

# Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population

**Conférence consensuelle nationale sur  
les indicateurs de la santé de la  
population**

**Rapport final**

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

Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie  
Bureau 200  
Ottawa (Ontario)  
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
<http://www.cihi.ca>

ISBN 1-895581-57-5

© 1999 Institut canadien d'information sur la santé

## Remerciements

*Le Groupe consultatif sur les indicateurs de la santé et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désirent remercier les participants à la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population et les représentants régionaux et provinciaux qui ont aidé à la revue préliminaire des indicateurs provisoires. La rétroaction que nous avons reçue est inestimable et forme la base de ce rapport.*

*La conférence, qui a eu lieu le 4 mai 1999, a été organisée par l'ICIS en collaboration avec les Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population et les services de santé, de même que Santé Canada et Statistique Canada.*

**Conférence consensuelle nationale sur  
les indicateurs de la santé de la population  
Rapport final**

**Table des matières**

Sommaire .....	I
Le projet des indicateurs de la santé .....	1
Le processus de consultation.....	2
Résultats de la Conférence consensuelle .....	5
Indicateurs éventuels à développer .....	7
Prochaines étapes.....	8
Appendice A—Participants .....	A-1
Appendice B—Définitions des indicateurs de la santé et sources des données .....	B-1
Appendice C—Formulaire de proposition d'indicateur .....	C-1

## Sommaire

Par suite d'un processus de consultation sur les besoins en matière d'information sur la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment mis sur pied un projet coopératif sur les indicateurs de la santé. Le but du projet est d'identifier quelles mesures devraient être utilisées pour faire rapport sur la santé de la population canadienne et le système de santé puis de compiler l'information et la diffuser largement. Ces indicateurs sont principalement conçus pour aider les autorités sanitaires régionales à suivre les progrès effectués en ce qui concerne l'amélioration et le maintien de la santé de la population et le fonctionnement du système de santé dont elles ont la charge.

Cette vision ne peut devenir réalité que si nous travaillons ensemble. Le succès dépend de la collaboration des gouvernements et des organismes de santé régionaux et locaux, de ceux qui gèrent les données clés et des milieux canadiens de la recherche sur la santé. La participation active d'autres intervenants, comme des représentants de la population, des groupes de revendication en matière de santé et des dispensateurs de soins, est également essentielle.

Par conséquent, le 4 mai 1999, l'ICIS, en collaboration avec les Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population et sur les services de santé, Santé Canada et Statistique Canada, a tenu la première *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*. Les participants ont donné leur avis sur le choix d'une première série d'indicateurs de base pouvant être compilés à partir des sources de données existantes et sur l'identification d'indicateurs qui pourraient éventuellement être développés. Ces indicateurs concernent :

- l'état de santé général de la population desservie, la façon dont il se compare avec les résultats d'autres régions de la province et du pays, et la manière dont il évolue au fil du temps;
- les principaux déterminants non médicaux de la santé dans la région;
- les services de santé reçus par les résidents de la région; et
- les caractéristiques de la collectivité ou du système de santé qui présentent une information contextuelle utile.

La compilation, la vérification et la communication des données comparatives commencent maintenant pour les indicateurs retenus lors de la Conférence consensuelle. Les premiers indicateurs seront progressivement raffinés. La portée et l'utilité des indicateurs de base seront également accrues à mesure que de nouvelles données viendront s'ajouter, que des points de référence seront établis et que les connaissances progresseront.

Les Canadiens accordent beaucoup d'importance à leur santé et au système de santé. Les citoyens de ce pays veulent en effet continuer de mener une existence saine et productive. Nous voulons nous assurer que les services de santé sont disponibles quand et où nous en avons besoin. Nous voulons faire le meilleur usage possible de l'argent qui est consacré à ce secteur. Pour cela, nous devons être mieux informés.

L'an dernier, le Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé du ministre de la Santé fédéral, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada ont réuni plus de 500 personnes—administrateurs de la santé, chercheurs, dispensateurs de soins, représentants des gouvernements, groupes de revendication en matière de santé et consommateurs—pour répertorier les besoins en information. Lors de cette consultation, la collecte de données de qualité comparables sur les indicateurs clés de la santé et des services de santé, notamment à l'échelle régionale et communautaire, a été placée parmi les priorités.

## Le projet des indicateurs de la santé

Par suite des consultations, l'ICIS a lancé un processus coopératif pour identifier quelles mesures devraient être utilisées pour faire rapport sur la santé des Canadiens et le système de santé—puis de partager cette information avec les Canadiens d'un océan à l'autre.

Cette série d'indicateurs de base refléteront les orientations stratégiques clés adoptées par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et sanctionnées par la Conférence des sous-ministres de la Santé. Ces orientations sont :

- assurer des conditions de vie et de travail positives et favorables dans toutes nos collectivités;
- assurer un environnement physique sécuritaire et de qualité;
- assurer que les personnes puissent connaître un développement sain et jouissent d'appuis afin de faire des choix qui amélioreront leur santé et favoriseront leur indépendance;
- assurer que tous aient accès à des services de santé adéquats et abordables; et
- réduire les maladies et les blessures évitables, de même que les décès prématurés.

Les indicateurs sont principalement conçus pour aider les autorités sanitaires régionales à suivre les progrès effectués en ce qui concerne l'amélioration et le maintien de la santé de la population et le fonctionnement du système de santé dont elles ont la charge. Les indicateurs devraient par ailleurs faciliter la préparation de rapports à l'intention des organes gouvernementaux, de la population et des groupes professionnels de la santé. Idéalement, les indicateurs de base :

- vont dans le sens des orientations stratégiques ou des buts fixés pour la santé;
- s'appuieront sur des références, des lignes de conduite ou des normes convenues;

- seront préparés au moyen d'éléments et de définitions normalisés afin que les données produites répondent aux critères de qualité imposés d'un point de vue technique; et
- seront disponibles électroniquement dans tout le Canada à l'échelle régionale et locale ainsi qu'à l'échelle provinciale et nationale.

Les régions ou les groupes d'intérêt pourront ajouter d'autres indicateurs de base à partir de données locales axées sur les priorités spécifiques à la région en matière de santé. La définition et les techniques de collecte de ces indicateurs complémentaires sortent du cadre du présent projet.

## Le processus de consultation

Le projet des indicateurs de la santé est conçu pour compléter ceux qui sont en cours de réalisation ou d'élaboration à l'échelle nationale ainsi que dans les provinces et territoires du Canada. Afin de faciliter ce processus, un Groupe consultatif a été mis sur pied, formé de représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé, des Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population et sur les services de santé, de Santé Canada et de Statistique Canada.

La première étape vers la réalisation d'une série commune d'indicateurs de base consistait à effectuer un examen de l'environnement pour identifier et revoir les initiatives connexes et d'évaluer la faisabilité d'indicateurs possibles en tenant compte de la disponibilité et de la comparabilité des données provenant de sources nationales. On a ensuite entrepris un processus modifié d'itération Delphi qui impliquait des experts régionaux, provinciaux, territoriaux et autres pour développer une série provisoire d'indicateurs de la santé et du système de santé qui reflètent :

- l'état de santé général de la population desservie, la façon dont il se compare avec les résultats d'autres régions de la province et du pays, et la manière dont il évolue au fil du temps;
- les principaux déterminants non médicaux de la santé dans la région;
- la qualité des services reçus par les habitants de la région; et
- les caractéristiques de la collectivité ou du système de santé qui présentent une information contextuelle utile (voir tableau 1).

Ces indicateurs ont formé la base des discussions lors de la première *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*. Cette conférence a été organisée par l'ICIS, en collaboration avec les Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé de la population et sur les services de santé, Santé Canada et Statistique Canada. Le but de la conférence consensuelle était d'en arriver à une entente sur les mesures initiales de la santé des Canadiens, des facteurs qui ont une influence sur notre santé et du rendement du système de santé. Quarante-et-un experts provenant des régions (23 % des participants), des gouvernements provinciaux et territoriaux (21 %), du gouvernement fédéral (12 %), d'associations



nationales (15 %), du milieu universitaire ou de la recherche (16 %) et d'autres groupes, y compris les consommateurs (12 %) ont donné des conseils pratiques pour l'établissement d'un point de départ en tenant compte de ce qui peut être accompli avec les données et les méthodes disponibles à l'heure actuelle. Vous trouverez la liste des participants à l'appendice A.

**Tableau 1 : Indicateurs de la santé—Un cadre conceptuel\***

<b>État de santé</b>			
<b>Décès</b>	<b>Problèmes de santé</b>	<b>Fonction humaine</b>	<b>Bien-être</b>
Une gamme de taux de mortalité spécifiques à l'âge, (p. ex. mortalité infantile) spécifiques à une maladie (p. ex. décès causés par le SIDA) de même que des indicateurs dérivés (p. ex. espérance de vie et années potentielles de vie perdue).	Modifications ou attributs de l'état de santé d'une personne qui peuvent causer la détresse, une interférence avec les activités quotidiennes ou une rencontre avec des services de santé; il peut s'agir d'une maladie (aiguë ou chronique), d'un trouble, d'une blessure ou d'un traumatisme ou peut refléter d'autres états liés à la santé tels que la grossesse, le vieillissement, le stress, les malformations congénitales ou les prédispositions génétiques (OMS).	Les niveaux de fonction humaine sont associés aux conséquences de la maladie, des troubles, des blessures et autres. Ils comprennent la fonction ou la structure corporelle (déficiences), les activités (limitations de l'activité) et la participation (restrictions de la participation) (CIH-2, version Bêta-2).	Mesures générales du bien-être physique, mental et social d'une personne.
<b>Déterminants non médicaux de la santé</b>			
<b>Comportements sanitaires</b>	<b>Conditions de vie et de travail</b>	<b>Ressources personnelles</b>	<b>Facteurs environnementaux</b>
Aspects du comportement personnel et des facteurs de risque qui ont une influence sur l'état de santé, tel que démontré par des études épidémiologiques.	Indicateurs liés aux caractéristiques socio-économiques et aux conditions de travail de la population, tel que démontré par des études épidémiologiques.	Mesure la prévalence des facteurs, tels que le soutien social et le stress, qui peuvent être liés à la santé, tel que démontré par des études épidémiologiques.	Facteurs environnementaux qui peuvent influencer la santé humaine.
<b>Rendement du système de santé</b>			
<b>Acceptabilité</b>	<b>Accessibilité</b>	<b>Caractère approprié</b>	<b>Compétence</b>
Tous les soins et les services fournis répondent aux attentes du client, de la collectivité, des dispensateurs et des organismes payeurs, en reconnaissant qu'il peut y avoir conflit d'intérêts entre les intervenants et que les besoins des clients et des patients doivent dominer. (CCASS)	La capacité des clients et des patients à obtenir des soins ou des services à l'endroit et au moment voulus, en fonction des besoins respectifs. (CCASS)	Les soins ou les services fournis correspondent aux besoins des clients et des patients et qu'ils se fondent sur des normes établies. (CCASS)	Les connaissances et les habiletés d'une personne sont appropriées aux soins et aux services fournis. (CCASS)
<b>Continuité</b>	<b>Efficacité</b>	<b>Effizienz</b>	<b>Sécurité</b>
La capacité à fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnés entre les programmes, les praticiens, les organismes et les niveaux de soins ou de services, au fil du temps. (CCASS)	Les soins et les services, les interventions ou les actions produisent les résultats voulus. (CCASS)	Les résultats voulus sont produits avec l'utilisation des ressources la plus rentable. (CCASS)	Les risques potentiels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou réduits au minimum. (CCASS)
<b>Caractéristiques communautaires et du système de santé</b>			
Caractéristiques communautaires ou du système de santé qui, bien qu'elles ne soient pas des indicateurs de l'état de santé ou du rendement du système de santé, présentent une information contextuelle utile.			

\* Lorsque cela est possible, les dimensions thématiques du cadre conceptuel sont alignées sur celles utilisées dans le cadre d'autres initiatives. Par exemple, certaines dimensions de la catégorie ayant trait à l'état de santé s'appuient sur les concepts de la Classification internationale du fonctionnement et de l'incapacité (CIH-2, version Bêta-2) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). De même, les dimensions de la catégorie ayant trait au rendement du système de santé reflètent celles utilisées à l'heure actuelle par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Les changements seront considérés à mesure que le projet d'amélioration des mesures du CCASS et les cadres de travail provinciaux et territoriaux évoluent.

## Résultats de la Conférence consensuelle

Lors de la Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population qui a eu lieu le 4 mai 1999, les participants ont principalement abordé la question du choix d'une série initiale d'indicateurs de base qui peuvent être recueillis à partir des sources actuelles de données dans au moins plusieurs secteurs de compétence. Les participants ont d'abord voté une liste provisoire d'indicateurs, tirés de l'examen de l'environnement et des consultations subséquentes.

Les indicateurs dont la moyenne des votes était de 7,5/10 ou plus ont été automatiquement retenus; ceux ayant obtenu une note de moins de 7 ont été rejetés. Les indicateurs dont la note se situait entre 7 et 7,5 ont été revus en fonction des tendances du vote et des discussions lors de la conférence. À la suite de la rétroaction, le placement de certains indicateurs dans le cadre conceptuel a été modifié, les définitions ont été changées ou les indicateurs ont été placés sur la liste des indicateurs éventuels à développer. Les indicateurs pour lesquels une résolution n'a pas été atteinte pendant la conférence ont été rejetés si on constatait une variation importante dans les votes des participants (écart type supérieur à 2).

Le tableau 2 contient une liste révisée des indicateurs. Pour plus de renseignements sur les définitions et les sources de données pour ces indicateurs, veuillez consulter l'appendice B.

**Tableau 2 : Indicateurs de la santé retenus lors de la Conférence consensuelle**

État de santé			
Décès	Problèmes de santé	Fonction humaine	Bien-être
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité infantile</li> <li>• Morts périnatales</li> <li>• Espérance de vie</li> <li>• Décès—Maladie du système circulatoire</li> <li>• Décès—Cancer</li> <li>• Décès—Maladie respiratoire</li> <li>• Suicide</li> <li>• Décès—Blessure involontaire</li> <li>• Décès—Coqueluche*</li> <li>• Décès—SIDA*</li> <li>• Années potentielles de vie perdue (&lt; 75)</li> <li>• Inégalités dans l'espérance de vie*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surpoids*</li> <li>• Arthrite</li> <li>• Diabète</li> <li>• Asthme</li> <li>• Douleur chronique*</li> <li>• Dépression*</li> <li>• Hospitalisations à la suite de blessures</li> <li>• Maladies d'origine alimentaire et hydrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé fonctionnelle</li> <li>• Jours-incapacité*</li> <li>• Limitation de l'activité</li> <li>• Espérance de vie en fonction de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-évaluation de la santé</li> <li>• « Excellente » auto-évaluation de la santé pour 2 années consécutives</li> <li>• Estime de soi</li> <li>• Maîtrise</li> </ul>
Déterminants non médicaux de la santé			
Comportements sanitaires	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usage du tabac</li> <li>• Usage du tabac chez les jeunes</li> <li>• Début de l'usage du tabac (âge moyen)*</li> <li>• Consommation abusive et régulière d'alcool</li> <li>• Activité physique</li> <li>• Allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtention d'un diplôme d'études secondaires et d'un diplôme d'études postsecondaires</li> <li>• Taux de chômage</li> <li>• Chômage de longue durée et chômage chez les jeunes</li> <li>• Taux de faible revenu</li> <li>• Enfants dans les familles à faible revenu</li> <li>• Inégalité du revenu</li> <li>• Abordabilité du logement</li> <li>• Taux de criminalité et taux de criminalité chez les jeunes</li> <li>• Latitude de décider au travail*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maturité scolaire</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Stress</li> </ul>	
Rendement du système de santé			
Acceptabilité	Accessibilité	Caractère approprié	Compétence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination contre la grippe, 65+</li> <li>• Mammographie de dépistage, femmes de 50-69 ans</li> <li>• Tests de Papanicolaou, âge 18-69 ans</li> <li>• Vaccination des enfants**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accouchement vaginal après césarienne</li> <li>• Chirurgie conservatrice du sein</li> <li>• Césariennes</li> </ul>	
Continuité	Efficacité	Efficience	Sécurité
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser de fumer</li> <li>• Insuffisance de poids à la naissance</li> <li>• Coqueluche</li> <li>• Rougeole</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• VIH</li> <li>• Chlamydia</li> <li>• Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe</li> <li>• Décès liés à des maladies pouvant être traitées médicalement</li> <li>• Conditions propices aux soins ambulatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de chirurgie d'un jour</li> <li>• Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation</li> <li>• % de jours de soins en attente d'autres types de soins</li> <li>• Durée prévue du séjour par rapport à la durée réelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractures de la hanche</li> </ul>
Caractéristiques communautaires et du système de santé			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiffre de population</li> <li>• Grossesse chez les adolescentes*/accouchements chez les adolescentes*</li> <li>• Dépenses par habitant</li> <li>• Médecins et infirmiers(ères) par habitant</li> <li>• Jours-hôpital par habitant (possiblement selon la durée du séjour)*</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de pontage aortocoronarien</li> <li>• Arthroplastie de la hanche</li> <li>• Arthroplastie du genou</li> <li>• Hystérectomie</li> <li>• Myringotomie</li> </ul>	

\* = À la suite de la rétroaction de la Conférence, les indicateurs proposés sont à l'étude aux fins de faisabilité, de comparabilité et de disponibilité des données; certains indicateurs sont également à l'étude pour des changements importants proposés pour les définitions.

\*\* = Disponibilité limitée des données

## Indicateurs éventuels à développer

Bien que la Conférence consensuelle ait surtout porté sur les indicateurs pouvant être recueillis à partir des sources de données existantes comparables, on a également proposé plusieurs indicateurs à développer éventuellement. Une liste préliminaire est présentée au tableau 3. Cette liste se veut indicative. Elle n'est pas exhaustive. Cette liste sera élargie et raffinée à mesure que le projet des indicateurs de la santé progressera.

On incite les participants à la Conférence, et toute autre personne désirant le faire, à soumettre des suggestions concernant des indicateurs additionnels qui devraient être éventuellement développés. Afin de faciliter ce processus, vous trouverez un formulaire de rétroaction à l'appendice C.

**Tableau 3: Indicateurs éventuels à développer**

État de santé			
Décès	Problèmes de santé	Fonction humaine	Bien-être
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mortalité attribuable à l'usage du tabac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accidents du travail</li> <li>Prévalence de la démence</li> <li>Hépatite C</li> <li>Incidence du cancer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Santé fonctionnelle</li> <li>Jours-incapacité*</li> <li>Limitation de l'activité</li> <li>Espérance de vie en fonction de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentiment de cohérence</li> </ul>
Déterminants non médicaux de la santé			
Comportements sanitaires	Conditions de vie et de travail	Ressources personnelles	Facteurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitudes alimentaires</li> <li>Usage du casque protecteur en bicyclette</li> <li>Usage de préservatifs</li> <li>Protection contre le soleil</li> <li>Usage de la ceinture de sécurité</li> <li>Conduite en état d'ébriété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage d'enfants « recevant des soins »</li> <li>Clochardise</li> <li>Nombre de travailleurs à faible revenu</li> <li>Qualité du logement</li> <li>Cohésion communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'analphabétisme</li> <li>Fardeau des fournisseurs de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition à la fumée secondaire</li> <li>Qualité de l'air</li> <li>Qualité de l'eau</li> <li>Déchets toxiques</li> <li>Empreinte écologique</li> </ul>
Rendement du système de santé			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux amis des bébés</li> <li>Pourcentage de cas dans les hôpitaux avec congé planifié</li> <li>Besoins en matière de soins de santé non comblés</li> <li>Information sur les listes d'attente</li> <li>Taux de survie au cancer</li> <li>Mortalité périopératoire dans les 30 jours</li> <li>Mortalité dans les 30 jours à la suite d'un infarctus du myocarde</li> <li>Admissions à l'USI causées par la coqueluche</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Complications et effets négatifs des soins</li> <li>Prescription d'antibiotiques</li> <li>Test de cholestérol</li> <li>Tests PSA</li> <li>Chirurgies à faible volume</li> <li>Satisfaction du patient ou du client</li> <li>Latitude de décider des professionnels de la santé</li> <li>Satisfaction des employés</li> </ul>	
Caractéristiques communautaires et du système de santé			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diversité culturelle</li> <li>Disponibilité de places en services de garde d'enfants réglementés</li> <li>Taux d'activité de la population active</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coût par cas pondéré</li> <li>IRM</li> </ul>	

## Prochaines étapes

La compilation, la vérification et la présentation des données comparatives sont actuellement en cours pour les indicateurs retenus lors de la Conférence consensuelle. On prévoit utiliser les données qui sont disponibles aujourd'hui pour tester les indicateurs au niveau régional afin d'assurer leur pertinence et leur validité.

Les premiers indicateurs seront progressivement raffinés en fonction de l'expérience acquise. La portée et l'utilité des indicateurs de base seront également accrues à mesure que de nouvelles données viendront s'ajouter, que des points de référence seront établis et que les connaissances progresseront. Par exemple, le Carnet de route de l'information sur la santé (un programme de mise à jour du système d'information sur la santé du Canada pour répondre aux besoins d'aujourd'hui) incorpore des ressources grâce auxquelles il est possible de commencer à combler les lacunes importantes des indicateurs utilisés au cours de trois ou quatre prochaines années. Les champs d'activité éventuels comprennent un élargissement des données sur les facteurs de risque personnels, le développement de la petite enfance, les listes d'attente, l'utilisation des médicaments, les soins à domicile et les dépenses de santé. Ces projets contribueront à combler plusieurs des lacunes actuelles du cadre conceptuel des indicateurs en fonction des consultations avec les intervenants clés.

Cette vision ne peut devenir réalité que si nous travaillons ensemble. Le succès dépend de la collaboration des gouvernements et des organismes de santé régionaux et locaux, de ceux qui gèrent les données clés et des milieux canadiens de la recherche sur la santé. La participation active d'autres intervenants, comme des représentants de la population, des groupes de revendication en matière de santé et des dispensateurs de soins, est également essentielle.

Un certain nombre de mécanismes sont mis en place afin de faciliter ce processus. Par exemple, un Groupe de référence régional a été créé pour donner des conseils d'expert sur les besoins en information des autorités sanitaires régionales, s'assurer de la qualité et de l'uniformité des données et fournir une orientation sur le développement futur de l'initiative. Le projet bénéficiera également d'une orientation et de conseils importants des Comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux, du conseil d'administration de l'ICIS, d'experts provinciaux et territoriaux, des groupes d'experts-conseils formés pour d'autres projets du Carnet de route et de nombreuses autres sources.

## **Appendice A**

### **Participants**

*Quatre-vingt experts ont été invités à assister à la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population. Ils représentaient des groupes d'intervenants clés, notamment les régions, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les associations nationales, les théoriciens et les chercheurs, et les autres groupes tels que les consommateurs. Les conclusions présentées dans ce rapport représentent un consensus de l'opinion des participants mais ne reflètent pas nécessairement la position de personnes ou d'organismes spécifiques.*

M. Owen Adams  
Directeur, Recherche  
Association médicale canadienne

D<sup>r</sup> Jack Altman  
Vice-Président, Services de santé communautaires  
Vancouver Richmond Health Board

Mme Julie Arnold  
Coordonnatrice de la recherche, Recherche en  
santé du centre-ville  
St. Michael's Hospital

M. Kevin Barclay  
Planificateur de santé principal/gestionnaire  
d'information  
Champlain Health District

M. Tariq Bhatti  
Directeur, Direction de la santé de la population  
Santé Canada  
Direction générale de la promotion et des  
programmes de la santé

Mme Charlyn Black  
Codirectrice, Manitoba Centre for Health Policy &  
Evaluation  
University of Manitoba

Mme Lynne Blair  
Gestionnaire, Services de santé communautaires  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

M. John Boyne  
Directeur intérimaire, Secteur de l'analyse et de  
l'évaluation des programmes  
Division de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services  
communautaires

M. David Butler-Jones  
Médecin hygiéniste en chef  
Ministère de la Santé de la Saskatchewan

M. Gary Catlin  
Directeur, Division des statistiques sur la santé  
Statistique Canada

Mark Chase  
Vice-président, Planification et évaluation  
Vancouver/Richmond Health Board

M. Steven Chase  
Directeur, Services de soutien du programme  
Ministère de la Santé et des Services  
communautaires du Nouveau-Brunswick

Mme Phyllis Chully  
Directrice, Initiatives stratégiques  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mme Beverley Clarke  
Sous-ministre adjointe  
Ministère de la Santé et des Services  
communautaires (T.-N.)

D<sup>r</sup> Heather Clarke  
Directrice intérimaire, Politiques et communication  
Conseillère en recherche et en politiques  
Registered Nurses Association of BC

M. Tom Closson  
Président-directeur général  
Capital Health Region

Mme Carmen Connolly  
Directrice générale int., Direction des projets majeurs  
Direction générale de la promotion et des  
programmes de la santé  
Santé Canada

M. Colin D'Cunha  
Médecin hygiéniste en chef et directeur  
Ministère de la Santé de l'Ontario



M. Denis Drouin  
Directeur adjoint à la direction de la santé publique  
et responsable de l'unité monitoring/évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de  
Québec

Mme Marion Emo  
Directeur exécutif  
Hamilton-Wentworth District Health Council

D<sup>r</sup> Robert Evans  
Associé principal de recherche, Centre for Health  
Services and Policy Research  
University of British Columbia

D<sup>r</sup> James Frankish  
Directeur associé, Institute of Health  
Promotion Research  
University of British Columbia

D<sup>r</sup> Gloria Gutman  
Professeur  
Gerontology Research Centre  
Simon Fraser University

D<sup>r</sup> Trevor Hancock  
Conseiller en promotion de la santé

Mme Teresa Henneberry  
Directrice, Division de la promotion et de  
la protection de la santé  
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Mme Sue Hicks  
Sous-ministre déléguée  
Ministère de la Santé du Manitoba

Mme Cathy Hull  
Rédactrice en chef  
Provincial Health Officer's Annual Report  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mme Liza Kallstrom  
Directrice, Politiques et action sociale  
Health Association of British Columbia

M. Perry Kendall  
Agent provincial de santé intérimaire  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mme Odette Laplante  
Médecin-conseil en santé publique, Direction de la  
promotion de la santé et du bien-être  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
du Québec

M. Hy Eliasoph  
Directeur, Relations avec les hôpitaux et politiques  
en matière de santé  
Ontario Hospital Association

D<sup>r</sup> Dewey Evans  
Dirigeant principal de l'utilisation  
Calgary Regional Health Authority

Mme Donna Forbes  
Directrice exécutive int., Services de soutien  
régionaux  
Ministère de la Santé du Manitoba

Mme Nancy Gault  
Coordonnatrice, Projets spéciaux, recherche en  
matière de normes et développement  
Conseil canadien d'agrément des services de santé

M. Greg Hadubiak  
Conseiller principal, Direction des normes et des  
mesures  
Ministère de la Santé de l'Alberta

Mme Elma Heidemann  
Directrice exécutive  
Conseil canadien d'agrément des services de santé

M. Clyde Hertzman  
Professeur agrégé  
Soins de santé et épidémiologie  
University of British Columbia

M. John Hoey  
Rédacteur  
Journal de l'Association médicale canadienne

Mme Jean Jones  
Présidente, Conseil de la santé au Canada  
Association des consommateurs du Canada

Mme Debra Keays  
Directrice, Santé publique et promotion de la santé  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

M. Joel Kettner  
Médecin hygiéniste en chef  
Winnipeg Community and Long Term Care Authority

M. Gaston Levac  
Président  
Collège canadien des directeurs de services de santé

M. Steven Lewis  
Président-directeur général  
Health Services Utilization and Research Commission

Mme Sandra MacDonald-Rencz  
Directrice, Division des politiques, des règlements et  
de la recherche  
Association des infirmières et infirmiers du Canada

M. Barry MacMillan  
Président-directeur général  
Central Regional Health Board

M. Malcolm Maxwell  
Président, Comité consultatif sur les services de santé  
Services de santé, ministère de la Santé et des Services  
sociaux  
Gouvernement du Yukon

Corporation M. Daojun Mo  
Analyste principal/épidémiologiste  
Unité de recherche et d'analyse (Division de la santé  
de la population)  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Mme Kathleen Ness  
Gestionnaire, Planification, évaluation et information  
Capital Health Authority

M. Larry Odegard  
Président-directeur général  
Health Association of British Columbia

M. Sylvain Paradis  
Chef adjoint, Analyse quantitative et recherche  
Direction générale de la promotion et des  
programmes de santé  
Santé Canada

M. Michael Pennock  
Directeur, Recherche (Unité de recherche en santé  
de la population)  
Département de santé communautaire et  
d'épidémiologie  
Dalhousie University

D<sup>r</sup> Brian D. Postl  
Vice-président, Services cliniques  
Winnipeg Hospital Authority

D<sup>r</sup> Gerry Predy  
Médecin hygiéniste en chef  
Calgary Regional Health Authority

Mme Georgina MacDonald  
Conseillère, Planification des programmes et des  
immobilisations  
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

M. David MacLean  
Professeur et chef, Santé communautaire et  
épidémiologie  
Dalhousie University

M. David Martin  
Gestionnaire, Unité de planification et d'évaluation  
Programme national de recherche et de  
développement en matière de santé  
Santé Canada

M. John McGarry  
Président-directeur général  
Region 3 Hospital

D<sup>r</sup> Michael Murray  
Professeur adjoint, Département de l'administration  
de la santé  
University of Toronto

D<sup>r</sup>. Cory Neudorf  
Directeur de la recherche, Santé de la population  
Saskatoon City Hospital

Mme Barbara Ouellette  
Directrice, Groupe de la qualité des soins (Direction  
générale de la politique et de la consultation)  
Santé Canada

Mme Heather Pattulo  
Présidente  
Public Health Association of British Columbia

M. Bruce Petrie  
Statisticien en chef adjoint  
Statistiques sociales, sur les institutions et la main-  
d'oeuvre  
Statistique Canada

M. Ian Potter  
Sous-ministre adjoint, Direction générale de la  
promotion et des programmes de santé  
Santé Canada

M. Rick Roger  
Président-directeur général  
Vancouver/Richmond Health Board

M. Irving Rootman  
Directeur, Center for Health Promotion  
University of Toronto

M. Denis Roy  
Directeur par intérim  
Département de la santé publique de Montréal-Centre

Mme Brenda Ryan  
Directrice, Information sur la santé et évaluation  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

D<sup>r</sup> Sam Sheps  
Professeur et chef  
Département des soins de santé et de l'épidémiologie  
Faculté de médecine  
University of British Columbia

Mme Kathy Stewart  
Directrice, Élaboration des politiques et coordination  
Santé Canada

D<sup>r</sup> Julien Veilleux  
Directeur général adjoint et directeur de l'organisation  
des services, Régie régionale de la santé et des  
services sociaux de Québec

D<sup>r</sup> Jack Williams  
Président-directeur général  
Institute for Clinical Evaluative Sciences

M. Michael Wolfson  
Directeur général, Direction de la statistique sociale  
et des institutions  
Statistique Canada

M. Lorne Zon  
Directeur exécutif  
Toronto District Health Council

M. David Ross  
Directeur exécutif  
Conseil canadien de développement social

M. David Rumel  
Agent régional en chef – Santé de la population  
Capital Regional Health Authority

Mme Penny Sorensen  
Vice Présidente  
Services communautaires et des programmes  
provinciaux  
Comité exécutif

M. Larry Swain  
Directeur adjoint, Division des statistiques sur la  
santé  
Statistique Canada

Mme Kathryn Tregunna  
Directrice, Élaboration des politiques  
Association canadienne des soins de santé

D<sup>r</sup> Jan Trumble Waddell  
Directeur, Unité d'évaluation de la santé  
communautaire  
Winnipeg Community and Long Term Care Authority  
and Winnipeg Hospital Authority

Mme Dawn Walker  
Directrice exécutive  
Institut canadien de la santé infantile

D<sup>r</sup> Elinor Wilson  
Agent scientifique en chef  
Fondation des maladies du cœur

## **Appendice B**

### **Indicateurs de la santé Définitions et sources des données**

# Indicateurs de la santé

## Définitions et sources des données

### 1.0 État de santé

#### 1.1 Décès

##### 1.1.1 Mortalité infantile

Définition : *Nombre de décès d'enfants dans la première année de leur vie, exprimé en taux par 1 000 naissances vivantes.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

##### 1.1.2 Morts périnatales

Définition : *Nombre annuel de mortinatalités (28 semaines ou plus) et de morts néonatales précoces (décès dans la première semaine de vie) par 1 000 naissances.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

##### 1.1.3 Espérance de vie

Définition : *Estimation du nombre moyen d'années qu'une personne née une année donnée, devrait vivre, selon les taux de mortalité actuels, hommes, femmes et total.*

Source : Statistique Canada

##### 1.1.4 Décès—Maladie du système circulatoire

Définition : *Taux de décès par maladie du système circulatoire, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes, cardiopathie ischémique, accident cérébrovasculaire, autres maladies du système circulatoire et total.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

##### 1.1.5 Décès—Cancer

Définition : *Taux de décès par cancer, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes, pour tous les cancers et pour des localisations spécifiques (poumon, sein, prostate, colorectal, du col utérin, mélanome malin).*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

##### 1.1.6 Décès—Maladie respiratoire

Définition : *Taux de décès par maladie respiratoire, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes pour la pneumonie et la grippe, les maladies respiratoires chroniques, l'asthme, d'autres maladies respiratoires, et total.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.7 Suicide

Définition : *Taux de décès par suicide, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.8 Décès—Blessure involontaire

Définition : *Taux de décès par accident, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes. Le terme involontaire (« accidentel ») désigne notamment les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les empoisonnements.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.9 Décès—Coqueluche

Définition : *Nombre de décès causés par la coqueluche.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.10 Décès—SIDA

Définition : *Nombre de décès causés par le SIDA et les infections VIH et taux par 100 000 personnes (en fonction de l'âge et du sexe).*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.11 Années potentielles de vie perdues (< 75)

Définition : *Nombre d'années potentielles de vie perdues, en fonction de l'âge, pour les hommes et les femmes, pour toutes les causes et pour des causes évitables choisies. L'APVP (moins de 75 ans) est le nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne décède « prématurément » - avant 75 ans. Une personne qui décède à 25 ans, par exemple, perd 50 ans de vie ( $75 - 25 = 50$  APVP).*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 1.1.12 Inégalités dans l'espérance de vie

Définition : *Différence de l'état de santé moyen entre le tiers supérieur et le tiers inférieur de la population classés par revenus du foyer. L'état de santé peut être mesuré à l'aide de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en fonction de la santé, de la mortalité infantile, de l'auto-évaluation de la santé ou d'autres mesures de l'état de santé.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

## 1.2 Maladies et affections

### 1.2.1 Surpoids

Définition : *Proportion de la population qui a un excès de poids au point de présenter des risques pour la santé (indice de masse corporelle de 27,0 ou plus).*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.2 Arthrite

Définition : *Proportion de la population qui déclare avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.3 Diabète

Définition : *Proportion de la population qui déclare avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.4 Asthme

Définition : *Proportion de la population qui déclare avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.5 Douleur chronique

Définition : *Proportion de la population qui a répondu « non » à la question vérifiant s'ils étaient habituellement sans douleur ou sans malaise. La sévérité de la douleur (légère, modérée, sévère) et le degré de limitation de l'activité sont également mesurés.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.6 Dépression

Définition : *Proportion des personnes présentant des symptômes de dépression, d'après leurs réponses à une série de questions visant à établir la possibilité d'un « trouble dépressif majeur ».*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.2.7 Hospitalisations à la suite de blessures

Définition : *Taux d'hospitalisations causées par des blessures, selon le groupe d'âge.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### 1.2.8 Maladies d'origine alimentaire et hydrique

Définition : *Nombre de cas d'infections entériques déclarés au cours d'une année donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes.*

Source : Registre national des maladies à déclaration obligatoire, LLCM, Santé Canada

### 1.3 Limitation de l'activité

#### 1.3.1 Santé fonctionnelle

Définition : *Proportion de la population qui déclare avoir des problèmes fonctionnels modérés ou plus sérieux selon le système d'évaluation exhaustive de l'état de santé Comprehensive Health Status Measurement System à partir de huit paramètres fonctionnels (ouïe, vue, langage, mobilité, dextérité, douleur, cognition et émotion).*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 1.3.2 Jours-incapacité

Définition : *Proportion de la population qui est restée alitée ou a réduit ses activités normales à cause d'une maladie ou d'un accident, pendant une journée ou plus au cours des deux semaines précédentes.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 1.3.3 Limitation de l'activité

Définition : *Proportion des personnes qui déclarent avoir une incapacité, un handicap ou être constamment limitées dans certaines activités à cause d'un problème de santé.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada; recensement de 1996

#### 1.3.4 Espérance de vie en fonction de la santé

Définition : *Espérance de santé pondérée à chaque âge pour tenir compte des niveaux d'état de santé durant la vie.*

Source : Tables de survie et données sur l'état de santé fonctionnel, Statistique Canada



## 1.4 Bien-être

### 1.4.1 Auto-évaluation de la santé

#### 1.4.2 « Excellente » auto-évaluation de la santé pour deux années consécutives

Définition : *État de santé déclaré : Pourcentage des personnes qui évaluent leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » à un moment donné. État de santé déclaré sur deux années consécutives : Pourcentage des personnes qui évaluent leur état de santé comme étant « excellent » ou « très bon » lors de deux enquêtes consécutives.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.4.3 Estime de soi

Définition : *Proportion de la population ayant un sens aigu de sa valeur personnelle, selon une échelle standard.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 1.4.4 Maîtrise

Définition : *Proportion de la population ayant un sens aigu de la maîtrise, selon une échelle standard.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

## 2.0 Déterminants non médicaux de la santé

### 2.1 Comportements sanitaires

#### 2.1.1 Taux d'usage du tabac

#### 2.1.2 Taux d'usage du tabac chez les jeunes

Définition : *Proportion de fumeurs actuels, toutes les personnes de 12 ans ou plus et les jeunes de 12 à 19 ans. Les fumeurs actuels sont ceux qui fument chaque jour ou occasionnellement.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 2.1.3 Début de l'usage du tabac (âge moyen)

Définition : *Âge moyen où les fumeurs ont commencé à faire usage de tabac.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 2.1.4 Consommation abusive et régulière d'alcool

Définition : *Proportion de consommateurs actuels d'alcool dans la population de 12 ans ou plus qui déclarent avoir bu cinq verres ou plus à 12 occasions ou plus au cours de l'année précédente.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 2.1.5 Activité physique

Définition : *Proportion de gens physiquement actifs dans la population de 12 ans ou plus, d'après leurs réponses à des questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques durant leurs loisirs.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 2.1.6 Allaitement

Définition : *Proportion de jeunes enfants âgés de 3 mois à 3 ans qui sont allaités à l'heure actuelle ou qui l'ont été pendant au moins 3 mois.*

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), Développement des ressources humaines et Statistique Canada

### 2.2 Conditions de vie et de travail

#### 2.2.1 Obtention d'un diplôme d'études secondaires

Définition : *Proportion de la population âgée de 25 à 29 ans ayant au moins un certificat d'études secondaires, d'après la question du recensement sur le niveau d'instruction.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.2 Obtention d'un diplôme d'études postsecondaires

Définition : *Proportion de la population âgée de 25 à 54 ans ayant un certificat ou diplôme d'études postsecondaires, d'après la question du recensement sur le niveau d'instruction.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.3 Taux de chômage

Définition : *Proportion de la main-d'œuvre de 15 ans ou plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.4 Chômage de longue durée

Définition : *Proportion de la main-d'œuvre de 15 ans ou plus qui n'avait pas d'emploi durant l'année courante ou précédente.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.5 Chômage chez les jeunes

Définition : *Proportion de la main-d'œuvre de 15 à 24 ans qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.6 Taux de faible revenu

Définition : *Proportion de personnes dans des familles économiques ou de personnes seules dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Les seuils représentent les niveaux de revenu auxquels les gens dépensent des montants disproportionnés pour se nourrir, se loger et se vêtir. Les SFR sont fixés à des niveaux de revenu différents selon la taille de la famille et le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour chaque année afin de compenser pour les variations de l'indice des prix à la consommation.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.7 Enfants dans les familles à faible revenu

Définition : *Proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant dans des familles économiques dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada.*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.8 Inégalité du revenu

Définition : *Part de revenu des familles au bas de l'échelle (les plus pauvres).*

Source : Recensement, Statistique Canada

#### 2.2.9 Abordabilité du logement

Définition : *Proportion de ménages qui accordent plus de 30 % de leur revenu total à leur logement, ménages-locataires, propriétaires et total.*

Source : Recensement, Statistique Canada

### 2.2.10 Taux de criminalité

Définition : *Nombre d'infractions au Code criminel exprimé sous forme de taux par 100 000 personnes, pour les crimes violents, les crimes contre la propriété et d'autres crimes, et total. Les crimes avec violence sont des « atteintes à la personne » et comprennent : homicide, tentative de meurtre, agression sexuelle ou non sexuelle, enlèvement et vol. Le taux de criminalité est établi à partir du nombre d'incidents signalés à ou par la police.*

Source : Système de la Déclaration uniforme de la criminalité, Centre canadien de la statistique juridique

### 2.2.11 Taux de criminalité chez les jeunes

Définition : *Le nombre de jeunes de 12 à 17 ans accusés d'infractions au Code criminel contre une personne, exprimé en taux par 100 000 jeunes, pour les crimes violents, les crimes contre la propriété et d'autres crimes, et total.*

Source : Système de la Déclaration uniforme de la criminalité, Centre canadien de la statistique juridique

### 2.2.12 Latitude de décider au travail

Définition : *Proportion de travailleurs qui déclare avoir un niveau élevé de contrôle sur les circonstances de leur travail (qui sont fortement en accord ou fortement en désaccord avec l'énoncé « J'ai mon mot à dire sur ce qui se passe au travail »).*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

## 2.3 Ressources personnelles

### 2.3.1 Maturité scolaire de Peabody

Définition : *Proportion d'enfants « prêts à aller à l'école » d'après le test de vocabulaire par l'image de Peabody qui mesure les capacités verbales des enfants de quatre et cinq ans.*

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada

### 2.3.2 Soutien social

Définition : *Proportion des personnes de 12 ans ou plus qui déclarent avoir un bon soutien social, d'après leurs réponses à quatre questions sur le fait de pouvoir se confier à quelqu'un sur qui ils peuvent compter en cas de crise, lorsqu'ils ont besoin de conseils, et qui leur donnent le sentiment d'être aimés et de recevoir des soins.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 2.3.3 Stress

Définition : *Proportion des personnes de 18 ans ou plus qui déclarent un niveau élevé de stress chronique, d'après leurs réponses à une série de 18 questions sur la vie quotidienne.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

## 2.4 Environnement physique

Les indicateurs visant à mesurer l'environnement physique sont en cours de mise au point.

## 3.0 Rendement du système de santé

### 3.1 Acceptabilité

### 3.2 Accessibilité

#### 3.2.1 Vaccination contre la grippe, 65+

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

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 3.2.2 Mammographie de dépistage, femmes de 50-69 ans

Définition : *Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui déclare avoir eu une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

#### 3.2.3 Tests de Papanicolaou, femmes de 18-69 ans

Définition : *Proportion de femmes de 18 à 69 ans qui déclare avoir eu un test de Pap au cours des trois dernières années.*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 3.2.4 Vaccination des enfants

Définition : *Proportion d'enfants qui, au moment de leur deuxième anniversaire, ont été complètement vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'haemophilus influenza de type b, la rougeole, les oreillons et la rubéole.*

Source : Ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et autorités sanitaires régionales. La disponibilité et la comparabilité des données pour cet indicateur varient considérablement à l'échelle du pays.

## 3.3 Caractère approprié

### 3.3.1 Accouchement vaginal après césarienne

Définition : *Proportion de femmes qui ont précédemment subi une césarienne et qui donnent naissance par accouchement vaginal dans un hôpital de soins de courte durée.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### 3.3.2 Chirurgie conservatrice du sein

Définition : *Proportion de femmes opérées pour un cancer du sein et qui subissent une chirurgie conservatrice dans un hôpital de soins de courte durée.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

### 3.3.3 Césariennes

Définition : *Proportion de femmes accouchant par césarienne dans un hôpital de soins de courte durée.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

## 3.4 Compétence

## 3.5 Continuité

## 3.6 Efficacité

### 3.6.1 Cesser de fumer

Définition : *Proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (ceux qui se sont déclarés « fumeurs actuels » en 1994-95 et « anciens fumeurs » en 1996-97).*

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

### 3.6.2 Insuffisance de poids à la naissance

Définition : *Proportion de naissances vivantes dont le poids à la naissance était inférieur à 2 500 g.*

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

<p><b>3.6.3 Coqueluche</b></p> <p>Définition : <i>Nombre de cas de coqueluche déclarés dans une année donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes.</i></p> <p>Source : Registre national des maladies à déclaration obligatoire, LLCM, Santé Canada</p>
<p><b>3.6.4 Rougeole</b></p> <p>Définition : <i>Nombre de cas de rougeole déclarés dans une année donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes.</i></p> <p>Source : Registre national des maladies à déclaration obligatoire, LLCM, Santé Canada</p>
<p><b>3.6.5 Tuberculose</b></p> <p>Définition : <i>Nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés durant une période donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes.</i></p> <p>Source : Système canadien de déclaration de la tuberculose, LLCM, Santé Canada</p>
<p><b>3.6.6 VIH</b></p> <p>Définition : <i>Nombre de nouveaux cas de VIH dans une année donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes. L'information est en fonction de ceux qui sont testés pour le VIH.</i></p> <p>Source : Division de la surveillance du VIH/SIDA, LLCM, Santé Canada</p>
<p><b>3.6.7 Chlamydia</b></p> <p>Définition : <i>Nombre de nouveaux cas de chlamydia déclarés dans une année donnée, exprimé en taux par 100 000 personnes</i></p> <p>Source : Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, LLCM, Santé Canada</p>
<p><b>3.6.8 Hospitalisations liées à la pneumonie et à la grippe</b></p> <p>Définition : <i>Taux d'hospitalisation de courte durée pour pneumonie et grippe, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes de 65 ans ou plus.</i></p> <p>Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS</p>
<p><b>3.6.9 Décès liés à des maladies pouvant être traitées médicalement</b></p> <p>Définition : <i>Décès dus à des maladies pouvant être traitées médicalement, selon la définition de Charlton fondée sur la mortalité dans des groupes d'âge spécifiques et qui pourraient être évités avec une attention médicale convenable.</i></p> <p>Source : Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada</p>

### 3.6.10 Conditions propices aux soins ambulatoires

Définition : *Taux d'hospitalisation de courte durée standardisé en fonction de l'âge et du sexe pour les troubles pour lesquels des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

## 3.7 Efficience

### 3.7.1 Taux de chirurgies d'un jour

Définition : *Cas de chirurgie d'un jour en pourcentage du nombre total des cas de chirurgie, patients hospitalisés et externes, qui auraient pu être traités dans un service externe. Ne sont pas compris les cas d'hospitalisation qui ne sont généralement pas propices à la chirurgie d'un jour, comme les patientes en obstétrique venues accoucher et les patients dont la durée du séjour est supérieure à 3 jours.*

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

### 3.7.2 Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation

Définition : *Pourcentage de patients hospitalisés en centre de soins actifs et désignés comme ne nécessitant pas toujours une hospitalisation. Ce groupe désigne les patients dont les caractéristiques permettent souvent un traitement ambulatoire ne nécessitant pas une admission.*

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

### 3.7.3 Pourcentage de jours de soins en attente d'autres types de soins

Définition : *Pourcentage de jours d'hospitalisation où un médecin (ou une autre personne désignée) a indiqué que l'état d'un patient occupant un lit d'hôpital pour soins de courte durée était suffisamment bon pour que ce patient puisse être soigné ailleurs.*

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS

### 3.7.4 Durée prévue par rapport à la durée réelle

Définition : *Pour une hospitalisation de courte durée, nombre de jours supérieur ou inférieur à la durée du séjour prévue. La durée du séjour prévue des patients dépend du groupe auquel ils ont été assignés ainsi que du degré de complexité et de l'âge, le cas échéant. Les cas types ne comprennent pas les décès, les transferts, les sorties volontaires et les cas où la durée du séjour réelle est supérieure à la limite établie par l'ICIS.*

Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS



### 3.8 Sécurité

#### 3.8.1 Fractures de la hanche

Définition : *Taux d'hospitalisation de courte durée pour une fracture de la hanche, en fonction de l'âge et du sexe, par 100 000 personnes de 65 ans ou plus.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

## 4.0 Caractéristiques communautaires et du système de santé

#### 4.1 Chiffre de population

Définition : *Le nombre de personnes vivant dans une région géographique, selon l'âge et le sexe.*

Source : Statistique Canada, données tirées du recensement et données de sources administratives sur les naissances, les décès et la migration.

#### 4.1.2 Grossesse chez les adolescentes/accouchements chez les adolescentes

Définition : *Nombre estimatif de grossesses (ou de naissances) par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. L'estimation est calculée à partir du nombre de grossesses donnant des naissances vivantes, des mortinaissances ou des interruptions de grossesse (avortements thérapeutiques).*

Source : Base de données sur les avortements thérapeutiques, ICIS et Base canadienne de données sur l'état civil, Statistique Canada

#### 4.1.3 Dépenses par habitant

Définition : *Dépenses de santé par habitant, pour les dépenses du secteur public, du secteur privé et au total.*

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

#### 4.1.4 Médecins et infirmiers(ères) par habitant

Définition : *Praticiens de médecine civile générale ou médecins de famille en activité par 100 000 personnes; médecins spécialistes civils en activité par 100 000 personnes; infirmières travaillant en soins infirmiers par 100 000 personnes.*

Source : Base de données médicales Southam, ICIS, pour les médecins. Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, ICIS, pour les infirmiers et infirmières.

#### 4.1.5 Jours-hôpital par habitant

Définition : *Nombre total de jours-patients passés dans les hôpitaux de soins de courte durée, exprimé en taux par 1 000 habitants (en fonction de l'âge et du sexe).*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### 4.1.6 Taux de pontage aortocoronarien

Définition : *Taux de pontages aortocoronariens par greffe en fonction de l'âge et du sexe des patients hospitalisés en centre de soins de courte durée par 100 000 personnes.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### 4.1.7 Arthroplastie de la hanche

#### 4.1.8 Arthroplastie du genou

Définition : *Taux des interventions complètes d'arthroplastie de la hanche ou du genou (unilatérale ou bilatérale) en fonction de l'âge et du sexe chez les patients hospitalisés en centre de soins de courte durée par 100 000 personnes.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### 4.1.9 Hystérectomie

Définition : *Taux d'hystérectomies pratiquées chez des patientes hospitalisées en soins de courte durée, en fonction de l'âge, par 1 000 femmes de 20 ans ou plus.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

#### 4.1.10 Myringotomie

Définition : *Taux des honoraires de médecins pour des myringotomies pratiquées dans une région donnée par 100 000 personnes.*

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS

## Appendice C

Formulaire de proposition d'indicateur

## Formulaire de proposition d'indicateur

*La Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population visait principalement à définir une série d'indicateurs de base qui peuvent être compilés à partir de sources de données comparables existantes. Les indicateurs seront progressivement raffinés. Vos suggestions sur des indicateurs prioritaires qui devraient être envisagés aux fins de développement éventuel sont les bienvenues.*

Indicateur : \_\_\_\_\_

Source des  
données : \_\_\_\_\_

Justification : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(facultatif)  
Nom : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veillez soumettre ce formulaire à Valérie Émond à l'Institut canadien d'information sur la santé par télécopieur (416-481-2950) ou par courrier électronique ([indicators@cihi.ca](mailto:indicators@cihi.ca)).

