	*304	(289-319)	*374	(345-404)
3511	Champlain	238	(229-247)	331	(315-347)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	*269	(254-284)	*385	(355-414)
3513	Nord-Est	*312	(298-326)	*497	(465-529)
3514	Nord-Ouest	*389	(363-415)	*272	(237-307)
Manitoba		238	(229-248)	*380	(362-399)
4610	Winnipeg	239	(227-251)	340	(318-362)
4615	Brandon	*136	(101-170)	*460	(362-559)
4625	Sud-Est	*294	(247-342)	406	(324-488)
4630	Entre-les-Lacs	270	(233-306)	*458	(377-540)
4640	Centre	218	(187-249)	*443	(376-511)
4645	Assiniboine	232	(196-268)	*548	(451-645)

Code de carte	Région sanitaire	Revascularisation cardiaque 2010-2011		Hystérectomie 2010-2011	
		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		*281	(270-292)	*435	(414-457)
4701	Sun Country	211	(171-250)	*544	(435-654)
4702	Five Hills	*194	(157-232)	*694	(570-818)
4704	Regina	*276	(254-298)	*386	(346-425)
4705	Sunrise	230	(192-268)	*608	(493-722)
4706	Saskatoon	*297	(276-319)	*381	(345-417)
4709	Prince Albert	*325	(283-367)	296	(231-360)
4710	Prairie North	228	(188-267)	*615	(511-719)
Alberta		*211	(206-217)	*371	(361-382)
4831	South Zone	*192	(174-210)	*508	(461-554)
4832	Calgary Zone	*185	(177-194)	*303	(288-318)
4833	Central Zone	226	(211-241)	*515	(480-551)
4834	Edmonton Zone	*215	(205-224)	341	(324-359)
4835	North Zone	*289	(269-309)	*479	(443-515)
Colombie-Britannique		*221	(216-225)	*299	(291-307)
5911	East Kootenay	*185	(156-215)	328	(263-393)
5912	Kootenay Boundary	*183	(155-211)	393	(317-468)
5913	Okanagan	*193	(179-206)	*387	(351-422)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	*185	(168-202)	*470	(419-521)
5921	Fraser East	*311	(289-333)	*507	(463-550)
5922	Fraser North	*250	(236-264)	*216	(198-234)
5923	Fraser South	246	(234-258)	*272	(252-291)
5931	Richmond	*194	(173-216)	*167	(140-194)
5932	Vancouver	*178	(167-190)	*152	(137-166)
5933	North Shore	*188	(172-204)	*198	(173-223)
5941	South Vancouver Island	*201	(187-216)	302	(273-330)
5942	Central Vancouver Island	*258	(240-276)	*498	(450-547)
5943	North Vancouver Island	235	(209-262)	*440	(374-506)
5951	Northwest	256	(216-296)	*410	(332-488)
5952	Northern Interior	260	(232-288)	*658	(586-730)
5953	Northeast	277	(228-326)	334	(260-407)
Yukon		214	(153-275)	356	(252-460)
Territoires du Nord-Ouest		283	(209-357)	334	(239-428)
Nunavut		177	(91-263)	258	(132-383)
Canada		235	(233-237)	325	(322-328)

Revascularisation cardiaque

Taux de pontage aortocoronarien pratiqué sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée ou d'intervention coronarienne percutanée (ICP) pratiquée 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 revascularisation cardiaque représente le total des activités liées à la revascularisation cardiaque dans une province ou un territoire.

Remarque : 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.

Hystérectomie

Taux d'hystérectomie pratiquée 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, les variations des taux d'hystérectomie peuvent être attribuables à de nombreux facteurs, notamment les différences démographiques et les différences dans 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; 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, 2010-2011					Pontage aorto-coronarien
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	
Terre-Neuve-et-Labrador		..	..	..	..	..	..
1011	Est	1,10	1,02	0,99	1,06	1,79	1,85
1012	Centre	0,84	0,91	1,07	0,91	0,00	0,00
1013	Ouest	0,94	1,00	0,98	1,01	0,00	0,00
Île-du-Prince-Édouard		0,91	0,94	0,97	0,92	0,00	0,00
Nouvelle-Écosse		..	..	..	..	..	..
1211	South Shore	0,67	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00
1212	South West Nova	0,75	0,00	0,00	0,79	0,00	0,00
1223	Annapolis Valley	0,96	1,72	1,94	1,30	0,00	0,00
1234	Colchester East Hants	0,60	0,00	0,00	0,98	0,00	0,00
1258	Cape Breton	0,91	1,01	1,06	0,74	0,00	0,00
1269	Capital	1,43	1,55	1,34	1,23	2,91	3,17
Nouveau-Brunswick		..	..	..	..	..	..
1301	Zone 1 (région de Moncton)	1,11	1,19	1,23	1,27	0,00	0,00
1302	Zone 2 (région de Saint John)	1,15	1,03	0,98	0,94	3,97	4,20
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	0,92	1,08	1,08	0,97	0,00	0,00
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	0,92	1,10	0,94	0,82	0,00	0,00
Québec		..	..	..	..	..	..
2401	Bas-Saint-Laurent	0,92	0,95	0,98	0,96	..	0,00
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1,00	1,00	1,05	1,03	..	1,02
2403	Capitale-Nationale	1,32	1,15	1,09	1,38	..	2,62
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	0,90	0,95	1,04	0,96	..	0,00
2405	Estrie	1,09	0,65	0,57	1,05	..	1,78
2406	Montréal	1,40	1,83	1,79	1,66	..	2,99
2407	Outaouais	0,78	0,73	0,82	0,51	..	0,00
2408	Abitibi-Témiscamingue	0,97	0,92	1,07	1,00	..	0,00
2409	Côte-Nord	0,78	0,80	0,81	0,75	..	0,00
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0,73	0,56	0,67	0,69	..	0,00
2412	Chaudière-Appalaches	0,78	1,13	1,15	0,73	..	0,00
2413	Laval	0,76	0,37	0,61	0,82	..	0,00
2414	Lanaudière	0,72	0,66	0,60	0,64	..	0,00
2415	Laurentides	0,76	0,58	0,70	0,63	..	0,00
2416	Montérégie	0,78	0,69	0,69	0,77	..	0,00
Ontario		..	..	..	..	..	..
3501	Érié St. Clair	0,88	0,87	0,89	0,88	0,58	0,00
3502	Sud-Ouest	1,07	0,99	0,97	1,11	1,04	1,47
3503	Waterloo Wellington	0,90	0,96	0,99	0,91	1,49	1,41
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,00	0,96	0,94	1,03	0,99	1,12
3505	Centre-Ouest	0,76	0,73	0,75	0,58	0,00	0,00
3506	Mississauga Halton	0,96	0,83	0,93	0,78	1,57	1,38
3507	Centre-Toronto	1,88	2,49	2,65	2,53	3,03	4,41
3508	Centre	0,89	0,86	0,97	0,91	0,83	1,03
3509	Centre-Est	0,82	0,75	0,86	0,80	0,47	0,00
3510	Sud-Est	0,95	1,00	1,02	1,03	0,93	0,96
3511	Champlain	1,11	1,03	1,02	1,13	1,12	1,48
3512	Simcoe-Nord Muskoka	0,87	0,66	0,71	0,91	0,00	0,00
3513	Nord-Est	0,93	0,70	0,75	0,90	0,92	0,84
3514	Nord-Ouest	0,91	0,95	1,00	0,71	0,78	0,00
Manitoba		..	..	..	..	..	..
4610	Winnipeg	1,40	1,61	1,64	1,57	1,84	1,91
4615	Brandon	1,62	0,97	2,16	2,02	0,00	0,00
4625	Sud-Est	0,60	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00
4630	Entre-les-Lacs	0,54	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00
4640	Centre	0,79	1,21	0,84	0,28	0,00	0,00
4645	Assiniboine	0,55	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00

Code de carte	Région sanitaire	Ratio d'entrées et de sorties, 2010-2011					
		Général	Arthroplastie de la hanche	Arthroplastie du genou	Hystérectomie	Intervention coronarienne percutanée	Pontage aorto-coronarien
Saskatchewan		..	..	..	..	..	..
4701	Sun Country	0,55	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00
4702	Five Hills	0,83	0,43	0,36	0,87	0,00	0,00
4704	Regina	1,22	1,27	1,29	1,26	1,78	1,88
4705	Sunrise	0,83	0,00	0,00	1,11	0,00	0,00
4706	Saskatoon	1,37	2,06	2,09	1,52	1,91	2,11
4709	Prince Albert	0,99	0,58	0,71	0,84	0,00	0,00
4710	Prairie North	1,06	0,00	0,00	1,46	0,00	0,00
Alberta		..	..	..	..	..	..
4831	South Zone	0,93	1,03	1,24	0,97	0,00	0,00
4832	Calgary Zone	1,07	1,14	1,04	1,06	1,44	1,60
4833	Central Zone	0,80	0,61	0,65	0,77	0,00	0,00
4834	Edmonton Zone	1,24	1,23	1,26	1,26	1,87	1,83
4835	North Zone	0,79	0,69	0,71	0,60	0,00	0,00
Colombie-Britannique		..	..	..	..	..	..
5911	East Kootenay	0,84	0,74	0,81	0,68	0,00	0,00
5912	Kootenay Boundary	0,84	0,73	0,77	0,84	0,00	0,00
5913	Okanagan	1,03	1,02	1,04	1,01	1,58	0,00
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	0,92	0,51	0,58	0,97	0,00	0,00
5921	Fraser East	0,91	0,81	0,83	0,89	0,00	0,00
5922	Fraser North	1,03	0,70	0,82	0,83	2,24	2,05
5923	Fraser South	0,78	0,51	0,65	0,64	0,00	0,00
5931	Richmond	0,96	1,43	2,26	0,96	0,00	0,00
5932	Vancouver	1,62	3,77	2,74	2,55	3,65	4,33
5933	North Shore	0,88	0,72	0,94	0,73	0,00	0,00
5941	South Vancouver Island	1,15	0,96	0,92	1,07	2,44	3,24
5942	Central Vancouver Island	0,84	0,81	0,84	0,87	0,00	0,00
5943	North Vancouver Island	0,86	1,01	1,26	1,01	0,00	0,00
5951	Northwest	0,84	0,31	0,51	0,95	0,00	0,00
5952	Northern Interior	0,90	0,65	0,86	0,76	0,00	0,00
5953	Northeast	0,84	0,78	0,91	0,83	0,00	0,00
Yukon		0,83	0,00	0,51	0,88	0,00	0,00
Territoires du Nord-Ouest		0,96	0,80	1,13	0,91	0,00	0,00
Nunavut		0,44	0,00	0,00	0,18	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 (ICP) 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 équivalant 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 équivalant 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 ICP ne sont pas disponibles en raison des différences dans la collecte de données.

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

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens/médecins de famille 2010		Médecins spécialistes 2010	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
Terre-Neuve-et-Labrador		118	(109-128)	108	(99-117)
1011	Est	120	(107-132)	137	(124-150)
1012	Centre	116	(94-138)	66	(50-83)
1013	Ouest	121	(97-146)	75	(56-94)
Île-du-Prince-Édouard		89	(74-105)	77	(62-91)
Nouvelle-Écosse		114	(107-121)	111	(105-118)
1211	South Shore	117	(89-145)	55	(36-74)
1212	South West Nova	90	(66-115)	43	(26-59)
1223	Annapolis Valley	104	(82-126)	75	(56-94)
1234	Colchester East Hants	89	(68-111)	46	(31-62)
1258	Cape Breton	103	(85-121)	78	(62-94)
1269	Capital	131	(120-141)	172	(159-184)
Nouveau-Brunswick		109	(101-116)	97	(90-104)
1301	Zone 1 (région de Moncton)	108	(94-123)	119	(104-134)
1302	Zone 2 (région de Saint John)	105	(89-120)	113	(97-129)
1303	Zone 3 (région de Fredericton)	105	(89-120)	72	(59-84)
1306	Zone 6 (région de Bathurst)	111	(87-134)	82	(62-102)
Québec		111	(109-114)	114	(111-116)
2401	Bas-Saint-Laurent	139	(122-155)	99	(86-113)
2402	Saguenay-Lac-Saint-Jean	118	(105-131)	81	(70-92)
2403	Capitale-Nationale	153	(143-162)	179	(169-189)
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	100	(91-108)	76	(68-84)
2405	Estrie	132	(119-145)	142	(128-155)
2406	Montréal	120	(115-125)	209	(203-216)
2407	Outaouais	97	(86-107)	55	(47-62)
2408	Abitibi-Témiscamingue	130	(112-149)	84	(69-99)
2409	Côte-Nord	143	(119-167)	61	(45-76)
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	190	(162-218)	88	(69-107)
2412	Chaudière-Appalaches	107	(97-117)	74	(65-82)
2413	Laval	89	(80-99)	69	(61-77)
2414	Lanaudière	81	(73-89)	54	(47-60)
2415	Laurentides	88	(80-96)	48	(43-54)
2416	Montérégie	93	(88-98)	62	(58-67)
Ontario		92	(90-94)	97	(96-99)
3501	Érié St. Clair	69	(62-75)	57	(51-62)
3502	Sud-Ouest	91	(85-98)	110	(103-116)
3503	Waterloo Wellington	83	(76-89)	60	(55-66)
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brant	83	(78-88)	100	(95-105)
3505	Centre-Ouest	65	(60-71)	44	(39-48)
3506	Mississauga Halton	76	(71-81)	61	(57-66)
3507	Centre-Toronto	160	(153-167)	296	(286-305)
3508	Centre	83	(79-87)	70	(66-74)
3509	Centre-Est	71	(67-76)	58	(54-61)
3510	Sud-Est	111	(102-120)	109	(99-118)
3511	Champlain	118	(112-124)	130	(124-137)
3512	Simcoe-Nord Muskoka	88	(80-97)	54	(47-60)
3513	Nord-Est	94	(86-102)	65	(58-72)
3514	Nord-Ouest	107	(94-121)	62	(52-72)
Manitoba		99	(93-104)	89	(83-94)
4610	Winnipeg	104	(96-111)	143	(134-152)
4615	Brandon	143	(110-176)	84	(59-109)
4625	Sud-Est	66	(47-85)	*	**
4630	Entre-les-Lacs	83	(64-103)	17	(8-26)
4640	Centre	90	(72-107)	17	(10-25)
4645	Assiniboine	99	(76-122)	*	**

Code de carte	Région sanitaire	Omnipraticiens/médecins de famille 2010		Médecins spécialistes 2010	
		Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %	Taux par 100 000 habitants	IC de 95 %
Saskatchewan		95	(89-101)	75	(69-80)
4701	Sun Country	69	(47-91)	*	**
4702	Five Hills	75	(52-99)	40	(23-56)
4704	Regina	99	(87-112)	86	(75-97)
4705	Sunrise	72	(49-95)	24	(11-37)
4706	Saskatoon	117	(105-129)	143	(130-156)
4709	Prince Albert	104	(81-126)	47	(32-63)
4710	Prairie North	84	(63-106)	18	(8-28)
Alberta		109	(106-113)	103	(99-106)
4831	South Zone	94	(82-105)	59	(50-68)
4832	Calgary Zone	117	(111-122)	123	(117-129)
4833	Central Zone	90	(82-99)	33	(28-38)
4834	Edmonton Zone	120	(114-127)	145	(138-152)
4835	North Zone	84	(75-93)	22	(17-26)
Colombie-Britannique		119	(116-122)	96	(93-98)
5911	East Kootenay	149	(122-176)	43	(29-58)
5912	Kootenay Boundary	156	(128-183)	50	(35-66)
5913	Okanagan	121	(109-132)	88	(78-97)
5914	Thompson/Cariboo/Shuswap	109	(96-123)	58	(48-68)
5921	Fraser East	92	(81-103)	45	(37-53)
5922	Fraser North	83	(76-91)	75	(68-81)
5923	Fraser South	79	(73-86)	48	(43-53)
5931	Richmond	88	(75-101)	65	(53-76)
5932	Vancouver	169	(159-178)	264	(251-276)
5933	North Shore	130	(116-143)	69	(59-78)
5941	South Vancouver Island	157	(145-170)	127	(116-139)
5942	Central Vancouver Island	129	(116-143)	62	(53-71)
5943	North Vancouver Island	152	(130-174)	66	(52-81)
5951	Northwest	152	(124-180)	26	(15-38)
5952	Northern Interior	125	(107-143)	55	(43-67)
5953	Northeast	95	(72-118)	13	(5-21)
Yukon		180	(135-224)	29	(11-47)
Territoires du Nord-Ouest		55	(33-77)	23	(9-37)
Nunavut		30	(11-49)	*	**
Canada		104	(103-105)	101	(100-102)

Médecins

Nombre d'**omnipraticiens/médecins de famille** (spécialistes de la médecine familiale et de la médecine familiale 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 qui sont inscrits auprès d'un collège des médecins provincial ou territorial et qui possèdent 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) 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, du Yukon et de l'Alberta, 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 sont des indicateurs utiles qui 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 de données de l'ICIS, les résultats peuvent varier par rapport aux données provinciales et territoriales. Les lecteurs devraient par conséquent éviter de tirer des conclusions quant à la suffisance des ressources en matière de dispensateurs sur la base des taux uniquement.

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

Professionnels de la santé choisis†

	2010										
	Infirmières		Pharmaciens	Dentistes	Hygiénistes dentaires		Diététistes	Ergo- thérapeutes	Physio- thérapeutes	Chiro- praticiens	Opto- métristes	Psychologues
IA	IAA										
T.-N.-L.	1 181	490	122	35	30	31	32	40	11	10	41
Î.-P.-É.	1 026	411	118	51	59	47	31	41	6	13	25
N.-É.	972	374	122	56	69	50	41	57	12	11	52
N.-B.	1 076	372	96	42	54	45	42	61	8	15	48
Qc	835	255	96	53	66	34	48	48	15	16	94
Ont.	717	229	80	64	90	24	33	42	31	14	25
Man.	935	220	107	51	54	32	43	58	21	10	20
Sask.	907	259	118	37	48	29	26	55	18	13	45
Alb.	766	195	103	55	70	27	40	56	25	14	66
C.-B.	679	181	89	66	70	24	37	62	23	12	23
Yn	1 041	184	70	117	79			93	20	17	..
T.N.-O.	1 443	197	39	122	53	24	27	..	..	0	165
Nun.	..	..	90	198	15			..	..	0	60
Canada	783	237	92	58	75	28	38	49	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 %, 2009				
	Réelles 2009	Prévisions 2010	Prévisions 2011			Services institutionnels	Services professionnels	Médecaments	Santé publique	Immobilisations et autres dépenses de santé
				2009	2009					
T.-N.-L.	3 000	3 298	3 500	12,0	77,1	53,3	17,4	15,0	3,5	10,8
Î.-P.-É.	779	842	873	16,4	73,4	41,6	20,1	15,6	4,7	18,0
N.-É.	5 332	5 691	5 930	15,6	69,0	45,7	21,0	17,3	2,4	13,6
N.-B.	4 302	4 550	4 784	15,6	69,9	45,2	21,5	17,1	3,5	12,7
Qc	38 191	40 010	41 926	12,6	71,9	41,1	21,6	19,6	4,3	13,4
Ont.	71 811	75 469	77 438	12,4	68,5	35,9	26,2	16,9	7,1	13,9
Man.	7 314	7 655	8 059	14,3	74,8	42,7	20,9	13,5	7,2	15,7
Sask.	5 818	6 309	6 788	10,3	76,9	40,5	22,4	14,2	9,6	13,3
Alb.	21 519	23 891	24 936	8,7	72,9	39,5	26,1	13,3	7,0	14,1
C.-B.	22 972	24 031	25 097	12,0	71,0	38,5	24,0	13,0	6,8	17,7
Yn	278	301	314	13,7	79,9	37,7	17,0	9,2	19,4	16,7
T.N.-O.	432	439	452	10,5	84,4	47,7	17,1	6,9	8,1	20,2
Nun.	365	367	401	24,2	93,2	46,7	17,2	5,8	9,5	20,8
Canada	182 113	192 854	200 499	11,9	70,9	39,0	24,2	16,2	6,3	14,3

Dépenses de santé du secteur public
par affectation de fonds (dollars par habitant), 2009Dépenses de santé du secteur privé
par affectation de fonds (dollars par habitant), 2009

	Dépenses de santé du secteur public					Dépenses de santé du secteur privé				
	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.	2 881	701	280	209	483	267	325	606	0	153
Î.-P.-É.	2 018	710	255	260	813	277	399	607	0	183
N.-É.	2 262	724	350	137	445	332	472	633	0	321
N.-B.	2 305	731	271	203	500	288	502	708	0	233
Qc	1 759	627	421	208	491	246	429	533	0	164
Ont.	1 597	871	355	388	555	374	571	575	0	211
Man.	2 231	794	311	429	721	327	461	496	0	226
Sask.	2 022	822	362	540	599	267	445	442	0	155
Alb.	2 071	898	298	412	597	244	634	479	0	230
C.-B.	1 790	618	225	351	673	194	619	445	0	236
Yn	2 398	984	394	1 602	1 221	718	425	361	0	159
T.N.-O.	3 855	1 403	364	801	1 919	864	288	318	0	77
Nun.	5 090	1 761	348	1 081	2 277	199	189	304	0	79
Canada	1 810	771	342	338	567	297	534	535	0	207

Professionnels de la santé

Infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), pharmaciens (à l'exception du Québec 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 : 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. Ils peuvent différer de ceux publiés par les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation en raison des méthodes de collecte, de traitement et de déclaration des données de l'ICIS. Pour plus de renseignements sur la méthodologie, les problèmes de qualité des données et les professions, consultez le rapport *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 2000 à 2009 — guide de référence* ou écrivez-nous à bdps@icis.ca.

Sources : Base de données sur le personnel de la santé, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada, *Estimations démographiques trimestrielles*, vol. 24, n° 4 (mars 2011), n° 91-002-X au catalogue.

Dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé comprennent tout type de dépense dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé ou d'en prévenir la détérioration. Elles sont présentées en dollars courants et en proportion du produit intérieur brut (PIB). Cette définition permet l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des effets secondaires. On compte les activités dont l'objectif direct repose sur l'amélioration ou le maintien de la santé. Les autres activités ne sont pas comprises, bien qu'elles puissent avoir des répercussions 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 présentées en tant que proportion des dépenses totales de santé.

Le secteur public comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux.

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

Dépenses totales de santé selon l'affectation des fonds

Répartition en pourcentage des dépenses totales de santé par catégorie de dépenses de santé. La catégorie des **services en établissement** comprend les hôpitaux et les établissements de soins en hébergement approuvés, financés ou exploités par les gouvernements provinciaux et territoriaux. La catégorie des **services professionnels** comprend les honoraires professionnels principaux versés aux médecins en exercice privé ainsi que les honoraires des dentistes, des denturologistes, des chiropraticiens et des autres professionnels de la santé en exercice privé. Cette catégorie n'inclut pas la rémunération des professionnels de la santé à même le budget de l'hôpital ou de l'organisme de santé du secteur public. Les dépenses liées aux médecins représentent généralement les sommes qui transigent dans des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. 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 l'assurance-maladie fournie par les gouvernements ou les compagnies d'assurance-maladie privées, ainsi que le coût intégral de l'infrastructure nécessaire au fonctionnement des ministères de la Santé (dépenses administratives); 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

- Les indicateurs ont été élaborés selon une méthodologie visant à optimiser la comparabilité des données entre régions, provinces et territoires, étant donné les caractéristiques des fichiers de données nationaux disponibles. Ainsi, il peut exister des différences entre les définitions, les sources de données et les procédures d'extraction figurant dans certains rapports à l'échelle locale, régionale ou provinciale et territoriale lorsqu'elles font l'objet de comparaison à celles décrites dans le présent document. De plus, des divergences sont possibles 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. Pour déterminer la région sanitaire d'un patient, les codes postaux sont d'abord mis en correspondance avec la géographie de recensement à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP, mai 2011) de Statistique Canada, puis avec une région sanitaire à l'aide d'un autre produit de Statistique Canada intitulé Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement. Les limites sont celles qui étaient en vigueur en décembre 2007, à l'exception des zones de l'Alberta, en vigueur depuis décembre 2010.
- En Nouvelle-Écosse, de nouveaux codes de région ont été attribués aux zones et aux régions régionales de la santé. Les noms restent toutefois les mêmes.
- Les données portent 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, d'une valeur de code postal ou d'un autre élément de données pertinent désignant les résidents étrangers.
- Pour les indicateurs appartenant à la dimension Équité, les patients ont été classés dans des quintiles de revenu du quartier à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+, version 5J) de Statistique Canada. Le code postal du lieu de résidence du patient au moment de l'hospitalisation a été mis en correspondance avec la plus petite unité géographique disponible aux fins d'analyse dans le Recensement du Canada de 2006 — aire de diffusion (AD) — et le quintile de revenu du quartier correspondant a été attribué au patient.
- Sauf avis contraire, les hospitalisations englobent les congés et les décès des patients dans des établissements de soins de courte durée pour la période de référence. Les cas de chirurgie d'un jour (patients externes) sont inclus dans plusieurs indicateurs. Les patients admis à un hôpital autre que de soins de courte durée (p. ex. 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. arthroplastie de la hanche ou du genou, intervention coronarienne percutanée et 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 du genou 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, selon le cas.
- Dans le cas des indicateurs Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale [MM], Hospitalisation liée à la MM, Jours-patients associés à une MM et Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, la population d'intérêt comprend les sorties d'hôpitaux généraux. Les hôpitaux psychiatriques autonomes signalés par les administrateurs des bases de données utilisées ne sont pas inclus. Dans le cas de la Base de données sur les congés des patients (BDGP), cela comprend tous les établissements signalés comme hôpitaux psychiatriques. Dans le cas des données sur les hospitalisations de MED-ÉCHO, cela comprend tous les centres hospitaliers de soins psychiatriques. L'équipe du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'ICIS a fourni une liste de tous les hôpitaux psychiatriques du SIOSM. Les hôpitaux généraux ou psychiatriques peuvent fournir des services spécialisés en soins de courte durée, et la prestation de services peut légèrement varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Pour cette raison, il faut faire preuve de vigilance lorsqu'il s'agit de comparer les régions, provinces et territoires.
- Les maladies mentales sélectionnées pour les indicateurs liés à la santé mentale (à l'exception de l'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée) sont les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.
- Le Weyburn Mental Health Centre, en Saskatchewan, est désormais inclus dans tous les indicateurs liés à la santé mentale (réadmission dans les 30 jours en raison d'une MM, hospitalisations répétées en raison d'une MM, hospitalisation liée à la MM, jours-patients associés à une MM et hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée). Pour cette raison, les taux de la Région sanitaire Sun Country (4701) ne sont pas comparables à ceux déclarés au cours des années précédentes.
- Dans le cas des indicateurs Réadmission dans les 30 jours en raison d'une MM, Hospitalisation liée à la MM, Jours-patients associés à une MM et Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, les taux de 2009-2010 et de 2010-2011 du RLISS du Nord-Est ne sont pas comparables. Cette situation est attribuable au fait que le Brantford General Hospital du Brant Community Healthcare System n'a pas soumis ses données de 2009-2010 au SIOSM avant la date limite pour le rapport *Indicateurs de santé 2011*.

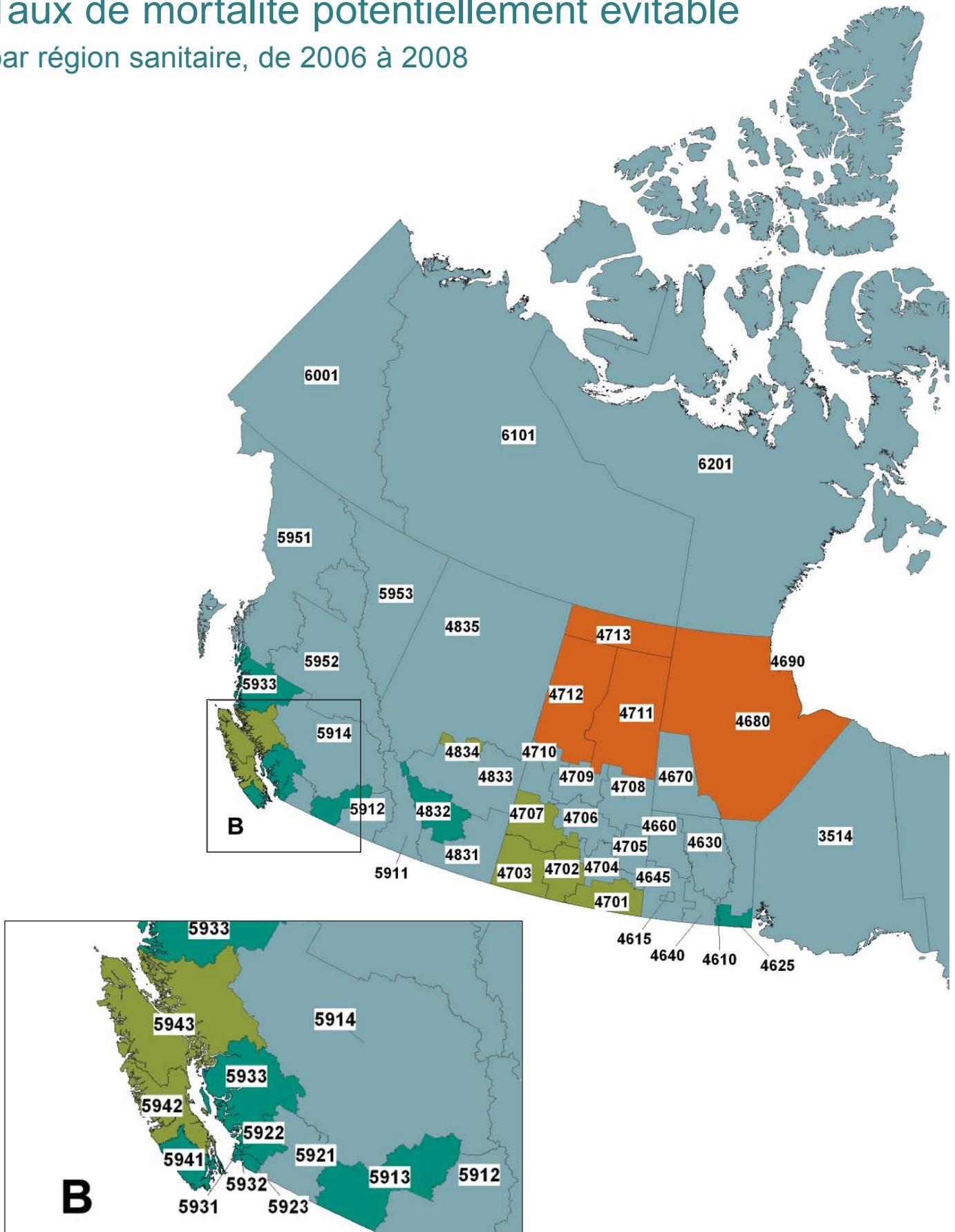
- Les indicateurs Asthme, Réadmission à la suite d'une hystérectomie, Réadmission à la suite d'une prostatectomie et Fracture de la hanche à l'hôpital ont été supprimés du rapport *Indicateurs de santé 2012*. Toutefois, ils continueront d'être déclarés dans le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (rapportshopitaux@icis.ca).
- 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.
- En raison de différences dans la soumission des données, un résident du Manitoba traité à l'intérieur et à l'extérieur de la province ne pouvait pas être identifié comme la même personne. Il se peut que cette situation touche un petit nombre de cas en ce qui concerne les indicateurs qui nécessitent un suivi du patient après l'hospitalisation.
- Vous trouverez les codes de diagnostics et d'interventions ayant servi à extraire les données, les définitions détaillées et les notes techniques dans la publication en ligne *Indicateurs de santé* (www.icis.ca ou www.statcan.gc.ca). Les taux des indicateurs des années qui précèdent celles figurant dans la présente publication se trouvent également dans la publication en ligne.

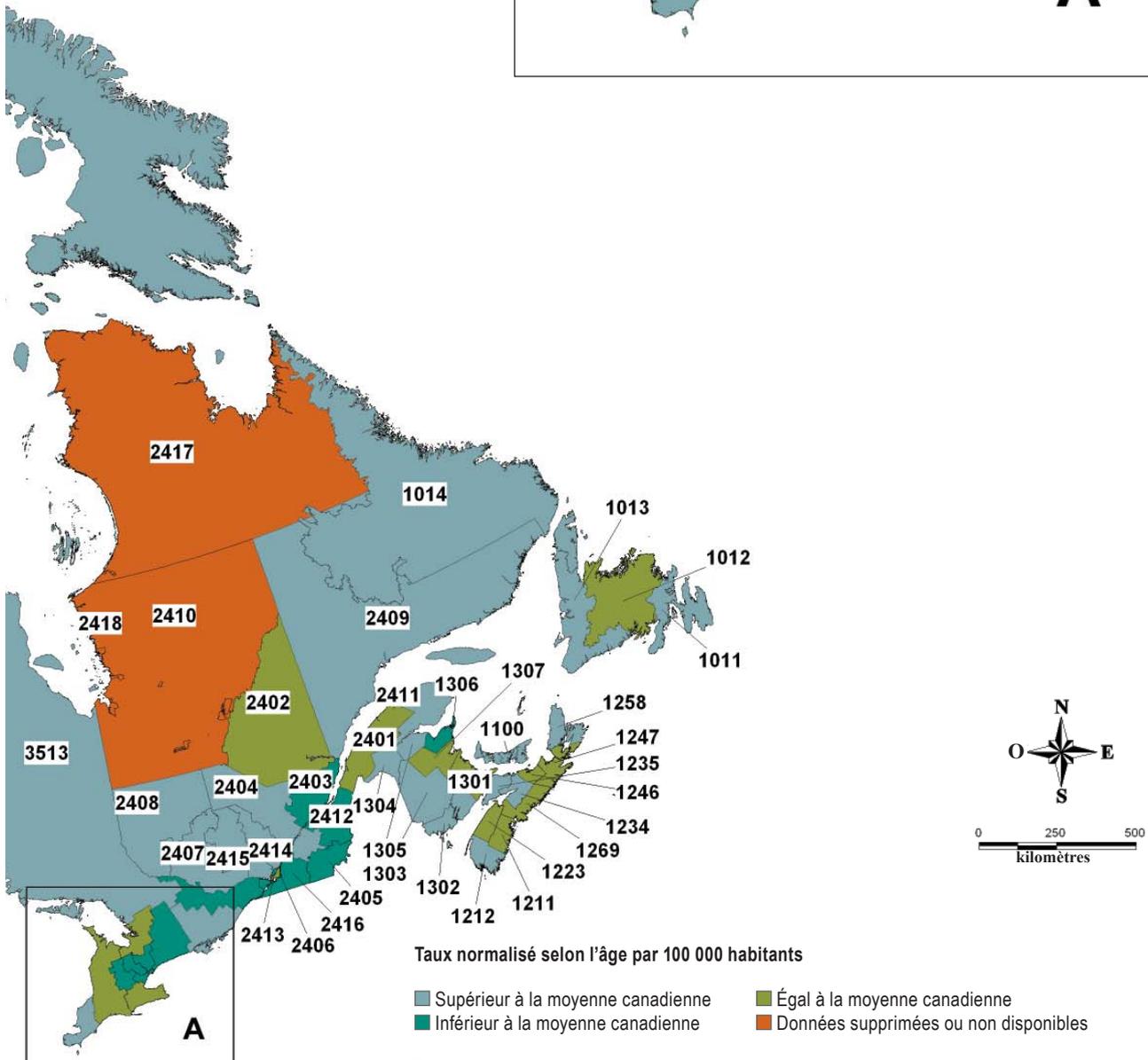
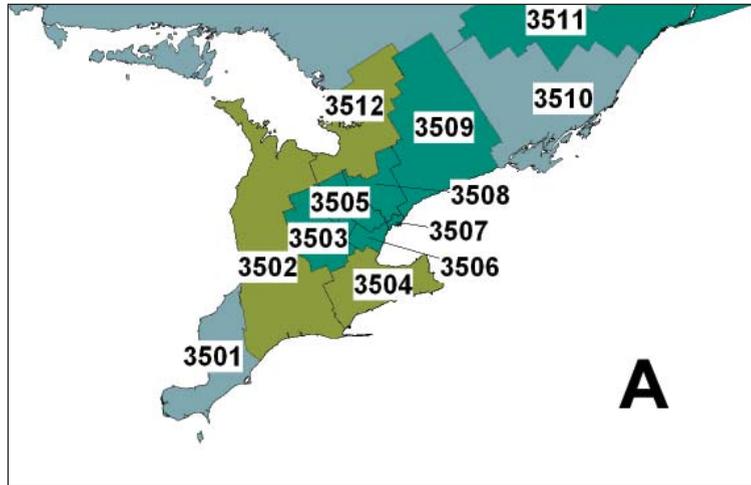
Index des indicateurs

Activité physique durant les loisirs	64
Arthroplastie de la hanche	88
Arthroplastie du genou	88-89
Asthme	56
Césarienne	74-75
Conditions propices aux soins ambulatoires	74-75
Consommation abusive d'alcool	64
Consommation de fruits et légumes	64
Dépenses de santé	98
Diabète	56
Espérance de vie à la naissance	54
Événement d'accident vasculaire cérébral menant à une hospitalisation	60-61
Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation	60-61
Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, quintile de revenu du quartier	62
Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, ratio des taux de disparité	62
Événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation, réduction potentielle du taux	62
Événement de fracture de la hanche menant à une hospitalisation	72-73
Exposition à la fumée secondaire	64
Hospitalisation à la suite d'une blessure	58-59
Hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée	84-85
Hospitalisation à la suite d'une blessure, quintile de revenu du quartier	62
Hospitalisation à la suite d'une blessure, ratio des taux de disparité	62
Hospitalisation à la suite d'une blessure, réduction potentielle du taux	62
Hospitalisation liée à la maladie mentale	86-87
Hypertension	56
Hystérectomie	92-93
Incidence de cancer, par type de cancer	54
Indice de masse corporelle chez les adultes	56
Indice de masse corporelle chez les jeunes	56
Intervention coronarienne percutanée	90-91
Jours-patients associés à une maladie mentale	86-87
Maladie pulmonaire obstructive chronique	56
Médecins	96-97
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral	76-77
Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde	76-77
Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues	68-69
Mortalité évitable de causes traitables	70-71
Mortalité infantile	54
Mortalité périnatale	54
Mortalité potentiellement évitable	66-67
Mortalité prématurée	52-53

Mortalité prématurée, nombre d'années potentielles de vie perdues	52-53
Patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	84-85
Pontage aortocoronarien	90-91
Population	50-51
Professionnels de la santé	98
Rapport de dépendance	50-51
Ratio d'entrées et de sorties	94-95
Réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde	78-79
Réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale	82-83
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux	80-81
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins médicaux	78-79
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux	80-81
Réadmission dans les 30 jours suivant des soins pédiatriques	82-83
Revascularisation cardiaque	92-93
Tabagisme	64
Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche	72-73
Utilisation du casque de vélo	64

Taux de mortalité potentiellement évitable par région sanitaire, de 2006 à 2008





Remarques

Les données sur la carte représentent l'ensemble de la province ou du territoire pour l'Île-du-Prince-Édouard (1100), le Yukon (6001), les Territoires du Nord-Ouest (6101) et le Nunavut (6201).

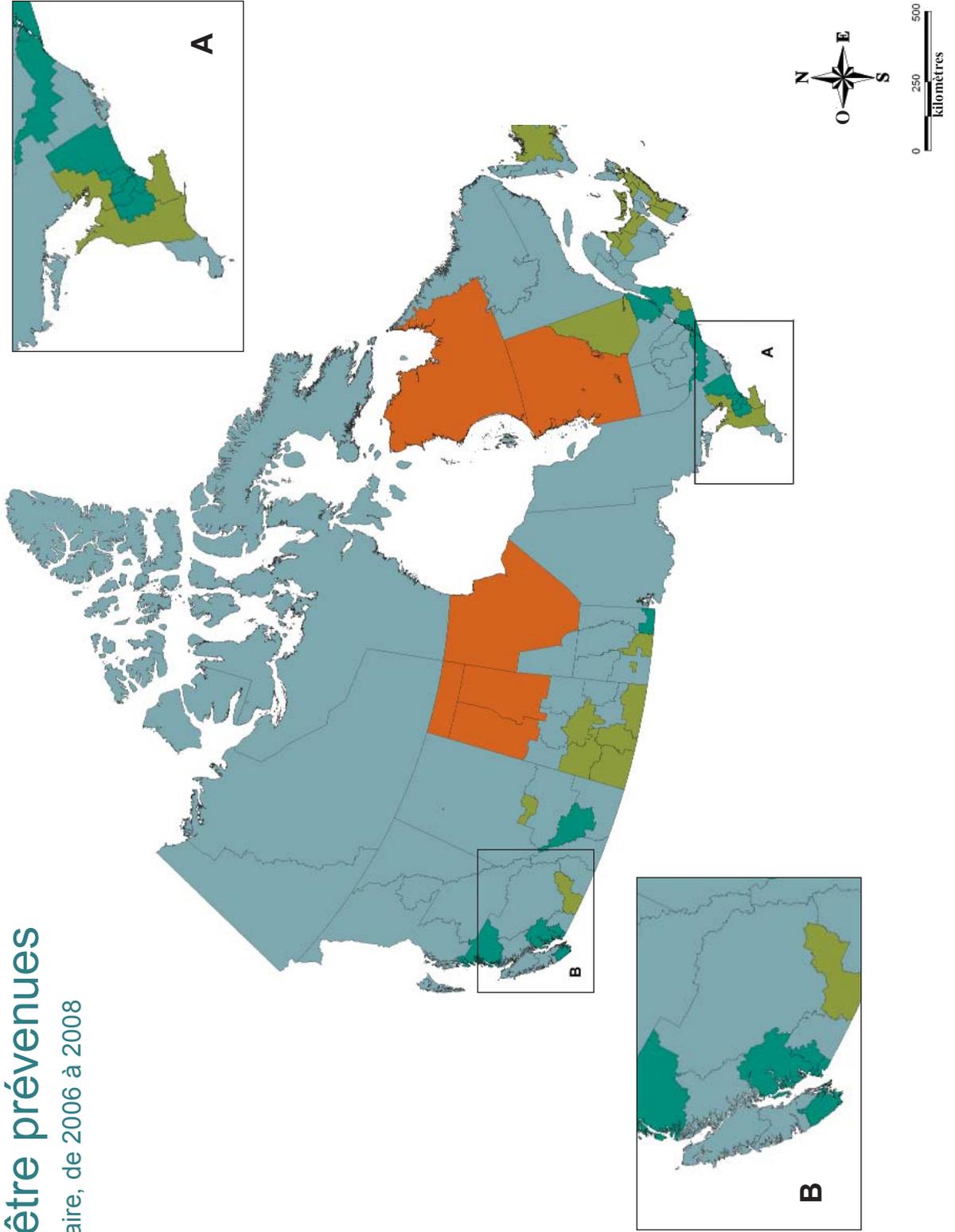
Les taux des plus petites régions (qui comptent une population de 20 000 à 50 000 habitants) figurent dans la publication en ligne à l'adresse www.icis.ca.

Source

Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès, Statistique Canada.

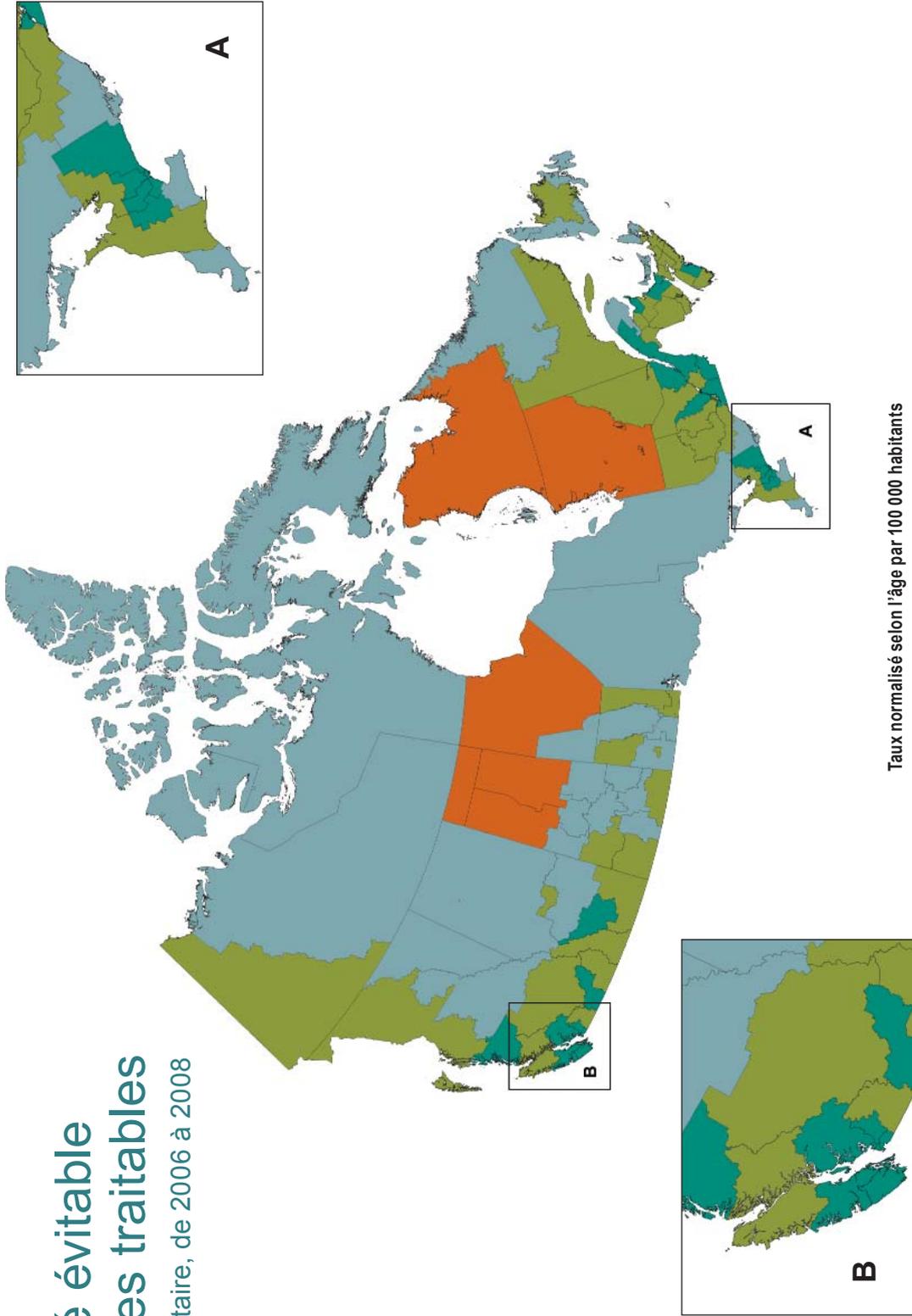
Mortalité évitable de causes pouvant être prévenues

par région sanitaire, de 2006 à 2008



Mortalité évitable de causes traitables

par région sanitaire, de 2006 à 2008



Du réel au virtuel

L'ICIS, en partenariat avec Statistique Canada, assure la mise à jour de l'ensemble d'indicateurs régionaux de santé le plus complet du pays. Le document *Indicateurs de santé 2012* 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

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

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.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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 978-1-77109-047-6 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *Health Indicators 2012*.

ISBN 978-1-77109-046-9 (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 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

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information