

Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé

2004

Ce rapport va de pair avec l'entente fédérale, provinciale et territoriale des ministres de la Santé de faire un rapport sur des indicateurs comparables en matière de santé.



Message du ministre



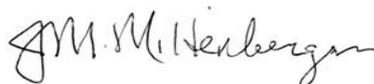
Je suis heureux de présenter le *Rapport sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé (2004)*. Il s'agit d'un rapport faisant partie d'un ensemble de rapports qui ont été publiés par toutes les provinces et territoires, le 30 novembre 2004, et qui fait partie de l'engagement qu'ont pris les premiers ministres de fournir des rapports clairs aux Canadiens.

Ce rapport fait partie de notre travail continu pour vous renseigner sur l'état de notre système de santé. Ensemble, avec le gouvernement fédéral et les autres provinces et territoires, nous avons élaboré un ensemble d'indicateurs que nous pouvons utiliser pour prendre de meilleures décisions sur la façon de dépenser l'argent prévu pour la santé, pour vous démontrer la qualité de nos services et pour aider tous les Canadiens et Canadiennes à en savoir plus sur la façon dont sont fournis les services de soins de santé.

Ce rapport illustre certains domaines où les indicateurs sur la santé continuent de s'améliorer, et d'autres domaines qui présentent encore de grands défis pour notre territoire. Nous continuons de mettre l'accent sur la promotion de la santé et sur l'effet des choix personnels sur la santé de chacun. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et d'aliments malsains et le fait de ne pas assez faire d'exercice sont tous des comportements malsains qui contribuent aux problèmes de santé. La prévention des maladies constitue une autre priorité pour nous : empêcher la propagation de maladies infectieuses, comme la tuberculose, et protéger notre population de maladies pouvant être prévenues par un vaccin, comme la rougeole.

En tant que système de services de santé et de services sociaux, nous pouvons utiliser l'information contenue dans ce rapport pour améliorer les services que nous fournissons aux résidents des TNO. Je me réjouis à l'idée de continuer à participer à l'élaboration d'un rapport à l'échelle nationale à l'intention des Canadiens et des Ténéois.

Le ministre,



Michael Miltenberger
Santé et Services sociaux

Table des matières

Sommaire	1
Introduction	2
Soins de santé primaires (PC)	4
1-PC Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi.....	4
2-PC Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé	4
3-Difficulté à obtenir des soins immédiats.....	4
4-PC Proportion de la population qui dit avoir un médecin de famille régulier.....	4
5-PC Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus	4
6-PC Perception qu'ont les patients de la qualité des services de soins de santé reçus	4
7-PC Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires.....	5
8-PC Perception qu'ont les patients de la qualité des soins de santé communautaires	5
9-PC Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé.....	5
10-PC Perception qu'ont les patients de la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services d'info-santé	6
11-PC Proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou les services d'info-santé	6
12-PC Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire.....	6
13-PC Proportion de la population féminine de 18 à 69 ans qui a subi au moins un test de PAP au cours des trois années précédentes	7
14-PC Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie au cours des deux années précédentes	7
Soins à domicile. (HC).....	8
15-HC Personnes ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants, tous les âges	8
16-HC Personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants.....	8
Autres programmes et services. (OI)	8
17-OI Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien.....	8
18-OI Temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche.....	8
19-OI Temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou	8
20--OI Temps d'attente déclarés pour une chirurgie	8
21-OI Temps d'attente déclarés pour la consultation d'un médecin spécialiste.....	8
22-OI Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM).....	8
23-OI Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie.....	8
24-OI Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)	8
25-OI Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral	9
26-OI Taux de survie nette à 365 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM)	9
27-OI Taux de survie nette à 180 jours après un accident vasculaire cérébral	9
28-OI Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers	9
29-OI Perception qu'ont les patients de la qualité des soins hospitaliers	10
Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques (DR)	10
30-DR Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu net d'impôt.....	10
Matériel diagnostique et médical (DM)	10
31-Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate.....	10
32-DM Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein.....	10
33-DM Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostiques	10
Ressources humaines en santé (HR).....	10
34-Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin	10
35-HR Perception qu'ont les patients de la qualité des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin	11
Des Canadiens et des Canadiennes en santé (HLT).....	11
Espérance de vie	11
36-HLT Espérance de vie	11
37-HLT Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	12

<i>Santé des enfants</i>	12
38-HLT Mortalité infantile	12
39-HLT Insuffisance de poids à la naissance	13
<i>Taux de mortalité par causes spécifiques</i>	13
40-HLT Taux de mortalité par cancer du poumon.....	13
41-HLT Taux de mortalité par cancer de la prostate	14
42-HLT Taux de mortalité par cancer du sein	14
43-HLT Taux de mortalité par cancer colorectal	14
44-HLT Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)	15
45-HLT Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral	15
<i>Taux de survie au cancer</i>	15
46-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du poumon.....	15
47-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer de la prostate	15
48-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du sein	15
49-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer colorectal	15
<i>Taux d'incidence au cancer</i>	16
50-HLT Taux d'incidence du cancer du poumon.....	16
51-HLT Taux d'incidence du cancer de la prostate	16
52-HLT Taux d'incidence du cancer du sein	17
53-HLT Taux d'incidence du cancer colorectal	17
<i>Années potentielles de vie perdue dues à des causes spécifiques</i>	17
54-HLT Années potentielles de vie perdue dues au suicide	17
55-HLT Années potentielles de vie perdue dues aux blessures accidentelles	18
<i>Maladies transmissibles</i>	18
56-HLT Taux d'incidence de la méningococcie invasive	18
57-HLT Taux d'incidence de la rougeole.....	18
58-HLT Taux d'incidence de la maladie invasive due à Haemophilus influenzae type b (Hib).....	18
59-HLT Taux d'incidence de la tuberculose	18
60-HLT Taux d'incidence de l'infection à E. coli producteur de vérotoxine.....	19
61-HLT Taux d'incidence de la chlamydie génitale	19
62-HLT Proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH	19
<i>Autres indicateurs</i>	20
63-HLT Prévalence du diabète	20
64-HLT Exposition à la fumée secondaire du tabac.....	20
65-HLT Auto-évaluation de la santé.....	21
66-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents	21
67-HLT Activité physique	22
68-HLT Indice de masse corporelle	23
69-HLT Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)	24
70-HLT Prévalence de la dépression	24
Conclusion	25
Annexes	26
Annexe A : Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	26
Annexe B : Méthodologie et sources des données	28
Annexe C : Rapport de la vérificatrice générale	40

Sommaire

Il s'agit du deuxième *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparable en matière de santé*. L'objectif du rapport est de respecter un engagement pris par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de fournir un compte rendu clair aux Canadiens et Canadiennes. D'abord en 2000, puis en 2003, les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui pourraient être utilisés pour produire pour le public un rapport complet et régulier sur l'état de la santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services.

Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont mis sur pied un comité pour établir des indicateurs de rendement. Le travail du comité a d'abord été présenté dans les rapports de 2002, et a fourni davantage d'indicateurs en 2004.

Points saillants

En 2003, les résidents des Territoires du Nord-Ouest étaient tout aussi satisfaits de la façon dont les services de santé étaient fournis, dans l'ensemble, tout comme les Canadiens à l'échelle nationale.

En 2001-2002, les résidents des Territoires du Nord-Ouest risquaient trois fois plus d'être hospitalisés pour des conditions propices au traitement ambulatoire, conditions où l'hospitalisation peut être évitée, par rapport à l'échelle nationale.

En 2003, les femmes des Territoires du Nord-Ouest ont reçu des tests de PAP et de mammographies aussi souvent que les femmes ailleurs au Canada.

En 2003, les résidents des Territoires du Nord-Ouest étaient tout aussi satisfaits de la façon dont les soins de santé étaient fournis dans un hôpital, ou fournis par un médecin, quand on compare les chiffres au national.

L'espérance de vie était plus basse aux Territoires du Nord-Ouest, à 75,9 ans, par rapport à 79,6 au national, en 2001.

Entre 1999 et 2001, les Territoires du Nord-Ouest avaient un taux plus bas de décès attribuables à un infarctus aigu du myocarde, soit 30 pour 100 000, par rapport au taux national de 56 pour 100,000.

Entre 1998 et 2000, le taux de cancer de la prostate était beaucoup plus bas aux Territoires du Nord-Ouest, soit 63 cas pour 100,000 habitants, alors qu'il était de 119 cas pour 100,000 habitants au national.

Entre 1998 et 2000, le taux de cancer colorectal était plus élevé aux Territoires du Nord-Ouest, à 88 cas pour 100,000, par rapport au taux national de 51 pour 100,000.

Entre 1999 et 2001, les années potentielles de vie perdues en raison de suicides aux Territoires du Nord-Ouest étaient deux fois plus élevées que le taux national (1,008 par rapport à 419 pour 100,000).

Entre 1999 et 2001, les années potentielles de vie perdues en raison de blessures accidentelles étaient trois fois plus élevées aux TNO qu'au national (1,878 par rapport à 628 pour 100,000).

Entre 2000 et 2002, il n'y a pas eu de cas de méningococcies invasives chez les moins de 20 ans.

Entre 2000 et 2002, il n'y a pas eu de cas de rougeole aux TNO.

En 2003, les non-fumeurs des Territoires du Nord-Ouest risquaient davantage d'être exposés à la fumée secondaire dans leur foyer (15% par rapport à 11%), dans les voitures privées (18 % par rapport à 10%), et dans des endroits publics (32% par rapport à 20%) que les non-fumeurs au national.

En 2003, les taux de tabagisme chez les adolescents étaient deux fois plus élevés aux Territoires du Nord-Ouest qu'au national (31% par rapport à 15%).

Alors qu'il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de la population active ou inactive entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, le pourcentage de la population considérée obèse était plus élevé aux TNO que la moyenne nationale (22% par rapport à 15%).

Ces observations et bien d'autres faites dans ce rapport, offrent une perspective sur la santé des Ténos et sur l'état de leurs services de santé, par rapport aux moyennes nationales. Sachant que cette perspective est générale, et couvre toute une variété d'indicateurs, les lecteurs devraient être prudents avant de tirer de grandes conclusions à partir de ce seul rapport. Les lecteurs peuvent trouver un rapport plus en profondeur sur les conditions de santé aux Territoires du Nord-Ouest dans les rapports préparés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant le *Cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990-2000 : rapport descriptif* (2003); *Des faits à propos du tabagisme aux Territoires du Nord-Ouest* (2001); *Profil des personnes âgées des TNO* (2003), *Rapport de 2000 sur les services de santé aux TNO* (2002); et le rapport à venir *Blessures aux Territoires du Nord-Ouest* (2004) et le rapport de l'an prochain *Rapport sur l'état de santé aux TNO* (2005).

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont présentement à préparer plus d'indicateurs pour mieux faire l'élaboration d'un rapport dans l'avenir à l'intention de tous les Canadiens et Canadiennes à propos de leur état de santé et de leur système de soins de santé. Le prochain

Introduction

En septembre 2000, les premiers ministres ont convenu de fournir un compte rendu clair sur la santé aux Canadiens et Canadiennes. Ils ont demandé aux ministres de la Santé de fournir un rapport complet et régulier au public et d'élaborer un cadre de travail complet en utilisant des indicateurs de comparaison pour rendre compte de l'état de santé, des résultats en matière de santé et de la qualité des services. En septembre 2002, les Territoires du Nord-Ouest, de concert avec l'ensemble des autres provinces et territoires, et le gouvernement fédéral, ont publié leurs premiers rapports sur les indicateurs comparables.

En février 2003, les premiers ministres ont conclu l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, qui demandait aux ministres de la Santé d'élaborer davantage d'indicateurs pour compléter le travail commencé en septembre 2000.

En se basant sur l'étude de l'Accord de santé de 2003, l'apport de toute une variété de parties intéressées et d'experts, les consultations avec d'autres groupes fédéral, provinciaux et territoriaux, et une étude exhaustive et le processus d'évaluation, 70 indicateurs ont été recommandés (voir Table des matières). Ces indicateurs ont été divisés en indicateurs de base (18) et indicateurs non de base (52). Les indicateurs de base doivent apparaître dans les rapports des provinces et territoires, alors que les indicateurs non de base (52) peuvent ou non faire partie des rapports. Les indicateurs de base sont identifiés par le mot sélectionné (sélect.) entre parenthèses, près du titre indiqué. Les données sur les 70 indicateurs, quand disponibles, sont affichées sur un site Web commun : (www.cihi.ca/comparable-indicators).

Le *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé* examine tous les indicateurs, de base et non de base, pour les Territoires du Nord-Ouest, avec des comparaisons nationales, quand des données sont disponibles. Les indicateurs sont groupés sous les domaines suivants :

- Soins de santé primaires
- Soins à domicile
- Autres programmes et services
- Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques
- Matériel diagnostique et médical
- Ressources humaines en santé
- Des Canadiens et des Canadiennes en santé

Ce rapport suit une structure simple, où une description de chaque indicateur ou domaine d'indicateur est d'abord fourni. À la suite de la description de l'indicateur, les résultats les plus récents des Territoires du Nord-Ouest et du Canada sont présentés. Dans certains cas, une seule année de données était disponibles. Le cas échéant, les données des années simples ont été combinées pour donner des moyennes de trois ans ou plus (p.ex. 2000-2002). On utilise ces moyennes pour minimiser la variabilité annuelle en raison des petits nombres.

Pour les indicateurs où les données ne sont pas disponibles, une explication est fournie sur les raisons pour lesquelles les Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas faire rapport sur cet indicateur. En général, il y a trois raisons pour lesquelles les données ne sont pas disponibles : l'indicateur repose sur les données administratives qui n'existent pas aux Territoires du Nord-Ouest; l'indicateur repose sur les données d'une enquête qui n'a pas été effectuée aux Territoires du Nord-Ouest; ou les données n'existent pas, car les Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas fournir un échantillon suffisamment grand pour produire des résultats fiables.

Trois annexes suivent la présentation des données : l'Annexe A fournit une copie de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*; l'Annexe B fournit des détails sur la méthodologie, les limites et les sources des données; l'Annexe C fournit le rapport du vérificateur général.

Le lecteur devrait se familiariser avec les trois concepts suivants utilisés régulièrement tout au long de ce rapport.

1. Taux établis en fonction de la population

Une grande partie des données est présentée en se fondant sur les taux établis en fonction de la population, ce qui permet de faire des comparaisons entre des populations de différentes tailles. Un taux établi en fonction de la population prend un indicateur, comme le nombre de personnes avec la tuberculose, et le divise par sa population. Puis, le chiffre est multiplié par 100 000, (ou par un chiffre à facteur 10), pour fournir un nombre entier. Par exemple, s'il y a 25 cas de tuberculose aux TNO, le taux serait alors de 62,5 cas de tuberculose pour 100 000 habitants (soit 25 cas, divisés par 40,000 (population des TNO), multipliés par 100,000).

2. Normalisation selon l'âge

Alors que les taux établis en fonction de la population assurent que les différences de taille des populations sont prises en considération, ces taux bruts peuvent encore induire en erreur s'il existe des différences importantes entre les populations comparées. Par exemple, les structures selon l'âge de deux populations peuvent être très différents comme c'est le cas des TNO avec une population plus jeune et le Canada avec une population plus âgée. Comme l'âge influence le risque de la plupart des maladies et des décès, toutes différences dans les taux bruts entre les populations peuvent être attribuables à l'âge de leur population, plutôt qu'aux autres facteurs comme les comportements à risque. Pour supprimer cet effet et encore fournir une mesure sommaire pour l'ensemble de la population, il faut ajuster les différences dans la structure selon l'âge par le biais d'un processus de normalisation selon l'âge.

La normalisation selon l'âge utilise la répartition selon l'âge d'une référence externe ou d'une population-type comme base de comparaison. Dans ce rapport, la population canadienne de 1991 a servi de population de référence ou de population-type. Il faut souligner que les taux normalisés ne sont pas des taux « réels », mais des taux fictifs, fondés sur une population-type choisie arbitrairement. Si une population-type différente a été utilisée, l'importance des taux normalisés pourraient différer. Cependant, on peut se fier au taux ajusté dans une comparaison un à un avec d'autres taux normalisés selon l'âge.

3. Importance statistique

Tout au long de ce rapport, quand c'est possible de faire des comparaisons avec le Canada, on indique au lecteur si la différence entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada est importante ou pas.

Une différence entre deux chiffres peut être considérée statistiquement importante si la différence n'a pas été causée par le hasard. Il y a deux sources de données, où un tel test est particulièrement important : avec les enquêtes et les sondages et quand les chiffres en question sont petits.

Quand une enquête menée aux Territoires du Nord-Ouest a de petits nombres de personnes faisant partie de l'échantillon, de tels chiffres produisent souvent des résultats indiquant ce qui semble une grande différence entre les résultats de l'enquête au niveau territorial et national. Par exemple, *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, est utilisée comme source de données pour plusieurs indicateurs de ce rapport. L'enquête est basée sur un petit échantillon de la population des Territoires du Nord-Ouest (environ 1 000 personnes). Il n'y a aucune garantie que si tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest avaient répondu à l'enquête, les résultats auraient été les mêmes qu'ils ont été à partir d'un échantillon. Par conséquent, pour éliminer la possibilité de hasard, des tests statistiques doivent être effectués pour déterminer si une différence entre deux populations est réelle ou se produit par hasard.

Tout comme les enquêtes, quand on traite avec des données administratives, une apparente grande différence entre deux chiffres pourrait se manifester par hasard parce que le nombre de cas est petit pour une population (p.ex. les TNO), alors que le nombre de cas est relativement gros pour une autre (p. ex. le Canada). Ainsi, le taux de cancer peut sembler bien plus élevé aux Territoires du Nord-Ouest, par rapport au Canada. Cependant, cette apparente différence peut être basée sur quelques cas, étant donné la petite population des Territoires du Nord-Ouest.

Le contraire peut aussi être vrai, alors que l'apparente différence entre deux nombres ne s'est pas produite par hasard, et est donc statistiquement importante. De petites différences importantes se produisent quand il y a un grand nombre de cas, comme le cas du diabète.

Donc, tout comme pour le cas d'une enquête, des tests statistiques ont été effectués pour enlever le hasard d'une équation quand on se fie aux données administratives.

Enfin, le lecteur devrait être conscient que tous les rapports à venir sur ces indicateurs pourraient présenter des révisions des données présentées dans ce rapport (2004). La principale raison à ces changements aux données est la révision périodique des prévisions démographiques de Statistique Canada. Ces révisions sont utilisées par le Bureau de la statistique des TNO pour élaborer des prévisions plus détaillées pour les Territoires du Nord-Ouest. Tout taux ou pourcentage des Territoires du Nord-Ouest en fonction de la population est donc sujet à des révisions mineures. De plus, il y a possibilité de révision des bases de données, quand les données sont utilisées du ministère de la Santé et des Services sociaux, car ces bases de données sont constamment mises à jour, ce qui change généralement les données les plus récentes.

Soins de santé primaires (PC)

1-PC Difficulté à obtenir des services de santé de routine ou de suivi (sélect.)

2-PC Difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé (sélect.)

3-PC Difficulté à obtenir des soins immédiats (sélect.)

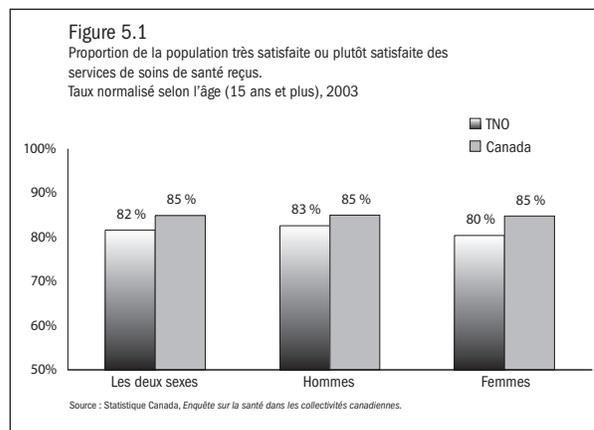
4-PC Proportion de la population qui dit avoir un médecin de famille régulier

Les sources de données pour les indicateurs 1-PC à 4-PC est l'Enquête sur l'accès aux services de santé. Cette enquête a été effectuée par Statistique Canada et ne comprend pas les Territoires du Nord-Ouest. Par conséquent, aucune donnée ne peut être rapportée.

5-PC Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus (sélect.)

La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé est une question cruciale un peu partout au Canada. ¹ En 2003, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on a demandé aux personnes d'exprimer leur niveau de satisfaction sur l'ensemble des soins de santé reçus au cours des douze derniers mois (sans faire la distinction à savoir si ces services avaient été fournis dans un hôpital ou un centre de santé communautaire).

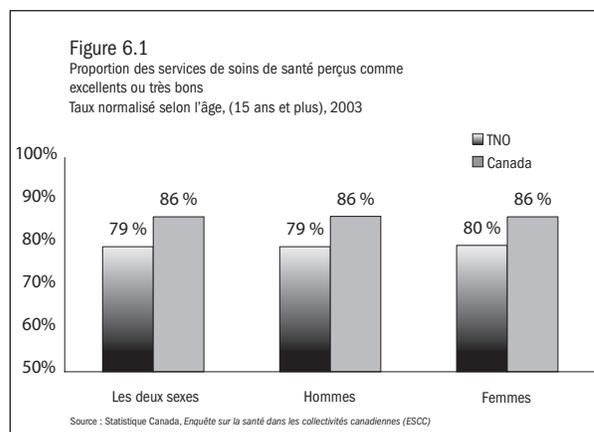
La figure 5.1 illustre la proportion de la population (Taux normalisé selon l'âge) de 15 ans et plus, affirmant être très satisfaite ou plutôt satisfaite des services de soins de santé reçus. En 2003, 82% des personnes qui avaient reçu des soins de santé aux Territoires du Nord-Ouest étaient très satisfaites ou plutôt satisfaites, par rapport à 85% de la moyenne nationale. Il n'existait pas de différences importantes entre les résultats des Territoires du Nord-Ouest et ceux du Canada, ni pour un sexe ou l'autre, ni pour les deux sexes combinés.



6-PC Perception qu'ont les patients de la qualité des services de soins de santé reçus

Tout comme pour la satisfaction par rapport aux services de santé, on a demandé aux patients de donner leur opinion sur la qualité des services de soins de santé reçus au cours des douze mois précédents.

La figure 6.1 illustre la proportion de la population (taux normalisé selon l'âge) de 15 ans et plus, qui qualifiait les services de soins de santé comme excellents ou très bons. Environ 79% des résidents des Territoires du Nord-Ouest qualifiaient les services de soins de santé dans l'ensemble comme excellents ou très bons, par rapport à 86% au national. Les résultats étaient vraiment différents pour chaque sexe et les deux sexes combinés.

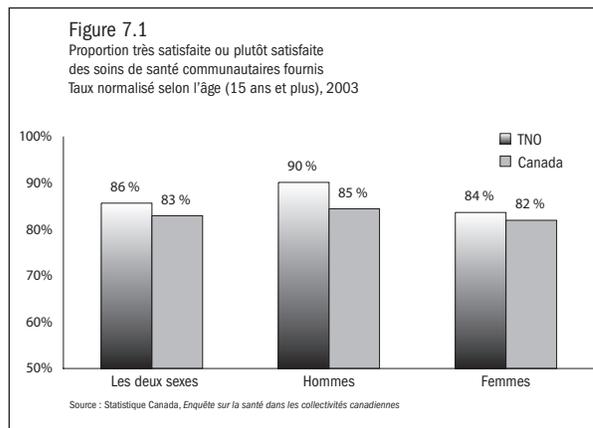


¹ Les indicateurs 5-PC à 11-PC excluent les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées.

7-PC Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires (sélect.)

En ce qui concerne les services de soins de santé dans l'ensemble, l'ESCC a posé des questions sur différents services de soins de santé, comme les soins de santé communautaires. La définition de l'ESCC des soins de santé communautaires comprend tous soins de santé reçus à l'extérieur d'un hôpital ou d'un bureau de médecin (p. ex. centres de santé, unités de santé publique, soins des malades à domicile, counselling ou thérapie à domicile, soins personnels, cliniques communautaires sans rendez-vous). Aux Territoires du Nord-Ouest, les soins de santé communautaires sont plus cruciaux pour le système de santé qu'ils ne le sont au national, car une plus grande partie de la population accède aux soins par le biais de centres de santé et d'unités de santé publique.

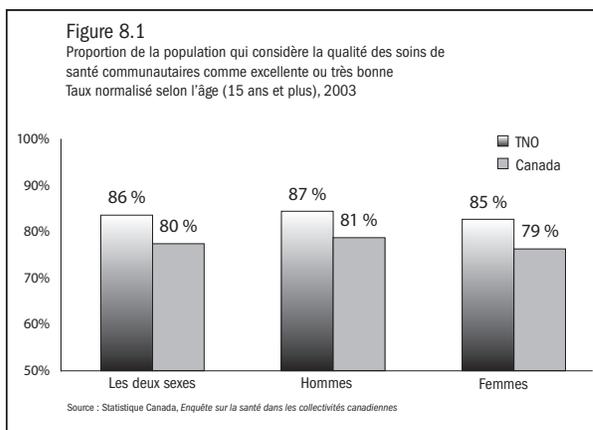
La figure 7.1 illustre le pourcentage de la population (taux normalisé selon l'âge) de 15 ans et plus, qui était très satisfaite ou plutôt satisfaite de la façon dont les soins de santé communautaires étaient fournis au cours des douze mois précédents. En 2003, environ 86 % de la population était très satisfaite ou plutôt satisfaite de la façon dont les soins de santé communautaire étaient fournis aux Territoires du Nord-Ouest, par rapport à 83 % au national. Il n'y avait pas de différences importantes pour un sexe ou l'autre ni pour les deux sexes combinés.



8-PC Perception qu'ont les patients de la qualité des soins de santé communautaires

Tout comme on l'a fait en ce qui concerne la satisfaction des services de santé dans l'ensemble, on a demandé aux patients leur avis sur la qualité des soins de santé dans l'ensemble qu'ils avaient reçus au cours des douze mois précédents.

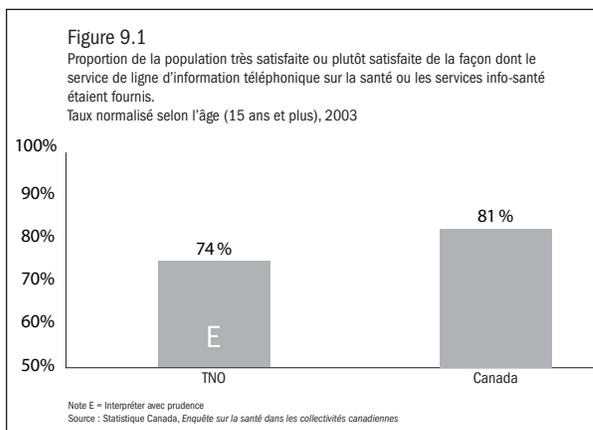
La figure 8.1 illustre la proportion de la population qui considère la qualité des soins de santé communautaires comme excellente ou très bonne. En 2003, environ 86 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest considéraient la qualité des soins de santé dans l'ensemble comme excellente ou très bonne, par rapport à 80 % au national. Il n'y avait pas de différences importantes pour un sexe ou l'autre, ni pour les deux sexes combinés.



9-PC Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé (sélect.)

Une ligne d'information téléphonique sur la santé a été mise en oeuvre aux Territoires du Nord-Ouest au printemps 2004. L'ESCC a posé aux gens des questions sur leur utilisation des services de télé-santé en 2003. Les résultats aux Territoires du Nord-Ouest n'incluaient que les gens qui avaient utilisé le téléphone pour joindre un professionnel de la santé avant que le service formel n'ait été mis sur pied. Seules quelques personnes avaient reçu des services au téléphone : environ 2 % de la population, par rapport à près de 10 % au national. En conséquence, en raison du très petit échantillon, les résultats qui suivent, pour les indicateurs 9-PC et 10-PC doivent être interprétés avec prudence.

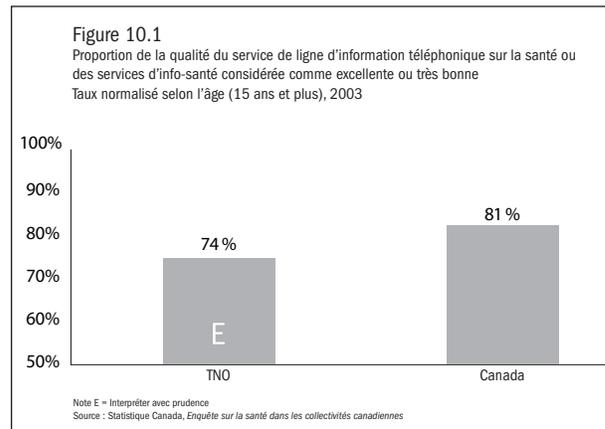
La figure 9.1 illustre la proportion de la population qui dit avoir été très satisfaite ou plutôt satisfaite de la façon dont le service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou les services info-santé étaient fournis. Les résultats par sexe ont été supprimés, en raison du petit échantillon, et il n'existait pas de différences importantes pour les deux sexes combinés entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



10-PC Perception qu'ont les patients de la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services d'info-santé

Tout comme on l'a fait en ce qui concerne la satisfaction en matière de services info-santé, on a demandé aux patients leur opinion quant à la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou sur les services d'info-santé reçus.

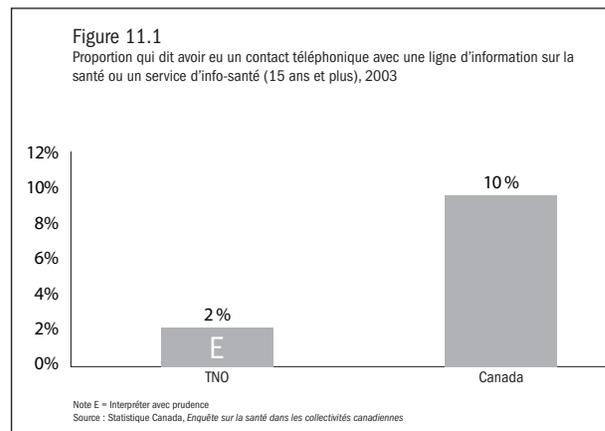
La figure 10.1 illustre la proportion de la population qui considère la qualité du service de la ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services d'info-santé comme excellente ou très bonne. Les résultats par sexe ont été supprimés, en raison du petit échantillon, et il n'existait pas de différences importantes pour les deux sexes combinés entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



11-PC Proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou les services d'info-santé

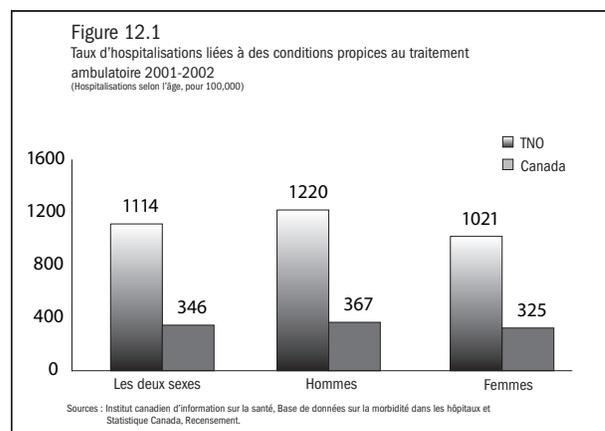
La proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou les services d'info-santé vise à fournir une indication sur l'utilisation des lignes de santé par le public. L'information de cet indicateur provient de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003. Les Territoires du Nord-Ouest n'avaient pas de service d'info-santé formel au moment de l'enquête. Un service de ligne d'information téléphonique a été mis sur pied au printemps 2004.

Néanmoins, des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont eu un contact informel au téléphone avec un professionnel de la santé pour obtenir un avis. La figure 11.1 illustre la proportion de la population qui dit avoir eu un contact avec un service de ligne d'information téléphonique ou un service d'info-santé. Environ 2 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest (de 15 ans et plus) ont dit avoir eu un contact avec un professionnel de la santé, ce qui est vraiment plus bas que le 10 % rapporté au national.² Les résultats par sexe ont été supprimés, en raison du petit échantillon de personnes qui ont répondu « oui » à cette question de l'enquête.



12-PC Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (sélect.)

Le taux d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire (souvent, ces conditions peuvent être soignées dans la communauté) est l'un des indicateurs d'accès approprié aux soins de santé communautaires. Il s'agit de conditions de santé à long terme, qui souvent peuvent être gérées de façon efficace et en temps opportun dans la communauté, sans hospitalisation. Ces conditions comprennent le diabète, l'asthme, la dépendance à l'alcool et aux drogues et l'abus de ces substances, la névrose, la dépression et les maladies concernant l'hypertension. Même si les soins préventifs, les soins primaires et la gestion dans la communauté de ces conditions n'élimineront pas toutes les hospitalisations, de telles mesures pourraient en prévenir un bon nombre.



² Les résultats normalisés selon l'âge ont été supprimés pour cet indicateur.

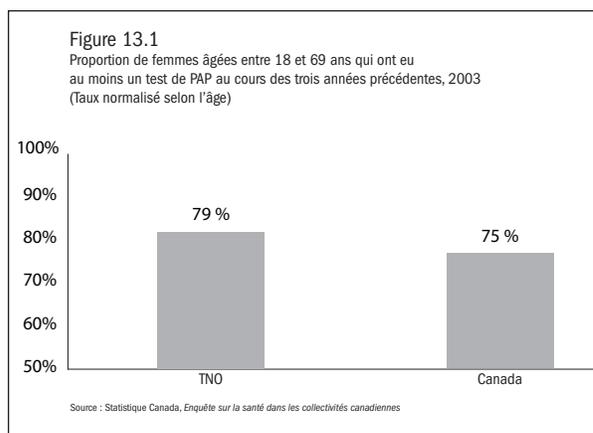
Comme on le voit à la figure 12.1, les Territoires du Nord-Ouest ont un taux vraiment plus élevé qu'ailleurs au Canada d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire, pour 2001-2002.³ Les taux tant pour les hommes que pour les femmes étaient tous deux plus élevés aux Territoires du Nord-Ouest qu'au Canada.

Une étude conçue pour examiner la constance du codage des hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire a trouvé un taux de divergence de 10,8 % à l'échelle nationale. Ce taux de divergence ne représente pas nécessairement le taux de divergences possibles au sein des Territoires du Nord-Ouest.⁴

13-PC Proportion de la population féminine de 18 à 69 ans qui a subi au moins un test de PAP au cours des trois années précédentes

Les tests de PAP détectent les lésions pré-malignes avant que le cancer du col se développe, ce qui donne le temps de donner des traitements pour éviter une maladie progressive et mortelle.

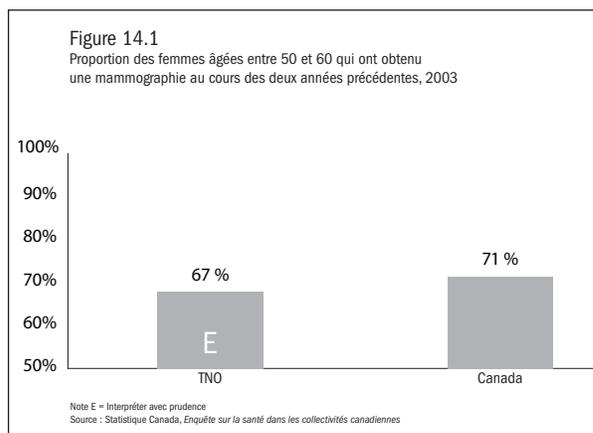
L'ESCC a demandé à des femmes combien de fois elles avaient un test de PAP.⁵ La figure 13.1 illustre la proportion, normalisée selon l'âge, de femmes qui avaient eu un test de PAP au cours des trois années précédentes. Pour 2003, il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



14-PC Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie au cours des deux années précédentes

La détection par mammographie est une stratégie importante pour le dépistage précoce du cancer du sein. Le dépistage précoce réduit les décès par cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

L'ESCC a demandé à des femmes combien de fois elles avaient une mammographie. La figure 14.1 illustre la proportion de femmes, âgées de 50 à 69 ans, qui ont rapporté avoir eu une mammographie au cours des deux années précédentes. Pour 2003, il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, avec environ les deux-tiers des femmes des Territoires du Nord-Ouest qui ont rapporté avoir eu une mammographie au cours des deux années précédentes.



³ Les patients non traités comme malades hospitalisés dans les hôpitaux de soins actifs (p. ex. ceux qui ne sont vus qu'à l'urgence, ou qui sont dans un établissement de soins chroniques) sont exclus de cet indicateur.

⁴ Les taux de divergence rapportés ici représentent une moyenne d'ensemble, et ne peuvent pas être attribués directement à des établissements, provinces ou territoires particuliers. Cela signifie que même si le taux d'ensemble inclut les résultats d'un certain nombre de provinces et territoires, le taux d'un sous-groupe particulier de la population (p.ex. une région ou une province spécifique) peut différer dans une certaine mesure du taux dans l'ensemble, et par conséquent, il faut être prudent quand on fait des comparaisons entre des sous-groupes. Voir l'Annexe B, pour plus de détails sur les taux de divergence pour cet indicateur.

⁵ Les indicateurs 13-PC et 14-PC excluent les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées.

Soins à domicile (HC)

Les soins à domicile comprennent toute une variété de services de santé et d'aide pour permettre aux personnes aux prises avec un problème de santé de demeurer chez elles. Les soins peuvent également réduire l'utilisation de services hospitaliers en prévenant l'admission à l'hôpital ou en réduisant les séjours à l'hôpital grâce à des soins actifs.

Les taux nationaux de soins à domicile ne sont pas disponibles en raison de rapports incomplets et non constants par les provinces et territoires.⁶

15-HC Personnes ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants, tous les âges

Il y a eu 3 735 clients de soins à domicile par 100 000 habitants en 2002-2003; environ 3,7 % de la population a reçu au moins un service de soins à domicile au cours de cette année.

16-HC Personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants

Il y a eu 88 980 clients de soins à domicile de 75 ans et plus, par 100 000 habitants, en 2002-2003; environ 89 % de la population des 75 ans et plus a reçu au moins un service de soins à domicile au cours de cette année.

Autres programmes et services (OI)

17-OI Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien

18-OI Temps d'attente pour une arthroplastie totale de la hanche

19-OI Temps d'attente pour une arthroplastie totale du genou

20-OI Temps d'attente déclarés pour une chirurgie

21-OI Temps d'attente déclarés pour la consultation d'un médecin spécialiste

Les données pour tous les indicateurs de temps d'attente ne sont pas disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest. Les données pour les indicateurs 17 à 19-OI sont fondées sur les bases de données administratives des provinces. Les données pour les indicateurs 20-OI et 21-OI proviennent de l'Enquête sur l'accès aux services de santé. Cette enquête a été effectuée par Statistique Canada et ne comprenait pas les Territoires du Nord-Ouest.

22-OI Taux de réadmission à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Les chiffres des Territoires du Nord-Ouest de réadmission à la suite d'un infarctus du myocarde (IAM) sont trop petits pour être publiés de façon fiable.

23-OI Taux de réadmission à la suite d'une pneumonie

Les chiffres de réadmission pour tous les territoires et provinces ne sont pas disponibles en raison du manque d'homogénéité à l'échelle du Canada. On fera des efforts pour que le rapport soit homogène dans tous les territoires et provinces pour qu'on puisse faire rapport sur cet indicateur dans les rapports à venir.

24-OI Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Les chiffres des TNO concernant le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde sont trop petits pour être publiés de façon fiable.

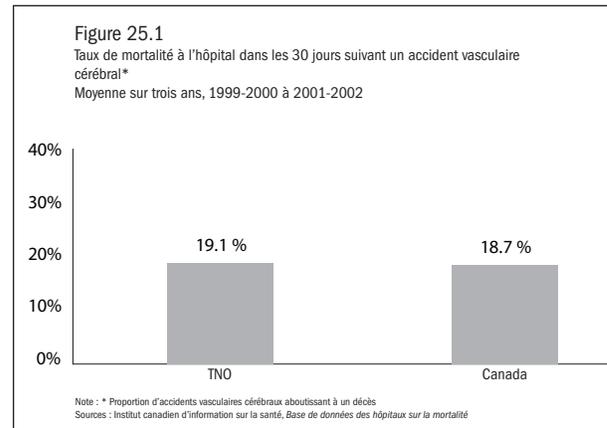
⁶ Les provinces et territoires rapportent des chiffres sur les soins à domicile de façon différente à l'échelle du Canada, ce qui rend les comparaisons difficiles. Les chiffres pour les TNO sont des estimations. Voir l'Annexe B : Méthodologie et sources de données pour plus de détails sur les limites des estimations des soins à domicile aux TNO.

25-01 Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC) ⁷

Les accidents vasculaires cérébraux constituent une importante cause de décès et d'invalidité au Canada. Le taux de mortalité est une mesure importante des écarts dans les taux de mortalité, qui peut être attribuable à un certain nombre de facteurs, notamment les traitements à l'urgence, la qualité des soins à l'hôpital, les soins primaires et la prévention, et les facteurs socio-économiques, par exemple. Le taux de mortalité est un important indicateur pour comparer entre les provinces et territoires les conséquences des accidents vasculaires cérébraux.

Les taux de mortalité liés aux AVC peuvent refléter, par exemple, l'efficacité sous-jacente des traitements et de la qualité des soins. La variation des taux d'une région à l'autre peut être attribuable à des différences relatives aux normes de soins dans les administrations et les établissements et à d'autres facteurs qui ne sont pas inclus dans le calcul du taux.

La figure 25.1 illustre le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral entre 1999-2000 et 2001-2002. Il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires et le Canada qui ont une moyenne d'environ 19 %.⁸



26-01 Taux de survie nette à 365 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

27-01 Taux de survie nette à 180 jours après un accident vasculaire cérébral

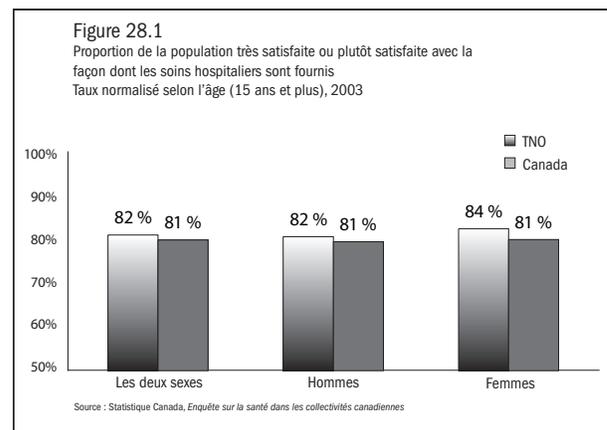
Les données des Territoires du Nord-Ouest pour les indicateurs 26-01 et 27-01 n'étaient pas disponibles. Les Territoires du Nord-Ouest étaient exclus en raison du haut volume de patients hospitalisés à l'extérieur des Territoires. Statistique Canada exclut les hospitalisations des non-résidents dans le calcul de ces deux indicateurs.

28-01 Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers (sélect.)

Les bons soins hospitaliers sont essentiels à tout système de soins de santé. L'un des indicateurs de rendement de cela est de savoir si les patients hospitalisés sont satisfaits de la façon dont l'hôpital fournit des soins. En 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a posé des questions aux gens sur leur dernière visite à l'hôpital au cours des douze mois précédents.⁹

La figure 28.1 illustre la proportion de la population (taux normalisé selon l'âge) de 15 ans et plus, très satisfaite ou plutôt satisfaite de la façon dont l'hôpital a fourni des soins. En 2003, 82 % de la population était très satisfaite ou plutôt satisfaite, par rapport à 81 % au national. Il n'y avait pas de différence importante entre les résultats des Territoires du Nord-Ouest et du Canada pour l'un ou l'autre sexe ou les deux sexes combinés.

Statistique Canada a trouvé que certaines différences dans les résultats entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada pour l'indicateur 28-01 étaient attribuables à la façon différente dont on a mené l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au reste du Canada. Aux Territoires du Nord-Ouest, il y a eu davantage d'entrevues face à face, quand on compare à la moyenne nationale, où il y a eu une plus grande proportion d'entrevues téléphoniques.



⁷ Voir l'Annexe 2 pour la liste des exclusions pour l'indicateur 25-01.

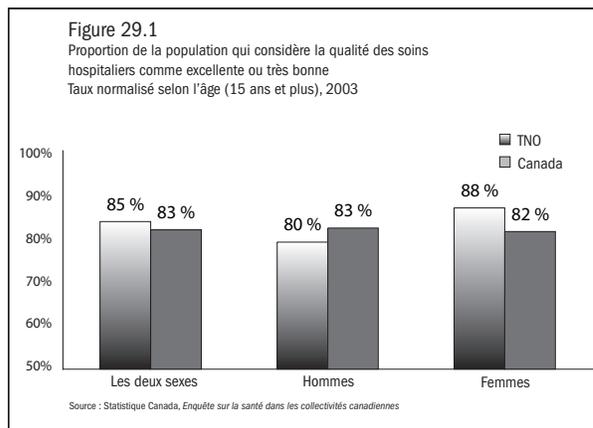
⁸ Le taux moyen au Canada ne comprend que les provinces et territoires pour lesquels il y avait des données disponibles.

⁹ Les indicateurs 28-PC et 29-PC excluent les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées.

29-01 Perception qu'ont les patients de la qualité des soins hospitaliers

Tout comme on l'a fait pour les soins hospitaliers, on a demandé aux patients leur avis sur la qualité des soins hospitaliers reçus.

La figure 29.1 illustre la proportion de la population (normalisée selon l'âge) de 15 ans et plus, qui avait trouvé la qualité des soins hospitaliers excellente ou très bonne. Environ 85 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont dit considérer la qualité des soins hospitaliers comme excellente ou très bonne, par rapport à 83 % au national. Il n'y avait pas de différence importante entre les résultats pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, que ce soit pour un sexe ou l'autre ou pour les deux sexes combinés.



Couverture des médicaments onéreux et gestion des produits pharmaceutiques (DR)

30-DR Dépenses des ménages consacrées aux médicaments prescrits en pourcentage du revenu net d'impôt (sélect.)

Les résultats des Territoires du Nord-Ouest pour le sondage qui fournit les données de cet indicateur n'étaient pas disponibles en raison de la qualité des données.

Matériel diagnostique et médical (DM)

31-DM Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer de la prostate

32-DM Temps d'attente pour la radiothérapie en cas de cancer du sein

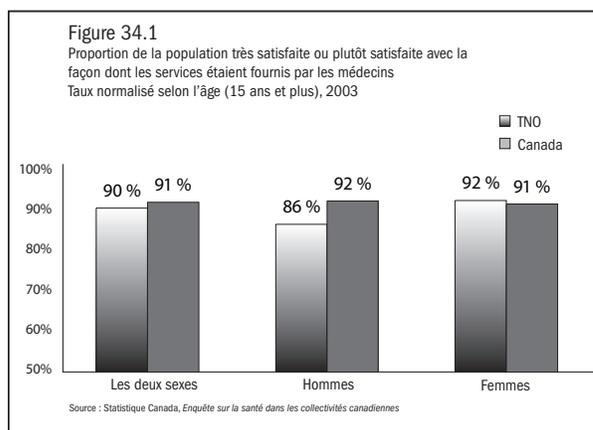
33-DM Temps d'attente déclarés pour des tests de diagnostics (sélect.)

Les données pour les indicateurs de temps d'attente ne sont pas disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest. Les données pour les indicateurs 31 et 32 sont basées sur des bases de données administratives spécifiques à chaque province ou territoire, qui n'existent pas aux Territoires du Nord-Ouest. La source de données pour l'indicateur 33-DM est l'Enquête sur l'accès aux services de santé. Cette enquête a été menée par Statistique Canada et ne comprenait pas les Territoires du Nord-Ouest.

Ressources humaines en santé (HR)

34-HR Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin (sélect.)

Les médecins sont souvent le premier contact avec le système de santé et sont les fournisseurs de soins de santé qui offrent le plus de procédures intensives aux patients. La satisfaction des patients avec les médecins est de toute première importance, quand on considère la réussite de tout système de soins de santé. En 2003, l'ESCC a posé des questions aux gens sur leur satisfaction à propos des services fournis par les médecins.¹⁰



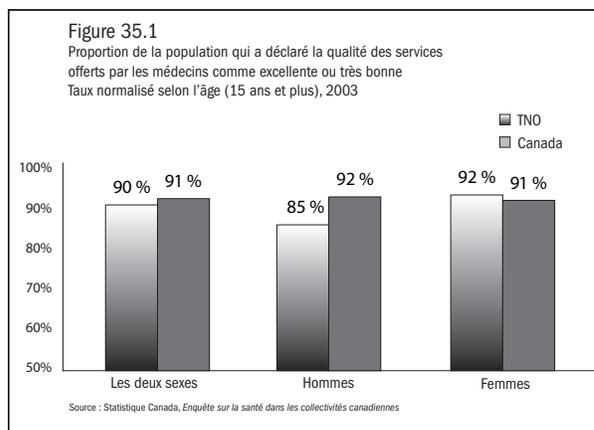
¹⁰ Les indicateurs 34-PC et 35-PC excluent les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées.

La figure 34.1 illustre la proportion de la population (normalisée selon l'âge) de 15 ans et plus, qui était très satisfaite ou plutôt satisfaite de la façon dont les services étaient fournis par les médecins, lors de leur plus récente visite au cours des douze mois précédents. En 2003, 90 % de la population était très satisfaite ou plutôt satisfaite, par rapport à 91 % au national. Il n'y avait pas de différence importante entre les résultats pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, pour l'un ou l'autre sexe ou les deux sexes combinés.

35-HR Perception qu'ont les patients de la qualité des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

Tout comme on l'a fait pour les soins fournis par un médecin, on a posé des questions aux patients sur leur satisfaction à propos de la qualité des services qu'ils ont reçu de médecins.

La figure 35.1 illustre la proportion de la population (normalisée selon l'âge), de 15 ans et plus, qui a déclaré la qualité des services offerts par les médecins comme excellente ou très bonne. Environ 90 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont déclaré la qualité des services offerts par les médecins comme excellente ou très bonne, par rapport à 91 % au national. Il n'y avait pas de différence importante entre les résultats pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, pour l'un ou l'autre sexe ou les deux sexes combinés.



Des Canadiens et des Canadiennes en santé (HLT)

Espérance de vie

L'espérance de vie est un indicateur couramment utilisé pour mesurer la santé d'une population dans son ensemble. En 2002, l'espérance de vie la plus élevée dans le monde était au Japon, à 81,5 ans.¹¹ Dans les pays développés, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et elle est associée à des facteurs socio-économiques comme la pauvreté et le niveau de scolarité.

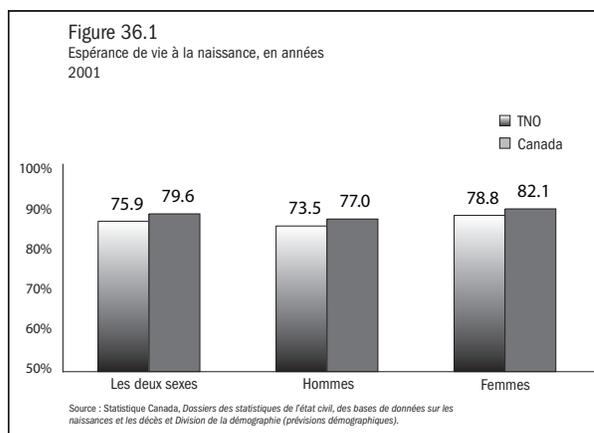
L'espérance de vie (à la naissance et à 65 ans) est un élément statistique, calculé à partir de l'âge moyen où les gens décèdent et a pour but de faciliter les comparaisons entre les populations. Combien d'années un nouveau-né peut actuellement s'attendre à vivre dépend de nombreux facteurs, dont, par exemple, la génétique, les pratiques personnelles de santé, le style de vie, et les progrès de la médecine.

36-HLT Espérance de vie

36a-HLT Espérance de vie de l'ensemble de la population

La figure 36.1 illustre l'espérance de vie à la naissance en années, pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. En 2001, l'espérance de vie pour les deux sexes combinés était de 75,9 années, à partir de la naissance, pour les Territoires du Nord-Ouest, soit beaucoup plus basse que les 79,6 années au national. Les hommes, comme c'est souvent le cas, avaient une espérance de vie plus basse que les femmes. Quand on compare avec le Canada, les hommes et les femmes des Territoires du Nord-Ouest ont une espérance de vie moins longue.

Quand les gens atteignent l'âge de 65 ans, leur espérance de vie s'accroît par rapport à ce qu'on estimait qu'elle serait à la naissance. Cela est attribuable au fait qu'ils ont évité certaines maladies et blessures qui auraient pu raccourcir leur vie, ou leur ont survécu.

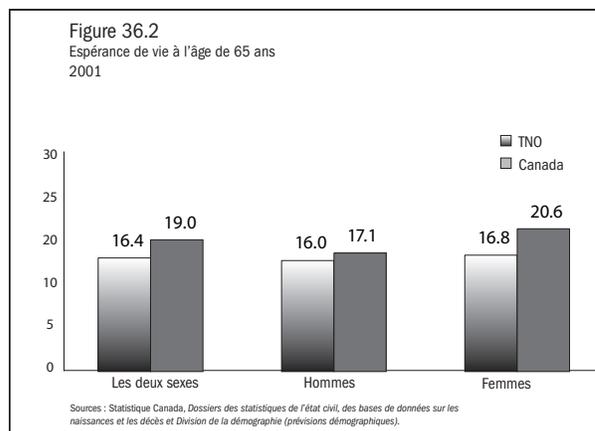


¹¹ Nations Unies, Rapport mondial sur le développement humain, 2004, p. 130.

La figure 36.2 illustre l'espérance de vie à l'âge de 65 ans pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, en 2001. En moyenne, une personne qui atteint l'âge de 65 ans pourrait s'attendre de vivre encore 16,4 années aux Territoires du Nord-Ouest, ce qui est vraiment moins que la moyenne nationale de 19 années. Il n'y a pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada pour les hommes de 65 ans, alors qu'il y a une différence importante pour les femmes.

36b-HLT Espérance de vie en fonction du revenu

Les Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas faire rapport sur l'espérance de vie par rapport au revenu, car les enquêtes de Statistique Canada qui ont servi à calculer cet indicateur n'ont pas été effectuées aux Territoires du Nord-Ouest.



37-HLT Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) (sélect.)

L'espérance de vie regarde simplement le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, à partir de sa naissance, sans prendre en considération la qualité de vie. L'EVAS va au-delà de l'espérance de vie de base pour prédire le nombre d'années en parfaite santé qu'une personne peut s'attendre à vivre au cours de sa vie.

37A-HLT EVAS pour l'ensemble de la population

37b-HLT EVAS par revenu

Les données pour les indicateurs 37a et 37b n'étaient pas disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest. Cet indicateur repose sur des données d'une enquête de Statistique Canada qui n'a pas été effectuée aux Territoires du Nord-Ouest.

Santé des enfants

Les deux mesures établies pour mesurer la santé d'un enfant sont le taux de mortalité et l'insuffisance de poids à la naissance.

Le taux de mortalité infantile est utilisé depuis longtemps pour mesurer la santé de l'enfant et le bien-être d'une société. Il reflète non seulement le niveau de mortalité, mais également l'état de santé et les soins de santé d'une population, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que les facteurs sociaux plus généraux, comme l'éducation de la mère, le tabagisme et la privation relative. En général, un faible poids à la naissance est le principal facteur de risque associé à la mortalité infantile au Canada.

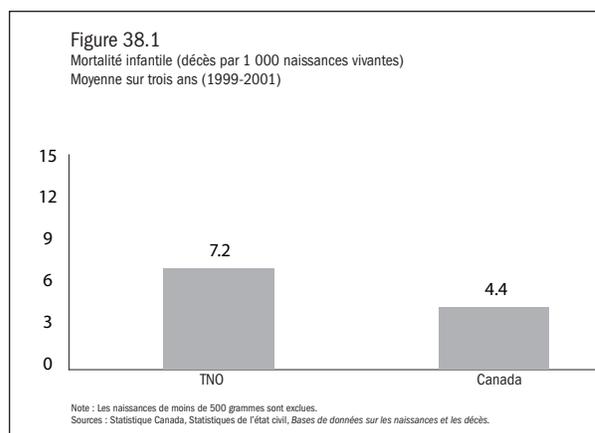
Un faible poids à la naissance est un indicateur de l'état de santé général des nouveaux-nés, et un déterminant important de la survie d'un enfant, de sa santé et de son développement. Les enfants qui ont un faible poids à la naissance sont plus susceptibles de mourir durant leur première année de vie, et s'ils survivent, ils sont plus à risque d'incapacité ou de maladies, comme la paralysie cérébrale, des problèmes visuels, des difficultés d'apprentissage et respiratoires. Le faible poids à la naissance est associé à des naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.), à des naissances prématurées, au mauvais état de santé de la mère, au style de vie et à la situation financière. Il est également associée à la procréation assistée (et aux naissances multiples qui en découlent). Des soins médicaux appropriés et un style de vie sain pour la mère peuvent améliorer les chances qu'un bébé ait un bon poids à la naissance.

38-HLT Mortalité infantile

La figure 38.1 illustre le nombre de décès d'enfants par 1 000 naissances vivantes, en moyenne, entre 1999 et 2001 (naissances de moins de 500 grammes exclues).

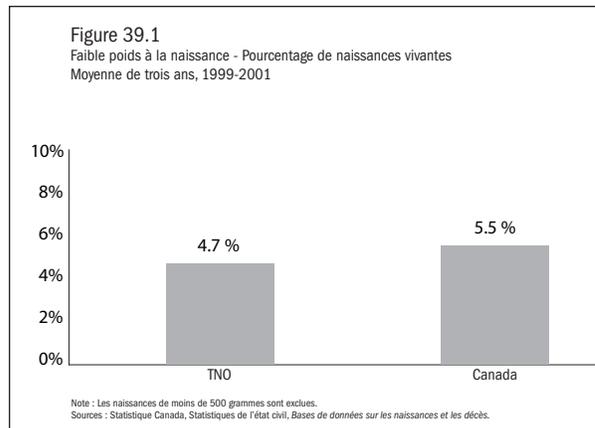
Les taux des Territoires du Nord-Ouest sont basés sur un petit nombre de décès d'enfants (14).

Il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



39-HLT- Insuffisance de poids à la naissance

La figure 39.1 illustre la proportion de bébés qui sont nés ayant un faible poids à la naissance, en moyenne, entre 1999 et 2001 (les naissances de moins de 500 grammes sont exclues). Il n'y a pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, dans la proportion de bébés nés ayant un faible poids à la naissance (4,8 % et 5,6 %).



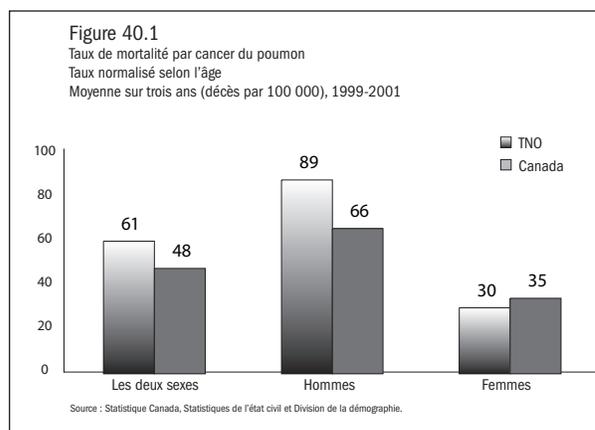
Taux de mortalité par causes spécifiques

Le cancer et les maladies cardiovasculaires (infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral) sont les principales causes de décès tant aux Territoires du Nord-Ouest qu'au Canada. En grande partie, le cancer et les maladies cardio-vasculaires sont évitables par des choix de style de vie saine et traitables grâce au dépistage précoce.¹²

40-HLT Taux de mortalité par cancer du poumon

Le rapport de 2003 a découvert que les néoplasmes (qui comprennent les tumeurs malignes, bénignes et in situ) étaient la principale cause des décès aux Territoires du Nord-Ouest.¹³ La plupart des décès causés par les néoplasmes étaient attribuables à des tumeurs malignes. De ces décès, les cancers du poumon étaient les plus courants.

La figure 40.1 illustre le taux moyen sur trois ans, normalisé selon l'âge, des décès causés par le cancer du poumon aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada. Les résultats pour les deux sexes combinés et pour les femmes, n'étaient pas vraiment différents aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada. Par contre, les résultats pour les hommes étaient vraiment plus élevés aux Territoires du Nord-Ouest qu'ils ne l'étaient au national.¹⁴



¹² Pour des détails sur la prévention et le dépistage du cancer, voir le document du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest, 1990-2000* : rapport descriptif.

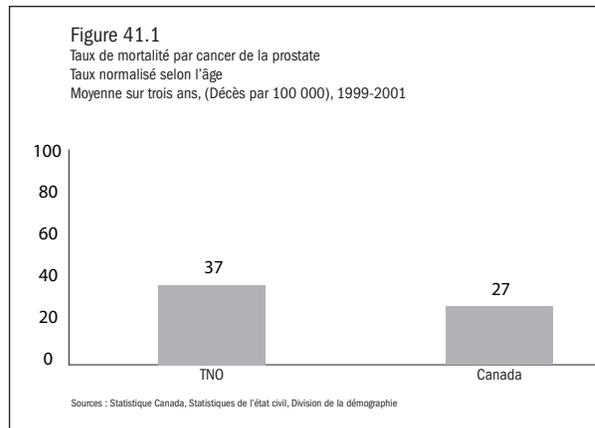
¹³ Idem, p. 18

¹⁴ Le système de codification pour classer la cause d'un décès a changé en 2000. Ce changement est estimé avoir eu, avec le temps, un effet marginal sur des rapports comparables. Voir l'Annexe B pour plus de détails sur l'impact de ce changement.

41-HLT Taux de mortalité par cancer de la prostate

Le taux de décès attribuables au cancer de la prostate aux Territoires du Nord-Ouest est historiquement le même que celui du Canada, même si l'incidence actuelle du cancer de la prostate est vraiment plus basse aux Territoires du Nord-Ouest.¹⁵ Pour ce qui est des décès attribuables au cancer, le cancer de la prostate était la troisième cause de décès la plus élevée chez les hommes des Territoires du Nord-Ouest entre 1990 et 1999.

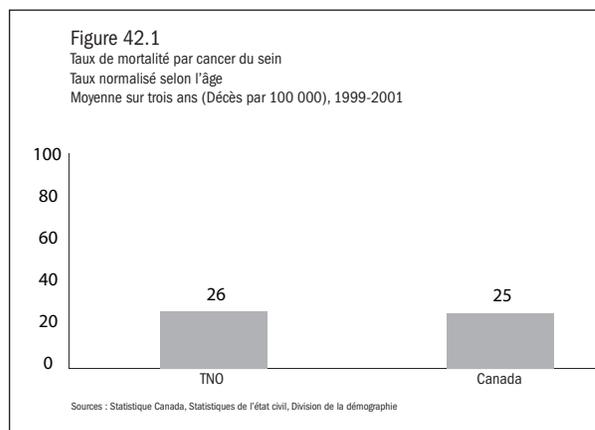
La figure 41.1 illustre le taux moyen sur trois ans, normalisé selon l'âge, des décès attribuables au cancer de la prostate aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada (1999-2001). Il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada en ce qui concerne les décès attribuables au cancer de la prostate.¹⁶



42-HLT Taux de mortalité par cancer du sein

Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein aux Territoires du Nord-Ouest est demeuré le même que le taux national tout au long des années 1990. Pour ce qui est des décès attribuables au cancer, le cancer du sein était la principale cause de décès chez les femmes des Territoires du Nord-Ouest entre 1990 et 1999.¹⁷

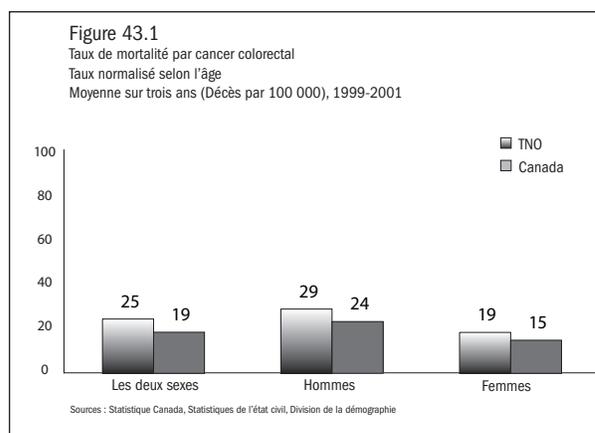
La figure 42.1 illustre le taux moyen sur trois ans, normalisé selon l'âge, des décès attribuables au cancer du sein aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada (1999-2001). Il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada en ce qui concerne les décès attribuables au cancer du sein.



43-HLT Taux de mortalité par cancer colorectal

Au cours des années 1990, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal était vraiment plus élevé pour les femmes des Territoires du Nord-Ouest que pour les femmes au national. Cependant, pendant la même période, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal n'était pas vraiment plus élevé pour les hommes des Territoires du Nord-Ouest que pour les hommes au national, même si l'incidence actuelle de ce cancer était plus élevée chez les hommes des Territoires du Nord-Ouest.¹⁸

La figure 43.1 illustre une moyenne sur trois ans, normalisée selon l'âge, du taux de mortalité par cancer colorectal pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada (1999-2001). Il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada pour les deux sexes combinés, ni pour l'un ou l'autre sexe. C'est important que le lecteur soit prudent en tirant des conclusions basées sur un petit nombre de décès chaque année.



¹⁵ Idem, p. A-17 et A-11

¹⁶ Le système de codification pour classer la cause de décès a changé en 2000. Ce changement est estimé avoir eu, avec le temps, un effet marginal sur des rapports comparables. Voir l'Annexe B pour plus de détails sur l'impact de ce changement.

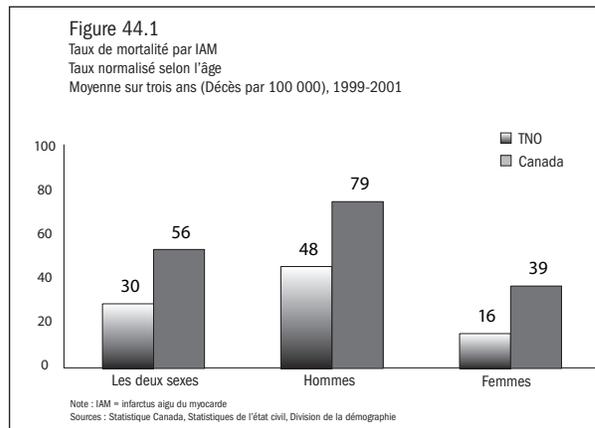
¹⁷ Idem, p A-19

¹⁸ Idem, p. A-7, A-11, A-15 et A-19

44-HLT Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)

Les décès attribuables aux infarctus aigus du myocarde (IAM), ou par ce qu'on appelle couramment les crises cardiaques, ont fluctué au cours des années 1990 aux Territoires du Nord-Ouest.¹⁹

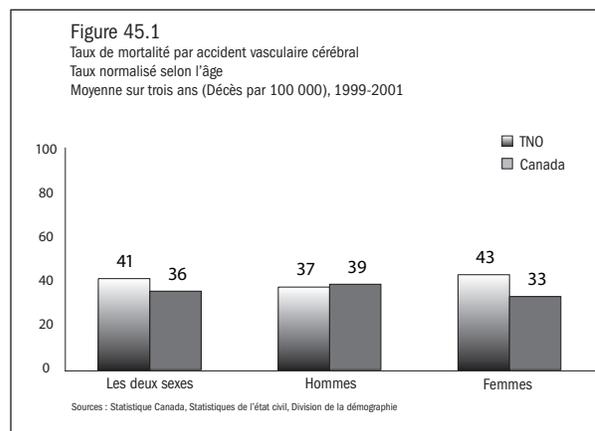
La figure 44.1 illustre le taux moyen sur trois ans, normalisé selon l'âge, du taux de mortalité par IAM pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada (1999-2001). Les résultats pour les deux sexes combinés et séparés étaient vraiment plus bas aux Territoires du Nord-Ouest que pour le Canada.²⁰



45-HLT Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral

Les décès attribuables aux accidents vasculaires cérébraux sont demeurés plutôt stables au cours des années 1990 aux Territoires du Nord-Ouest.²¹

La figure 45.1 illustre le taux de mortalité moyen sur trois ans, normalisé selon l'âge, par accident vasculaire cérébral pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada (1999-2001). Il n'y avait pas de différence importante pour les deux sexes combinés et séparés entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.²²



Taux de survie au cancer

46-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du poumon

Étant donné le petit nombre de cas de cancer aux Territoires du Nord-Ouest, le taux pour cet indicateur est trop petit pour rapporter de façon fiable.

47-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer de la prostate

Étant donné le petit nombre de cas de cancer aux Territoires du Nord-Ouest, le taux pour cet indicateur est trop petit pour rapporter de façon fiable.

48-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer du sein

Étant donné le petit nombre de cas de cancer aux Territoires du Nord-Ouest, le taux pour cet indicateur est trop petit pour rapporter de façon fiable.

49-HLT Taux de survie relative à cinq ans pour les cas d'un cancer colorectal

Étant donné le petit nombre de cas de cancer aux Territoires du Nord-Ouest, le taux pour cet indicateur est trop petit pour rapporter de façon fiable.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé*, 2002, p. 12

²⁰ Le système de codification pour classer la cause d'un décès a changé en 2000. Ce changement est estimé avoir eu, avec le temps, un effet marginal sur des rapports comparables. Voir l'Annexe B pour plus de détails sur l'impact de ce changement.

²¹ *Idem*, p. 12.

²² Le système de codification pour classer la cause de décès a changé en 2000. Ce changement est estimé avoir eu, avec le temps, un effet marginal sur des rapports comparables. Voir l'Annexe B pour plus de détails sur l'impact de ce changement.

Taux d'incidence au cancer

Le taux d'incidence du cancer, normalisé selon l'âge, mesure l'apparition de nouveaux cancers. Ce taux d'incidence est influencé par deux principaux groupes de facteurs : 1) le taux sous-jacent de l'incidence du cancer, qui, à son tour, traduit en partie la prévalence de facteurs de risque comme le tabagisme, et donc, la réussite d'efforts de prévention primaire; et 2) le taux de dépistage et de diagnostic de cancers, qui, à son tour, peut être influencé par l'intensité et l'efficacité des programmes de dépistage du cancer.

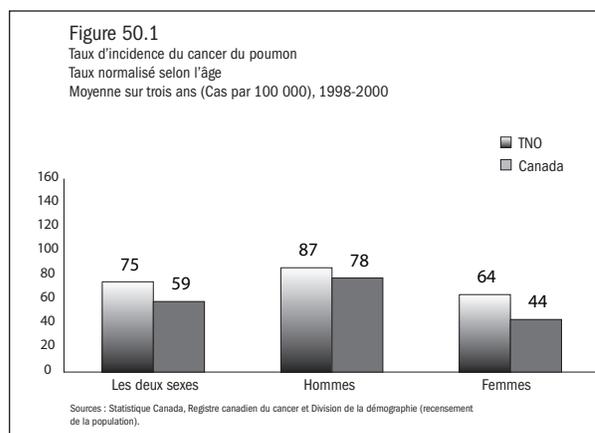
Malheureusement, aux fins d'interprétation de cet indicateur, ces deux facteurs agissent en sens inverse. Par exemple, une hausse de l'incidence mesurée du cancer pourrait refléter soit l'adoption de mauvaises habitudes de vie, soit l'amélioration du dépistage. Cependant, l'amélioration du dépistage est peu susceptible de se maintenir durant une longue période, de sorte qu'une baisse de l'incidence du cancer évoque également un changement positif dans la santé de la population. Cette question d'interprétation sera réglée par l'ajout des données de stadification aux registres du cancer. La stadification du cancer fournit de l'information sur le stade (gravité) du cancer au moment du diagnostic.

Les quatre indicateurs suivants comparent le taux d'incidence des quatre principaux cancers, aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada. Comme pour ce qui est des décès attribuables au cancer, on peut trouver une analyse plus approfondie du cancer aux Territoires du Nord-Ouest dans *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990-2000 : rapport descriptif*.

50-HLT Taux d'incidence du cancer du poumon

Le cancer du poumon a été le deuxième cancer le plus diagnostiqué aux Territoires du Nord-Ouest au cours des années 1990.

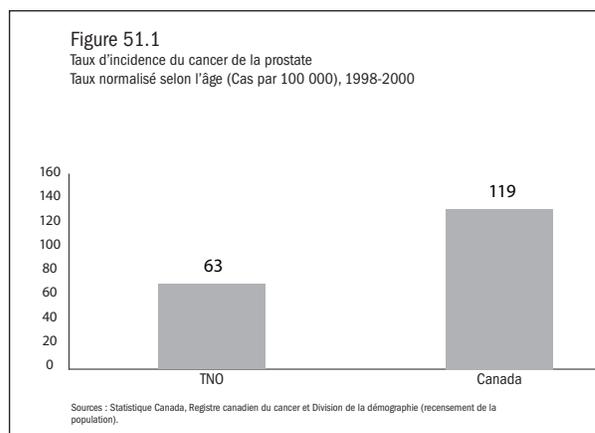
La figure 50.1 illustre le taux d'incidence du cancer du poumon entre 1998 et 2000, pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Les Territoires du Nord-Ouest ont un taux vraiment plus élevé qu'au national de cancer du poumon pour les deux sexes combinés et pour les femmes, mais pas pour les hommes.



51-HLT Taux d'incidence du cancer de la prostate

Historiquement, les Territoires du Nord-Ouest avaient un bas taux de cancer de la prostate par rapport à la moyenne nationale.

La figure 51.1 illustre le taux d'incidence du cancer de la prostate, entre 1998 et 2000, pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Les hommes des Territoires du Nord-Ouest avaient un taux vraiment plus bas de cancer de la prostate que les hommes au national.²³



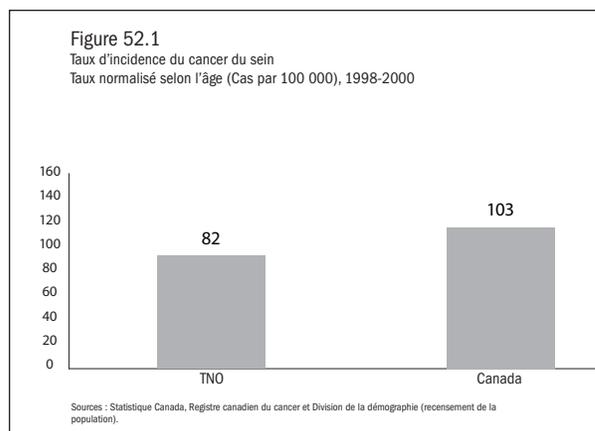
²³ Dans 41-HLT, le taux de mortalité pour le cancer de la prostate, il n'y a pas de différence entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Les lecteurs devraient prendre note que certaines sortes de cancers sont plus courantes que d'autres, mais ont un plus haut taux de survie que d'autres. En conséquence, le taux de décès et le taux d'incidence d'un cancer particulier ou d'une maladie particulière ne sont pas toujours les mêmes.

52-HLT Taux d'incidence du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les femmes des Territoires du Nord-Ouest et est le troisième plus élevé dans l'ensemble, derrière le cancer colorectal et le cancer du poumon.²⁴

La figure 52.1 illustre le taux d'incidence du cancer du sein, entre 1998 et 2000, pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.

Pour la période de 1998 à 2000, les femmes des Territoires du Nord-Ouest ont eu un taux vraiment plus bas de cancer du sein que les femmes au national. Cependant, malgré le bas taux au cours des récentes années, au cours de l'ensemble des années 1990, il n'y avait pas de différence importante du taux de cancer du sein entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.²⁵



53-HLT Taux d'incidence du cancer colorectal

Le cancer colorectal est le cancer le plus courant, dans l'ensemble, aux Territoires du Nord-Ouest.

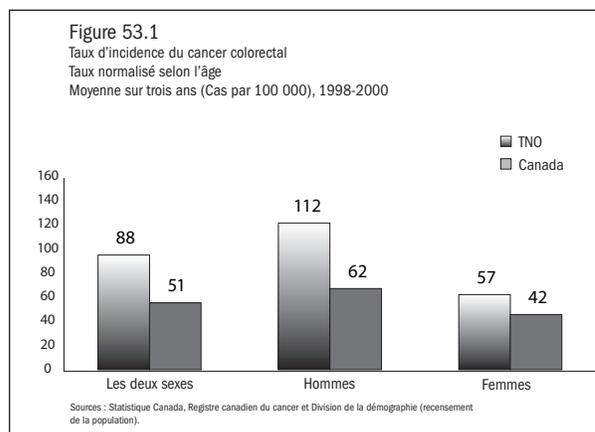
La figure 53.1 illustre le taux d'incidence du cancer colorectal de 1998 à 2000 pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Les Territoires du Nord-Ouest ont un taux vraiment plus élevé de cancer colorectal pour les deux sexes combinés et pour les hommes, mais pas pour les femmes.

Années potentielles de vie perdue dues à des causes spécifiques

L'indicateur basé sur le taux de mortalité le plus fréquemment utilisé par rapport à la santé de la population est l'espérance de vie. Il mesure l'espérance de vie moyenne, et par conséquent, reflète à la fois les changements dans la longévité des personnes très âgées et les changements dans les taux de mortalité des personnes âgées de moins de 75 ans.

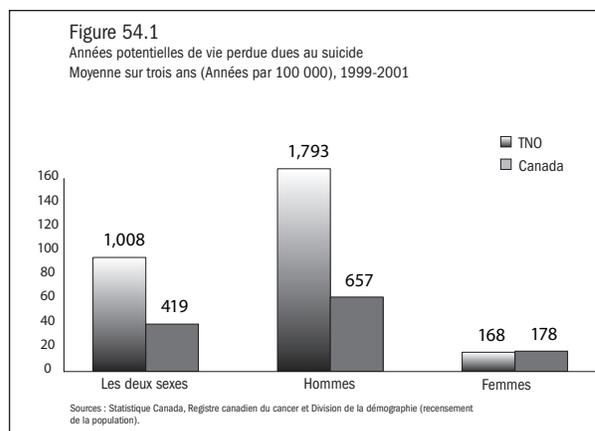
Les années potentielles de vie perdue (APVP) est un indicateur complémentaire axé sur le taux de mortalité des personnes de moins de 75 ans. C'est un indicateur sur l'ensemble de la santé et du mieux-être de la population, de même que de l'efficacité des programmes préventifs.²⁶

L'APVP est calculé en présumant que la durée de vie productive moyenne est de 75 ans, et en soustrayant l'âge auquel une personne meurt de 75. Par exemple, si une personne meurt à l'âge de 50 ans, l'APVP est donc de 25 ans. L'APVP pour toute une population est simplement la somme des années de vie perdue par ceux qui sont mort avant d'atteindre l'âge de 75 ans.



54-HLY Années potentielles de vie perdue dues au suicide

La figure 54.1 illustre le taux d'APVP attribuable au suicide, pour la période de 1999 à 2001 pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Le taux des Territoires du Nord-Ouest d'APVP attribuable au suicide est deux fois plus élevé qu'au national. Le taux d'APVP dues au suicide pour les hommes des Territoires du Nord-Ouest était près de trois fois ce qu'il est au national, alors qu'il était pratiquement le même pour les femmes entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



²⁴ Idem, *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990-2000 : un rapport descriptif*, Tableaux 1 et 2, p. 11.

²⁵ Idem, p. A-15

²⁶ À des âges plus avancés, la co-morbidité devient très fréquente, et le décès est souvent le résultat d'un processus complexe. Cela peut rendre l'APVP plus significatif pour les maladies (conditions) qui peuvent être identifiées comme seule cause de décès, et pour ceux qui meurent à un âge précoce, par blessures ou suicide.

55-HLT Années potentielles de vie perdue dues aux blessures accidentelles

Figure 55,1 Années potentielles de vie perdue dues aux blessures accidentelles, entre 1999 et 2001. Le taux aux Territoires du Nord-Ouest d'APVP dues aux blessures accidentelles était trois fois le taux au national. Comme c'était le cas pour le suicide, les hommes risquaient davantage de mourir prématurément en raison de blessures accidentelles.

Le rapport qui sera bientôt publié *Blessures aux Territoires du Nord-Ouest*, fournit une analyse en profondeur des blessures accidentelles aux Territoires du Nord-Ouest.

Maladies transmissibles²⁷

La propagation de maladies transmissibles est évitable, soit par la vaccination, le dépistage, les traitements ou la prévention. La réussite d'un système de santé à réduire l'incidence de maladies transmissibles dépend de la solidité de ses activités en matière de santé publique (p. ex. vaccination, santé environnementale et promotion de la santé).

56-HLT Taux d'incidence de la méningococcie invasive

La méningococcie invasive peut causer la méningite bactérienne. La plupart des cas de cette maladie se produisent chez le groupe d'âge de 0 à 19 ans. Des vaccins très efficaces sont disponibles contre la méningococcie invasive et peuvent être administrés à des nourrissons dès l'âge de deux mois.

Les données les plus récentes comparables sur la méningococcie invasive remontent à 2002. Il n'y a pas eu de cas de méningococcie invasive aux Territoires du Nord-Ouest pendant la période de 1998 à 2002.

57-HLT Taux d'incidence de la rougeole

L'Organisation pan-américaine de la santé s'était fixé comme objectif d'éradiquer la rougeole avant l'an 2000; il s'agit également du seul objectif national visé par l'ensemble des provinces et territoires. Il n'y a pas eu de cas de rougeole aux Territoires du Nord-Ouest depuis 1993.

58-HLT Taux d'incidence de la maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type B (Hib)

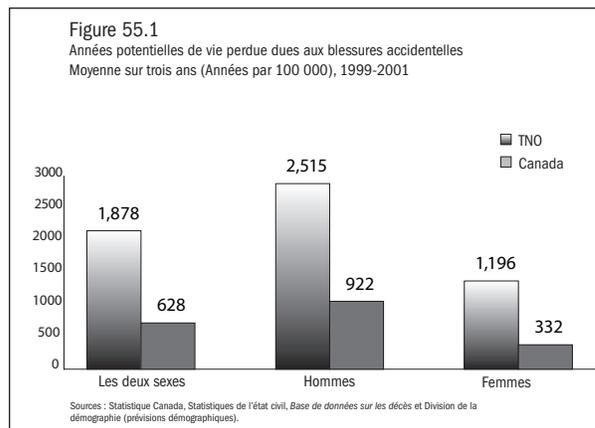
Avant la mise en œuvre du vaccin Hib, le Hib était la cause la plus courante de la méningite bactérienne et figurant parmi les principales causes d'infections invasives graves chez les enfants. Entre 2000 et 2002, il y a eu un cas de Hib chez un enfant de moins de cinq ans aux Territoires du Nord-Ouest.

59-HLT Taux d'incidence de la tuberculose

La tuberculose constitue un problème de santé publique important qui a pris de l'ampleur ces dernières années. La multirésistance aux médicaments contre la tuberculose constitue également un problème émergent.

Les cas de tuberculose, peu nombreux en chiffres réels aux Territoires du Nord-Ouest, tendent à se produire en nombre relativement grands (en blocs) au cours d'une année, en raison d'une flambée, alors que d'autres années, il y a relativement peu de cas.

La figure 59.1 illustre le taux d'incidence de tuberculose pulmonaire entre 2000 et 2002. Le taux de tuberculose aux Territoires du Nord-Ouest est trois fois plus élevé que le taux au national. Même si ce taux est vraiment plus élevé, cela représente 22 cas au total sur une période de trois ans.

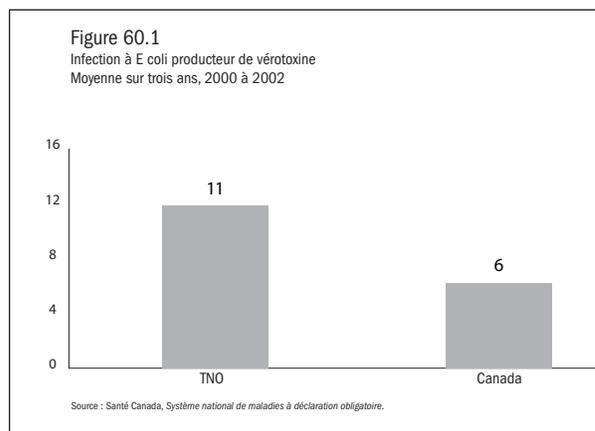


²⁷ Voir Annexe B : Méthodologie et source des données pour plus de détails sur les sources des données et les limites aux données pour les indicateurs 56-HLT à 62-HLT.

60-HLT Taux d'incidence de l'infection à E coli producteur de vérotoxine

La vérotoxine *E coli* est une maladie présente dans les aliments et dans l'eau qui peut rendre très malade et dans certains cas, causer la mort.

La figure 60.1 illustre le taux d'incidence de l'infection à *E coli* producteur de vérotoxine, entre 2000 et 2002, pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Même si la différence entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada était importante, des flambées se manifestent de façon inconstante aux Territoires du Nord-Ouest. En raison de la petite population, la sévérité variante de l'infection (certaines personnes peuvent ne pas demander d'aide médicale, si la maladie qui se manifeste n'est pas grave), et la nature de la flambée d'*E coli* (un incident peut rendre plusieurs personnes malades), le total des cas varie d'une année à l'autre. Au cours de la période susmentionnée, il y a eu environ 14 cas, et aucun n'a entraîné la mort. Par contre, entre 1994 et 1996, il n'y a eu aucun cas rapporté d'infection au *E coli*.²⁸



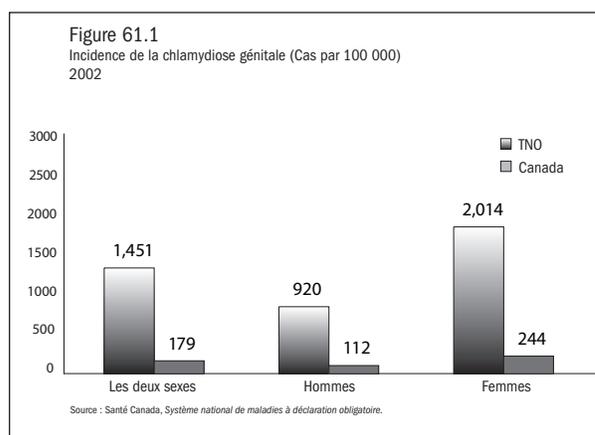
61-HLT Taux d'incidence de la chlamydie génitale

La chlamydie génitale est une infection transmise sexuellement (ITS) courante qui peut provoquer l'infertilité chez la femme, ainsi que des grossesses ectopiques. Les taux d'incidence plus élevés comparativement aux autres ITS peuvent constituer un indicateur plus sensible de changement dans les comportements à risque et refléter l'efficacité des mesures de prévention primaire et secondaire.

Contrairement aux autres maladies transmissibles dans ce rapport, il y a un grand cas de chlamydie génitale aux Territoires du Nord-Ouest chaque année.

La figure 61.1 illustre l'incidence de la chlamydie génitale en 2002 pour les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.

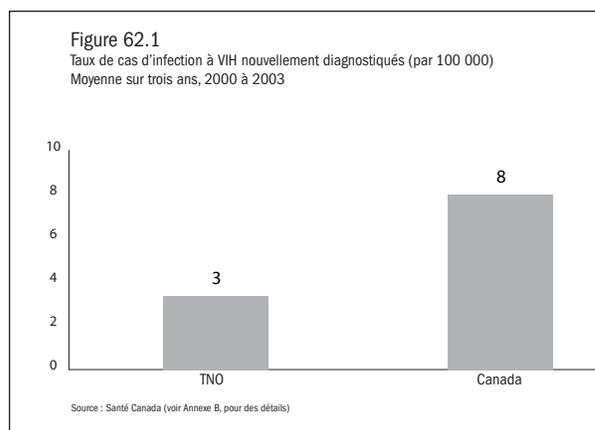
L'incidence de la chlamydie génitale est 8 fois plus élevée chez les femmes et les hommes des Territoires du Nord-Ouest que chez leurs pairs à l'échelle nationale.



62-HLT Proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH est à la fois fonction de l'incidence de l'infection à VIH et des méthodes utilisées pour la détection de l'infection. Les rapports sur les cas d'infection à VIH pour une année donnée comprennent les personnes qui ont contracté l'infection durant l'année en cours, de même que celles qui ont contracté l'infection au cours des années précédentes; la plupart des personnes ne reçoivent pas de diagnostic durant l'année où elles sont infectées. Le nombre de nouveaux diagnostics varie non seulement en fonction des changements dans l'incidence du VIH et des résultats des tests de dépistage du VIH, mais également en fonction des retards dans la présentation des rapports et de l'élimination plus efficace des rapports en double. C'est pourquoi, le nombre/taux de cas de séropositivité déclarés doivent être interprétés avec prudence.

La figure 62.1 illustre les chiffres sur trois ans des nouveaux cas diagnostiqués au HIV, par 100 000 personnes, aux Territoires du Nord-Ouest et au Canada, pour la période de 2001 à 2003. La différence entre le Canada et les Territoires du Nord-Ouest n'était pas importante. De plus le lecteur devrait interpréter les résultats avec prudence, car le taux pour les Territoires du Nord-Ouest est basé sur quatre cas sur une période de trois ans.



²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé*, septembre 2002, figure 13c, p. 28.

Autres indicateurs

63-HLT Prévalence du diabète

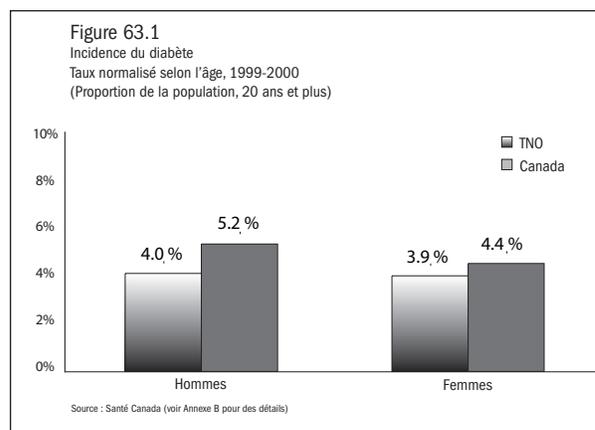
Quand il n'est pas diagnostiqué ou traité, le diabète peut entraîner un grand nombre de graves problèmes de santé, incluant la cécité, l'amputation de membres et la mort.

Il existe trois types de diabète : de type 1, de type 2 et gestationnel. En général, le diabète de type 1 se manifeste avant l'âge de 30 ans, et affecte environ 10 % de tous les diabétiques. En général, le diabète de type 2 débute après l'âge de 40 ans, même s'il est en augmentation à un plus jeune âge, et compte pour environ 90 % de tous les cas de diabète. Le diabète gestationnel se manifeste pendant la grossesse, et disparaît après l'accouchement. Néanmoins, de 40 à 50 % des femmes avec du diabète gestationnel développeront le diabète de type 2 dans les quinze années suivant l'accouchement.²⁹

Le diabète de type 2 constitue une inquiétude majeure pour la population des Territoires du Nord-Ouest. En général, les diabétiques de type 2 ont un surplus de poids, sont obèses et ont un style de vie sédentaire et inactif. Quand on a du diabète dans la famille, on risque davantage d'avoir cette maladie.³⁰

L'incidence du diabète (le nombre de personnes qui ont le diabète) donne une idée de l'importance ou du fardeau de cette maladie à un moment donné et elle est couramment utilisée dans le cadre de surveillance et de planification de la santé publique. On estime qu'environ 5 % de tous les Canadiens et Canadiennes (de 20 ans et plus) souffrent du diabète, ce qui occasionne des coûts directs au titre des soins médicaux et hospitaliers, des médicaments prescrits, et autres coûts assumés par les patients de même que les coûts indirects dont l'invalidité et les décès prématurés.³¹

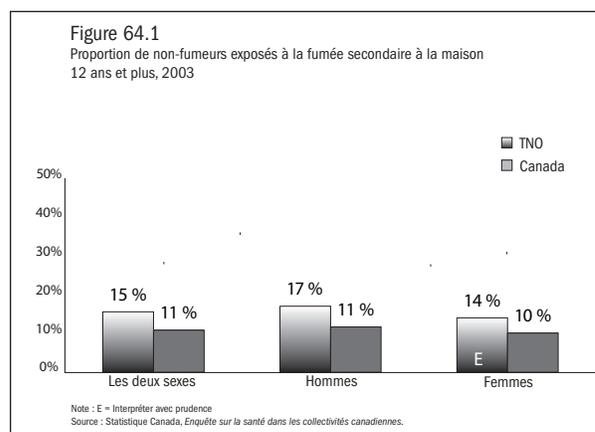
En 1999, le Système national de surveillance du diabète (SNSD), dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, a commencé ses activités pour déterminer l'incidence du diabète partout au Canada. La figure 63.1 illustre les résultats les plus récents publiés par le SNSD. Environ 4 % des hommes et des femmes des Territoires du Nord-Ouest ont été diagnostiqués avec du diabète, ce qui est vraiment plus bas que le 5,2 % d'hommes et le 4,4 % de femmes au national.³² Le lecteur devrait être prudent dans l'interprétation de ce taux d'incidence du diabète (Voir l'Annexe B pour des détails).



64-HLT Exposition à la fumée secondaire du tabac

Le lien entre l'exposition à la fumée secondaire et les effets nocifs sur la santé est bien reconnu. Non seulement la fumée secondaire constitue un irritant connu pour les muqueuses, mais elle est également associée à une augmentation du taux de mortalité due au cancer du poumon et aux maladies cardiovasculaires. La fumée secondaire a des effets très nocifs sur la santé des enfants : les femmes enceintes qui fument donnent naissance à des enfants ayant un poids plus faible à la naissance; les enfants qui vivent dans un foyer où ils sont exposés à la fumée secondaire du tabac présentent des taux plus élevés d'asthme et de difficultés respiratoires. Il existe des preuves solides démontrant un lien entre l'exposition à la fumée secondaire et les maladies respiratoires.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a demandé à des non-fumeurs, de 12 ans et plus, s'ils étaient régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, dans des voitures privées et dans des lieux publics.



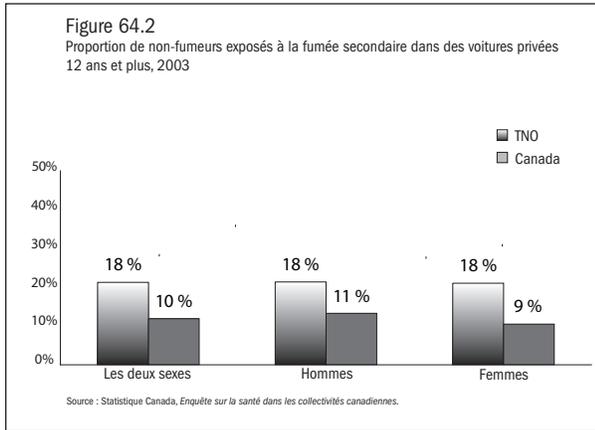
La figure 64.1 illustre la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison. En 2003, environ 15 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont rapporté avoir été régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, par rapport à 11 % des Canadiens et Canadiennes. Les différences entre les chiffres pour les Territoires du Nord-Ouest le Canada étaient importantes pour les deux sexes, et pour les hommes, mais pas pour les femmes.

²⁹ Elsie De Roose et al, « Gestional Diabetes Mellitus » dans Epi North, Automne 2001, Vol. 12, N° 4, p. 12.

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, Profil des personnes âgées des TNO, mai 2003, p 37-38.

³¹ Santé Canada, Pour relever le défi posé par le diabète au Canada : premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003, p. 3.

³² Les proportions pour le Canada excluent Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick.



La figure 64.2 illustre la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans des voitures privées. Tout comme on l'a fait pour l'exposition à la fumée secondaire à la maison, on a demandé aux résidents des Territoires du Nord-Ouest de rapporter l'exposition à la fumée secondaire dans des voitures privées en 2003. Les résultats sont vraiment différents entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada, pour les deux sexes combinés et chaque sexe séparément.

65-HLT Auto-évaluation de la santé

Les études indiquent que lorsque les personnes évaluent leur santé en réponse à cette question, elles donnent de l'information ayant une valeur prédictive importante concernant l'incidence de maladies chroniques, la perte d'autonomie et, en bout de ligne, la survie. Un grand nombre d'études longitudinales ont démontré que l'auto-évaluation de la santé permet de prévoir la mortalité, même quand on tient compte de mesures plus objectives, comme les évaluations cliniques.

L'ESCC a demandé à des Canadiens et Canadiennes d'auto-évaluer leur santé, sur une échelle de cinq cotes, allant d'excellent à mauvaise. La figure 65.1 illustre la proportion, normalisée selon l'âge, de la population qui auto-évalue sa santé comme étant excellente ou très bonne, en 2003. Environ 54 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont rapporté avoir une santé excellente ou très bonne, par rapport à 60 % des Canadiens et Canadiennes. Cette différence est importante pour les deux sexes combinés, et pour les femmes uniquement. Cependant, il n'y a pas de différence importante pour les hommes.

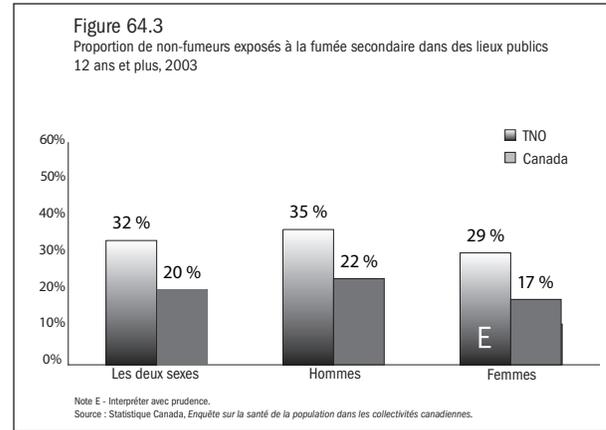
66-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents

66a-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement ³³

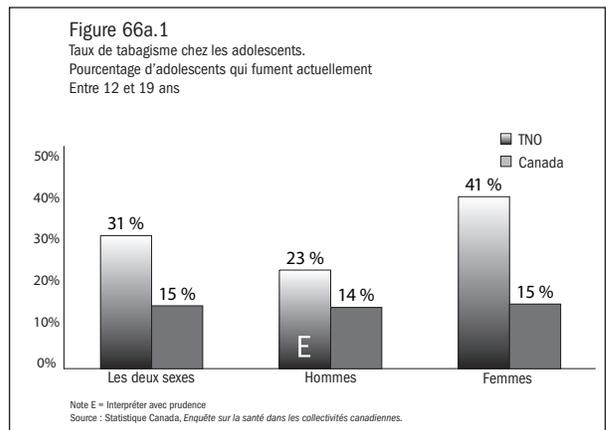
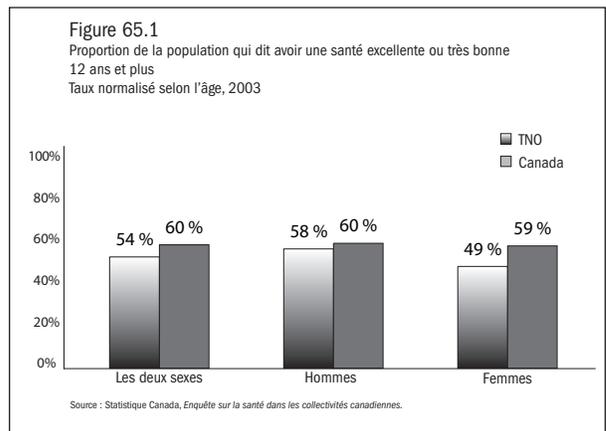
L'usage du tabac est la principale cause de maladies et de décès évitables au Canada. En raison de la nature d'accoutumance de la nicotine, le tabagisme est un sujet d'inquiétude, particulièrement en ce qui concerne les jeunes. On estime qu'environ huit personnes sur 10 qui essaient de fumer deviennent des fumeurs habituels.

L'ESCC a demandé à des adolescents, âgés de 12 à 19 ans, s'ils fumaient du tabac ou pas, et à quel rythme ils fumaient. La figure 66a.1 illustre la proportion d'adolescents âgés de 12 à 19 ans qui ont dit être des fumeurs actuels (tous les jours ou à l'occasion).

³³ Santé Canada, *En primeur - Le tabagisme* - Santé Canada pour les jeunes. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/youth/scoop.html>.



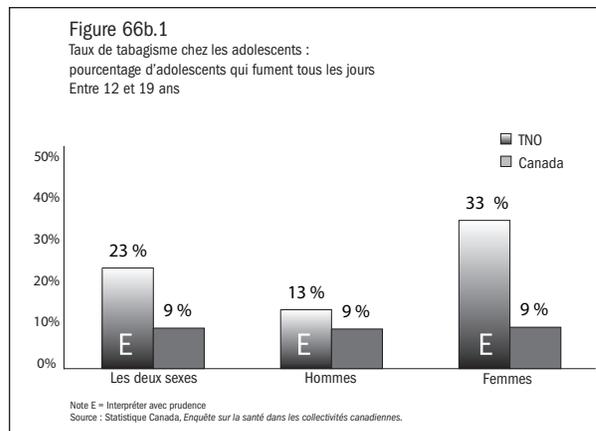
La figure 64.3 illustre la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans des lieux publics, comme les salles de bingo, les restaurants et les bars. Tout comme on l'a fait pour l'exposition à la fumée secondaire dans des voitures, on a demandé aux résidents des Territoires du Nord-Ouest de parler de leur exposition à la fumée secondaire dans des lieux publics. Trente-deux pour cent des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont rapporté avoir été exposés à la fumée secondaire dans des lieux publics, un résultat bien plus élevé qu'au national. Les résultats sont également vraiment différents pour les hommes et les femmes, séparément.



En 2003, les Territoires du Nord-Ouest avaient un nombre vraiment plus élevé que la moyenne nationale d'adolescents qui ont rapporté être des fumeurs actuels. Il y avait presque trois fois plus d'adolescentes qui fumaient aux Territoires du Nord-Ouest qu'il n'y en avait au national. Les résultats pour les adolescents n'étaient pas vraiment différents que chez ceux de pairs au national, mais il faut interpréter ces résultats avec prudence, en raison des petits échantillons.

66b-HLT Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument tous les jours

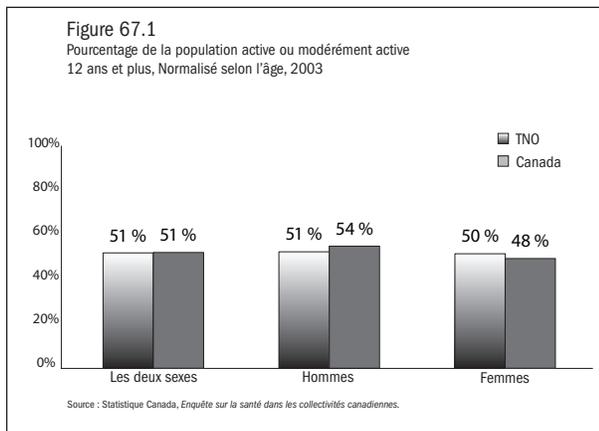
Les fumeurs quotidiens risquent davantage que les fumeurs occasionnels de s'accoutumer et par le fait même, d'avoir un impact négatif sur leur santé. La figure 66b.1 illustre la proportion d'adolescents qui rapportent être des fumeurs quotidiens, en 2003. Même s'il faut interpréter les résultats pour les Territoires du Nord-Ouest avec prudence, une proportion vraiment plus élevée d'adolescents des Territoires du Nord-Ouest risquaient de devenir des fumeurs quotidiens que ce n'était le cas au national. Encore une fois, les adolescentes présentaient une plus grande différence, avec plus de trois fois la moyenne nationale, une différence importante. Il n'y avait pas de différence importante entre les adolescents des Territoires du Nord-Ouest et ceux du Canada.



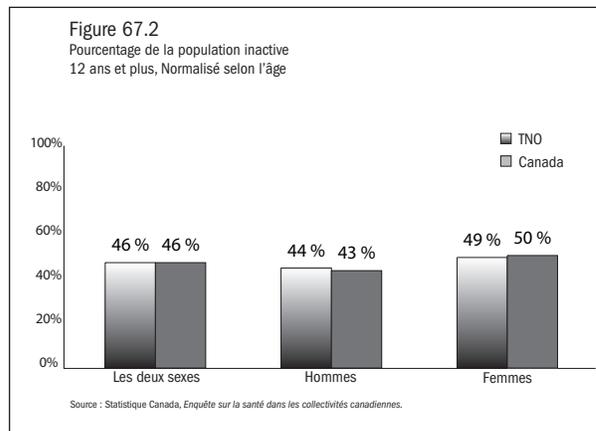
67-HLT Activité physique (sélect.)

L'activité physique est associée à toute une série de bienfaits pour la santé. De nombreuses études ont démontré que la pratique d'une activité physique régulière améliore sensiblement la santé du cœur cardiovasculaire et que l'inactivité est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires. Des données récentes provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population confirment cette conclusion et indiquent en outre que les personnes actives physiquement sont moins susceptibles d'être déprimées.

L'ESCC a demandé aux personnes à quelles activités elles s'adonnaient et à quel rythme. De ces réponses, les répondant étaient mis dans trois catégories, basées sur les calories brûlées en raison de leur niveau d'activité : actif, modérément actif ou inactif.



La figure 67.1 illustre les résultats combinés (normalisés selon l'âge) des répondants qui étaient actifs ou modérément actifs pour 2003. Un peu plus de 50 % des deux populations étaient considérées comme étant actives ou modérément actives. Il n'y avait pas de différence importante pour un sexe ou l'autre ou combinés entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



La figure 67.2 illustre la proportion de la population qu'on considère comme inactives. Il n'y a pas de différence entre les Territoires du Nord-Ouest, pour l'un ou l'autre sexe ou les deux sexes combinés.

Environ 46 % de la population était considérée comme inactives, tant aux Territoires du Nord-Ouest qu'au national.

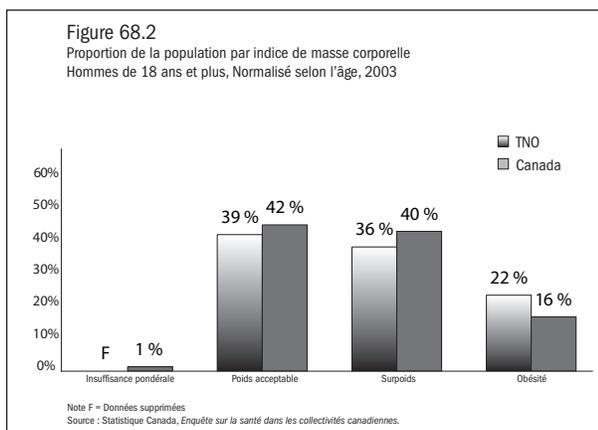
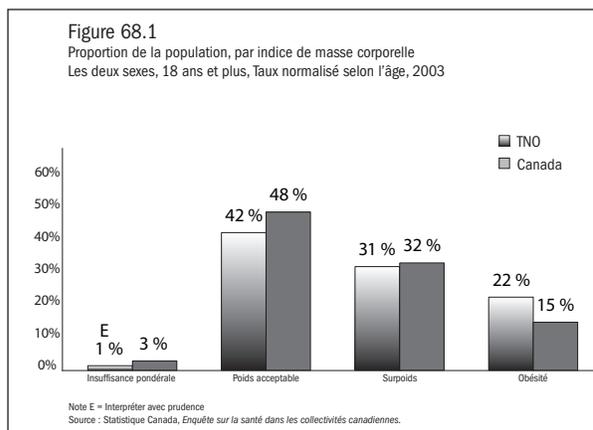
Statistique Canada a trouvé que certaines des différences entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada pour ce qui est de l'indicateur 67-01 pouvaient être attribuables à la façon dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été faite aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au reste du Canada. Aux Territoires du Nord-Ouest, il y a eu davantage d'entrevues en face à face, quand on compare à la moyenne nationale, où il y a eu une plus grande proportion d'entrevues téléphoniques.

68-HLT Indice de masse corporelle (sélect.)

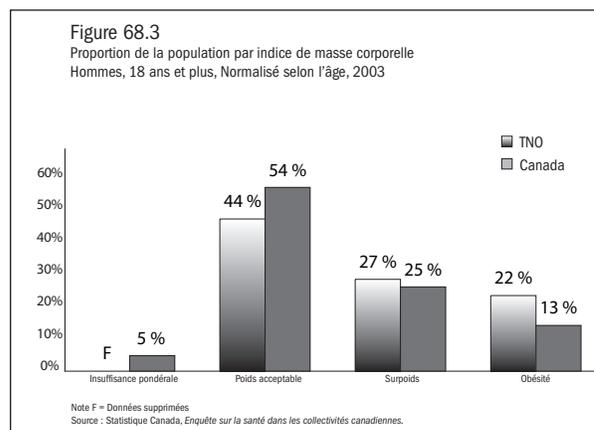
L'obésité a été identifiée comme un facteur de risque majeur pour plusieurs maladies chroniques, comme le diabète et les cardiopathies. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus couramment utilisée pour déterminer si une personne a un poids santé. L'IMC est basé sur la taille et le poids auto-déclarés dans le cadre de l'ESCC, et est calculé pour les personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes et des personnes mesurant moins de 91,4 cm (3 pieds) ou plus de 210,8 cm (6 pieds 11 pouces).

La figure 68.1 compare les Territoires du Nord-Ouest au Canada pour ce qui est des quatre catégories de poids : insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale et obésité. Environ 22 % de la population des Territoires du Nord-Ouest était obèse en 2003, ce qui est vraiment plus élevé que le taux national de 15 %.

Il n'y avait pas de différence importante dans la proportion des personnes ayant une surcharge pondérale entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada. Étant donné la proportion plus élevée de personnes obèses, il y avait une proportion vraiment plus basse de personnes avec un poids acceptable aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au Canada. Même si les Territoires du Nord-Ouest ont une proportion plus basse de la population qui a une insuffisance pondérale, les résultats devraient être interprétés avec prudence, en raison du petit échantillon, dans le cadre de l'enquête, qui rentre dans cette catégorie de poids.



La figure 68.2 compare les hommes dans les quatre catégories de poids. Une proportion vraiment plus élevée d'hommes des Territoires du Nord-Ouest étaient obèses que ce n'était le cas au national, en 2003. Dans les catégories de poids acceptable et de surcharge pondérale, il n'y avait pas de différence importante entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada.



La figure 68.3 compare les femmes dans les mêmes quatre catégories de poids. Tout comme chez les hommes, environ 22 % de femmes des Territoires du Nord-Ouest étaient obèses, ce qui constitue un taux vraiment plus élevé que le taux national de 13 %. De même, les Territoires du Nord-Ouest avaient une proportion vraiment plus basse de femmes qui considéraient être à un poids acceptable.

Statistique Canada a découvert que certaines des différences dans les résultats entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada pour l'indicateur 68-OI pouvaient être attribuables à la façon dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été faite aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au reste du Canada. Aux Territoires du Nord-Ouest, il y a eu davantage d'entrevues en face à face, quand on compare à la moyenne nationale, où il y a eu une plus grande proportion d'entrevues téléphoniques.

69-HLT Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

Chaque année, les Nord-Américains font face à des souches possiblement mortelles de la grippe. Pour bon nombre de personnes, la grippe est une nuisance bénigne, qui résulte au pire en quelques jours de travail à rattraper. Par contre, pour les personnes dans les groupes à haut risque, comme les personnes âgées, la grippe peut être une grave inquiétude de santé, qui entraîne la mort à l'occasion.

Chaque année, on développe des vaccins pour cibler une souche de grippe particulière qui risque de frapper l'Amérique du Nord au cours de la saison de la grippe (en général de novembre à mars). L'ESCC a demandé aux personnes âgées si elles avaient été vaccinées, et à quand remontait leur dernier vaccin. Les personnes âgées qui vivent dans des établissements ont été exclues de l'enquête. Comme l'ESCC ne comprenait qu'un petit échantillon de personnes âgées, on ne peut rapporter que peu de résultats sur la vaccination.

Le Tableau 69.1 fournit les résultats sur le vaccin contre la grippe pour les personnes âgées (normalisé selon l'âge), en 2003. Il n'y a pas de différence importante entre les personnes âgées des Territoires du Nord-Ouest et les celles du Canada.

Tableau 69.1

Vaccination contre la grippe, 65 ans et plus
Temps depuis le dernier vaccin (normalisé selon l'âge)

	TNO			Canada	
	L'an dernier	1 an ou plus	Jamais	L'an dernier	1 an ou plus
Les deux sexes	63 %	F	25 %	62 %	10 %
Hommes	58 %	F	F	61 %	10 %
Femmes	67 %	F	F	63 %	11 %

Notes : G = Interpréter avec prudence, F = Données supprimées

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

70-HLT Prévalence de la dépression

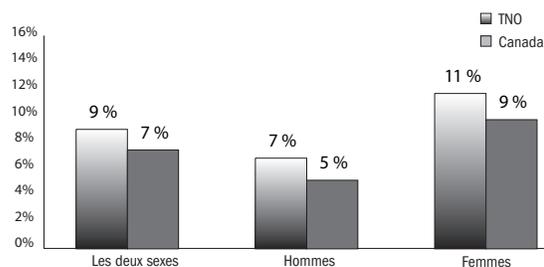
La dépression est la principale forme de maladie mentale et l'une des principales causes du suicide. À l'occasion, la dépression est liée à d'autres conditions, comme l'alcoolisme et l'abus de substances. Souvent, la dépression est caractérisée par un sentiment de profonde tristesse et une impression de détresse et de désespoir. Ce sentiment de dépression est souvent accompagné par tout un ensemble de symptômes : changements d'appétit ou de poids, variations des activités de routine, diminution du sentiment d'estime de soi, difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions.

L'ESCC a posé aux répondant de 12 ans et plus toute une série de questions pour déterminer s'ils démontraient des symptômes de dépression, et a établi la probabilité qu'ils pouvaient souffrir d'un « épisode dépressif majeur ». La figure 70.1 illustre la proportion de la population, en 2000-2001, (normalisé selon l'âge) qui était probablement déprimée aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au Canada.³⁴

Environ 9 % de la population des Territoires du Nord-Ouest était probablement déprimée, par rapport à 7 % au national, une petite mais importante différence. Une proportion encore plus élevée d'hommes étaient probablement déprimés aux Territoires du Nord-Ouest par rapport au Canada. Les résultats n'étaient pas vraiment différents.

Figure 70.1

Proportion de la population probablement déprimée
12 ans et plus, Normalisé selon l'âge, 2000-2001



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

³⁴ Les résultats nationaux ne sont pas disponibles pour 2003, car les questions concernant la dépression étaient optionnelles dans le cadre de l'ESCC.

Conclusion

Ce rapport offre une perspective sur la santé des résidents des Territoires du Nord-Ouest, et sur leur système de soins de santé. C'est un rapport qui se conforme à l'engagement pris par les premiers ministres de fournir un rapport régulier sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes, des résultats de santé et la qualité des services de soins de santé.

Le lecteur doit être prudent avant de tirer trop de conclusions à partir de ce rapport. Même si les données sont présentées de façon normalisée, les chiffres relativement bas de cas réels de certaines maladies, et les petits échantillons pour les données de l'enquête rendent difficile les comparaisons significatives.

Dans l'ensemble, le rapport constitue un cas solide en ce qui concerne la nécessité de maintenir les projets de promotion de la santé et de prévention des maladies. Même s'il y a beaucoup de conclusions positives, il reste encore bien des défis à relever.

Enfin, comme on a l'intention de préparer un rapport du genre tous les deux ans, le prochain devrait être prêt pour 2006. Ce rapport servira de complément au *Rapport sur la situation de la santé aux TNO* et le *Rapport sur les services de santé aux TNO* qui sont publiés tous les cinq ans. Pris ensemble, ces rapports reflètent l'engagement de tenir les résidents des Territoires du Nord-Ouest au courant de leur système de soins de santé et de son impact sur leur santé et leur mieux-être.

Annexe A à l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (le 5 février 2003)

Indicateurs de rendement

Les premiers ministres chargent les ministres de la Santé d'élaborer des indicateurs supplémentaires pour poursuivre le travail entrepris depuis le communiqué de septembre 2000. Ce travail devra être terminé d'ici septembre 2003, à la suite d'un examen par les experts et les intervenants, pour garantir que ces nouveaux indicateurs mesurent les progrès accomplis dans la réalisation des réformes décrites dans cet accord et atteignent les objectifs suivants :

- **Accès au moment opportun** : la mesure de l'accès aux services essentiels partout au pays, ainsi que des temps d'attente;
- **Qualité** : la mesure de la qualité des services de soins de santé partout au pays, incluant la sécurité du patient, la satisfaction du patient et les résultats en santé;
- **Viabilité** : incluant des mesures de l'état des ressources humaines en santé, du matériel, des systèmes d'information et de l'optimisation de l'investissement du système; et
- **État de santé et résultats en matière de santé.**

Les ministres tiendront compte des indicateurs suivants :

Indicateurs d'accès au moment opportun

Accès aux fournisseurs et aux services de soins de santé

- % de la population ayant un médecin de famille (RPM 200)
- % des médecins acceptant de nouveaux patients
- nombre d'organismes ou d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires, par région (rurale ou urbaine)
- % de la population ayant accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à un fournisseur de soins primaires (ex. infirmière praticienne, médecin)/à la télésanté / à de l'information en ligne sur la santé
- % de la population recevant couramment les soins requis par l'entremise d'un organisme ou d'une équipe pluridisciplinaire de soins de santé primaires
- % de la population protégée par une assurance publique pour des services de santé de base à domicile

Temps d'attente / volume

- radiothérapie pour le cancer du sein ou de la prostate, pontage cardiaque, remplacement de la hanche ou du genou (RPM 2000)
- aiguillage vers les spécialistes pour le cancer (du poumon, de la prostate, du sein, colorectal) et les maladies du coeur
temps en salle d'urgence, de l'admission jusqu'au congé (corrigé pour les variations saisonnières)
- tests de diagnostic (RM, tomodensitométrie)
- temps écoulé entre l'aiguillage et le premier service de soins de santé à domicile
- période d'attente avant l'admissibilité à l'assurance publique pour des services de soins à domicile dans une autre province
- pourcentage de services/installations reliés à un système centralisé (provincial/régional) de gestion des listes d'attente pour certains types de cancer et de chirurgie, pour l'aiguillage vers les spécialistes, pour l'accès en temps en salle d'urgence et aux tests de diagnostic (tous les indicateurs de temps d'attente susmentionnés)

Couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance

- les indicateurs seront élaborés

Indicateurs de santé

Sécurité du patient

- erreurs et incidents médicaux déclarés (ex. surveillance des maladies, réactions indésirables aux médicaments) - détermination par l'institut de la sécurité du patient proposé

Satisfaction des patients (RPM 2000)

- ensemble des services de soins de santé
- soins en milieu hospitalier
- soins fournis par les médecins
- soins communautaires
- télésanté / information en ligne

Résultats en matière de santé

- réadmission pour certaines conditions
 - infarctus aigu du myocarde, pneumonie (RPM 2000)
 - insuffisance cardiaque globale, hémorragie gastro-intestinale
- taux de mortalité pour divers types de cancer (RPM 2000)
- taux de survie pour divers types de cancer (RPM 2000)

Indicateurs de viabilité (efficience et efficacité)

Ressources humaines en santé

- distribution selon l'âge des fournisseurs qui pratiquent par spécialité
- nombre de fournisseurs qui entrent dans le système et le quittent chaque année, par spécialité
- prévision sur 10 ans pour les fournisseurs dont on prévoit l'entrée dans le système (formés au Canada, en provenance d'autres pays)

Matériel

- nombre et type de matériel installé
- nombre de professionnels spécialisés utilisant de l'équipement de diagnostic
- volume / temps d'attente pour l'IRM, la tomographie par ordinateur (élément visé par les indicateurs d'accès)

Systèmes d'information

- progrès dans la mise en place de systèmes d'information
- degré de normalisation de l'information recueillie et communiquée aux fins de décision fondée sur des données probantes
- degré d'utilisation de la technologie, fondée sur des données probantes

Optimisation de l'investissement - indicateurs essentiellement qualitatifs

- communications par chaque gouvernement de ses plans et priorités, dans des rapports annuels sur la santé
- dépenses liées aux domaines de réforme (liens entre intrants et extrants)
- partage des leçons tirées et des pratiques exemplaires, dans les provinces et territoires et entre eux
- comparaison des mesures de productivité

Indicateurs d'état de santé et résultats en matière de santé

- % de Canadiens et Canadiennes physiquement actifs
- % de Canadiens et Canadiennes satisfaisant à l'indice de masse corporelle (IMC) recommandé
- années potentielles de vie perdues (APVP)
- espérance de vie sans incapacité (EVS)
- coût de la maladie

Annexe B : Méthodologie et sources des données

Détails additionnels fournis sur la méthodologie et les sources de données pour chaque indicateur présenté dans ce rapport

Méthodologie et sources des données sur chaque indicateur

Pour chaque indicateur rapporté, les exclusions pertinentes sont énumérées, suivies par la formule utilisée pour calculer le taux (s'il y a lieu) et une liste détaillée des sources de données.

Statistique Canada a fourni des statistiques sur la population pour tous les taux, à moins qu'il n'en soit précisé autrement.

(5-PC) Satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé reçus

Exclusions : Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadienne, et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon. On n'a pas posé cette question aux personnes de moins de 15 ans.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant être « très satisfaites » de la qualité des services de santé reçus.

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des services de santé au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(6-PC) Perception qu'ont les patients de la qualité des services de soins de santé reçus

Exclusions : Même que 5-PC.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant avoir reçu des services « excellents » ou « bons ».

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des services de santé au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(7-PC) Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé communautaires

Exclusions : Même que 5-PC

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant être « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites » de la qualité des services de santé communautaires reçus.

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des services de santé au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(8-PC) Perception qu'ont les patients de la qualité des soins de santé communautaires

Exclusions : Même que 5-PC

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant avoir reçu des soins de santé communautaires « excellents » ou « bons ».

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des services de santé communautaires au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(9-PC) Satisfaction des patients à l'égard du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services info-santé

Exclusions : Même que 5-PC

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant être « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites » de la manière dont les services d'info-santé ont été dispensés.

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant eu recours à des services d'info-santé au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

À l'heure actuelle, rien n'indique que cette question de l'enquête ait porté à confusion et, par conséquent, affecté la qualité des réponses.

Les questions de ce module sont seulement posées aux répondants de 15 ans et plus. On a demandé aux répondants s'ils avaient déjà eu recours à une ligne d'information téléphonique sur la santé et, si oui, d'évaluer la qualité des services reçus.

Veillez noter qu'il n'y avait pas de ligne d'information téléphonique sur la santé au Nunavut, au Yukon ni aux Territoires du Nord-Ouest au moment de l'enquête.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(10-PC) Perception qu'ont les patients de la qualité du service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou des services d'info-santé

- Exclusions : Même que 5-PC
- Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$
- Numérateur : Nombre de personnes déclarant avoir reçu des services « excellents » ou « bons ».
- Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant eu recours à des services d'info-santé au cours des 12 mois précédents.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Même que 9-PC

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(11-PC) Proportion de la population qui dit avoir communiqué avec le service de ligne d'information téléphonique sur la santé ou les services d'info-santé

- Exclusions : Même que 5-PC
- Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$
- Numérateur : Nombre de répondants déclarant avoir utilisé un service de ligne d'information téléphonique.
- Dénominateur : Nombre total de répondants qui ont répondu à cette question.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Même que 9-PC

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(12-PC) Hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire

Caractéristiques techniques

- Exclusions : Les patients non hospitalisés dans des établissements de soins actifs (c'est-à-dire ceux qui ne sont vus qu'à l'urgence ou dans des établissements de soins chroniques) ont été exclus de l'échantillon.
- Calcul : Les taux sont normalisés selon l'âge, au moyen d'une méthode directe de standardisation fondée sur la population canadienne en date du 1^{er} juillet 1991 (voir figures sous OI-13).
- Code(s) de diagnostic : D'après la référence d'Alberta Health, ci-dessous, un code de diagnostic primaire du tableau suivant :

Diagnostic principal	Code(s) CIM-9 ou CIM-9-CM	Code(s) CIM-10
Diabètes	250	E10, E11, E13, E14
Alcoolisme et toxicomanie	291, 292, 303, 304, 305	F10, F11, F12-F19 (excluding F12.6, F13.6, F14.6, F15.6, F16.6, F18.6 AND F19.6) F55
Dépression névrotique	300, 311	F32.0, F32.9, F34.1, F40, F41, F44, F45.0, F45.1, F45.2, F48, F53.0, F68.0, F99
Hypertension	401, 402, 403, 404, 405	I1
Asthme	493	J45

Numérateur : Nombre de départs (congés et décès) de patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs pour des problèmes de santé se prêtant aux soins ambulatoires au cours de l'année, par groupe d'âge et par sexe.

Dénominateur : Population par groupe d'âge et par sexe, selon le recensement ou les estimations démographiques, pour l'année.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Une étude de seconde saisie conçue afin d'examiner la cohérence du codage pour cet indicateur a donné un taux de divergence global de 10,8 %. Cependant, pour la majorité des dossiers divergents, un problème d'ASSA est apparu en tant que diagnostic dans le dossier du patient, mais non en tant que diagnostic principal. Seuls 13 des 272 dossiers de seconde saisie ne comptaient aucun problème d'ASSA dans les différents domaines de diagnostic. Près de la moitié de ces dossiers (soit 6) avaient initialement été codés en tant que troubles névrotiques ou dépressifs, en tant que trouble mental, même si le trouble indiqué en seconde saisie ne se qualifiait pas strictement en tant qu'ASSA. Cet élément donne à penser que l'indicateur d'ASSA est invariablement codé et peut être comparé entre les administrations au fil du temps, sauf dans un cas. Il faut faire preuve de prudence au moment de comparer les taux de 2001-2002 avec les taux des années précédentes pour les provinces utilisant la CIM-10 CA et la CCI. Il est important de noter qu'il se peut que certaines des différences ciblées ne découlent pas de la mise en oeuvre de la CIM-10 CA et de la CCI, mais qu'elles soient le reflet d'autres facteurs, comme la mise en place ou le retrait de programmes et de services propres aux troubles composant l'indicateur

Source : Base de donnée sur la morbidité dans les hôpitaux, ICIS, Recensement, Statistique Canada, ISQ.

(13-PC) Proportion de la population féminine de 18 à 69 ans qui a subi au moins un test de PAP au cours des trois années précédentes

Exclusions : Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes, et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de femmes âgées de 18 à 69 ans déclarant avoir reçu un test de PAP au cours des trois années précédentes.

Dénominateur : Nombre total de femmes âgées de 18 à 69 ans.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(14-PC) Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie au cours des deux années précédentes

Exclusions : Même que 13-PC.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de femmes déclarant avoir eu une mammographie au cours des deux années précédentes.

Dénominateur : Nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont répondu aux questions de l'ESCC sur la mammographie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(15-HC) Personnes ayant reçu des soins à domicile par 100 000 habitants, tous les âges

Note : Les chiffres sont des estimations mensuelles moyennes basées sur des données administratives.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100,000$

Numérateur : Nombre de personnes qui ont reçu des soins à domicile financés publiquement.

Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Les taux des soins à domicile aux TNO sont basés sur une estimation de comptes mensuels de clients et ne sont pas basés sur des comptes uniques.

Source : Bases de données provinciales et territoriales et Bureau de la statistique des TNO

(16-HC) Personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu des soins à domicile par 100,000 habitants

Exclusions : Les chiffres sont des estimations mensuelles moyennes basées sur des données administratives.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100,000$

Numérateur : Nombre de personnes de 75 ans et plus qui ont reçu des soins à domicile.

Dénominateur : Population totale de 75 ans et plus.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Même que 15-HC

Source : Bases de données provinciales et territoriales et Bureau de la statistique des TNO

(25-01) Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Calcul : Un modèle de régression logistique incorpore l'âge, le sexe et le type d'AVC et des co-morbidités sélectionnées, comme variables indépendantes. Les coefficients dérivés du modèle logistique servent à calculer la probabilité de mortalité à l'hôpital à la suite d'un AVC pour chaque cas (c'est-à-dire épisode). Le taux prévu de mortalité à l'hôpital dans une province ou territoire est le total de ces probabilités de cas divisé par le nombre total de cas. Le taux de mortalité rajusté selon le risque est calculé en divisant le taux de mortalité à l'hôpital observé dans chaque province ou territoire par le taux de mortalité à l'hôpital prévu de la région et en multipliant le résultat par le taux de mortalité à l'hôpital moyen. Un intervalle de confiance à 95 % est également calculé pour le taux de mortalité rajusté selon le risque. Les co-morbidités intégrées au modèle, les valeurs des coefficients et la méthode utilisée pour calculer l'intervalle de confiance sont disponibles sur demande.

Dénominateur : (épisode initial)

Critères d'inclusion :

Diagnostic principal d'AVC (CIM-9 ou CIM-9-CM 430, 431, 432, 434, ou 436 ou CIM-10 I60-I62, I63.3-163.5, 163.8, 163.9, 164)

1. Admissions entre le 1^{er} avril et le 1^{er} mars de l'année suivante (la période de sélection des cas prend fin le 1^{er} mars pour permettre un suivi de 30 jours)
2. Âge à l'admission entre 20 et 105 ans
3. Sexe inscrit comme homme ou femme
4. Admission à un établissement de soins actifs

Critères d'exclusion :

5. Enregistrements avec un numéro d'assurance-maladie non valide
6. Enregistrements indiquant qu'un résident de la province a été dans un établissement à l'extérieur de la province (pour prévenir un compte double)
7. Patients hospitalisés en raison d'un AVC pendant l'année précédant la date de l'épisode indice
8. Enregistrements où l'AVC est classé comme une complication

Numérateur : Nombre de décès à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant l'admission pour un AVC.

Dénominateur : Total de cas d'AVC au cours d'une période de 11 mois.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Dans le cadre d'une étude conçue pour évaluer la cohérence du codage pour les AVC, on a établi que, pour 4,9 % des cas saisis de nouveau, il existait un problème autre que l'AVC consigné en tant que diagnostic principal. Cet élément donne à penser que le niveau d'entente général est élevé et que l'indicateur est basé sur des données codées de façon constante. L'incidence de la mise en oeuvre du système de classification CIM-10-CA sur le taux de mortalité associé à un AVC dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital était minime; par conséquent, les taux peuvent faire l'objet de comparaisons entre les trois années observées prises individuellement et entre administrations.

Source : ICIS, Base de donnée sur la morbidité dans les hôpitaux.

(28-01) Satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers

Exclusions : Même que 5-PC

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant être « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites » à l'égard des soins hospitaliers.

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(29-01) Perception qu'on les patients de la qualité des soins hospitaliers

Exclusions : Même que 5-PC

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$

Numérateur : Nombre de personnes déclarant que les soins hospitaliers reçus étaient « excellents » ou « bons ».

Dénominateur : Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(34-HR) Satisfaction des patients à l'égard des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

Exclusions :	Même que 5-PC
Calcul :	(Numérateur/dénominateur) x 100
Numérateur :	Nombre de personnes déclarant être « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites » à l'égard des services fournis par leur médecin de famille ou un autre médecin.
Dénominateur :	Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin au cours des 12 mois précédents.
Source :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(35-HR) Perception qu'ont les patients de la qualité des soins d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

Exclusions :	Même que 5-PC
Calcul :	Numérateur/dénominateur x 100
Numérateur :	Nombre de personnes déclarant avoir reçu des soins « excellents » ou « bons » d'un médecin de famille ou d'un autre médecin.
Dénominateur :	Population totale de 15 ans et plus ayant reçu des soins hospitaliers au cours des 12 mois précédents.
Source :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(36a-HLT) Espérance de vie de l'ensemble de la population

Note :	De l'information détaillée sur les calculs et les exclusions concernant l'espérance de vie peut être fournie sur demande (Division - Planification, responsabilisation et rapport, ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO; tél. : (867) 873-7918 ou (867) 920-8946.
Exclusions :	Les personnes qui ne résident pas au Canada ne sont pas prises en compte dans les estimations des décès et de la population utilisées pour les tables de survie.
Source :	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, bases de données sur les naissances et les décès, et Division de la démographie.

(38-HLT) Mortalité infantile

Exclusions :	Naissances d'enfants de mères ne résidant pas au Canada et décès d'enfants de non-résidents du Canada. Les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la mère ou les enfants morts à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la mère sont pris en compte dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère. Par exemple, les bébés de Yellowknife, aux TNO, qui meurent à Edmonton, en Alberta, ne sont pas pris en compte dans les taux de mortalité de l'Alberta, mais dans ceux des TNO.
Calcul :	(Nombre de décès/nombre total de naissances vivantes) x 100
Numérateur :	Nombre de décès (excluant le nombre estimatif de bébés pesant moins de 500 grammes à la naissance) à moins d'un an, pour une année donnée [dans l'administration en question].
Dénominateur :	Nombre total de naissances vivantes de bébés pesant au moins 500 grammes pour une année donnée [dans l'administration en question].

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Les estimations d'années plus récentes que celles pour lesquelles Statistique Canada et l'ISQ ont fourni des données peuvent être utilisées à partir de statistiques sur les naissances et les décès disponibles dans chaque administration; il faudrait alors indiquer clairement qu'il s'agit d'estimations préliminaires.

Source :	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Bases de données sur les naissances et les décès, ISQ. Statistique Canada fournira un indicateur de la mortalité infantile rajusté pour exclure le nombre de naissances vivantes d'enfants pesant moins de 500 grammes du numérateur (décès de bébés) et du dénominateur (naissances vivantes).
----------	--

39-HLT Insuffisance de poids à la naissance

Exclusions :	Les bébés dont le poids à la naissance n'est pas connu; les enfants nés de mères qui ne résident pas au Canada sont exclus du numérateur et du dénominateur; les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère.
Calcul :	Pourcentage que représentent les bébés ayant un faible poids à la naissance = (numérateur/dénominateur) x 100 - les naissances sont assorties à la province ou au territoire de résidence de la mère. - aucun rajustement pour tenir compte de l'âge de la mère
Numérateur :	Nombre de naissances vivantes de bébés ayant un poids entre 500 grammes et 2 500 grammes au cours de l'année en question,
Dénominateur :	Nombre total de naissances vivantes de bébés ayant un poids connu de 500 grammes au cours de l'année en question.
Sources :	Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances, ISQ.

(40-HTL) Taux de mortalité par cancer du poumon**(41-HTL) Taux de mortalité par cancer de la prostate****(42-HTL) Taux de mortalité par cancer du sein****(43-HTL) Taux de mortalité par cancer colorectal****(44-HTL) Taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM)****(45-HTL) Taux de mortalité par accident vasculaire cérébral**

Exclusions : Décès de non-résidents du Canada.

Calcul : Le taux de décès normalisé selon l'âge pour chaque siège ou type de cancer (côlon/rectum, sein chez la femme et prostate), pour l'infarctus aigu du myocarde et les maladies vasculaires cérébrales est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge, par la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100,000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population-type est celle du Recensement de la population du Canada de 1991.

Les causes de décès sont classées selon la CIM-9 pour la période de 1979 à 1999. Pour l'année 2000 et les années suivantes à l'égard desquelles des données sont disponibles, elles sont classées selon la CIM-10. Les causes choisies sont présentées ci-après, assorties des codes correspondants des différentes révisions de la CIM.

Cause	ICD-9	ICD-10	Effet de la ICD-10
cancer colorectal	153-154	C18-C21	-
cancer du poumon	162	C33-C34	diminution de 2 %
cancer du sein	174	C50 (et préciser le sexe = F)	-
cancer de la prostate	185	C61	augmentation de 3.3 %
infarctus aigu du myocarde	410	I21-I22	diminution de 2.7 %
maladie vasculaire cérébrale	430-438	160-169*	augmentation de 3.3 %
maladies vasculaires cérébrales choisies**	430-432, 434, 436	160-166	?

* Les codes I60-I69 ne comprennent pas de catégorie comparable au code 435 de la CIM-9, ischémie cérébrale transitoire (CIM-10 G45).

** Le CÉRIR emploie la désignation « tous les accidents vasculaires cérébraux » pour ce sous-ensemble, ce qui ne constitue pas une description exacte. Les spécialistes des Statistiques de l'état civil de Statistique Canada appelleraient ce groupement peu courant « maladies vasculaires cérébrales choisies ».

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Note concernant la déclaration de données comparables au cours des années : de 1979 à 1999, la CIM-9 a été utilisée pour coder la cause de décès sous-jacente; depuis 2000, les codes utilisés à cette fin sont ceux de la CIM-10, d'où la discontinuité dans les données sur les tendances. Pour aider les utilisateurs à estimer l'effet de la conversion, c'est-à-dire son impact sur la comparabilité des données, quelques données de 1999 ont également été codées sur la base de la CIM-10. Le codage parallèle révèle un impact important de la mise en oeuvre de la CIM-10 sur la comparabilité des données (discontinuité des séries) relatives aux décès dus au cancer du poumon et de la prostate, aux blessures non intentionnelles, à l'IAM et aux maladies vasculaires cérébrales.

Sources : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie, ISQ.

(50-HLT) Taux d'incidence du cancer du poumon**(51-HLT) Taux d'incidence du cancer de la prostate****(52-HLT) Taux d'incidence du cancer du sein**

53-HLT) Taux d'incidence du cancer colorectal

- Exclusions : Non-résidents du Canada.
- Calcul : Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer est calculé en multipliant chaque taux d'incidence par âge, par la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population-type est celle du Recensement de la population du Canada de 1991.
- Codes des sièges spécifiques : côlon/rectum (CIM-9) 153-154), poumon (CIM-9, 162), sein chez la femme (CIM-9 174) et prostate (CIM-9 185) - pour les années 1976 à 1991.
- Codes des sièges spécifiques : côlon/rectum (CIM-O-3 C180:C189, C260, C199, C209; sauf M 9590:9989), poumon (CIM-O-3 C340:C349; sauf M 9590:9989), sein chez la femme (CIM-O-3 C500:C509; sauf M 9590:9989), et prostate (CIM-O-3 C619; sauf M 9590:9989) - pour les années 1992 à 2000.
- Sources : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (estimations démographiques); ISQ.

(54-HLT) Années potentielles de vie perdue dues au suicide

- Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population utilisées dans le numérateur et le dénominateur.
- Calcul : Voir le rapport de rendement du groupe de travail technique, Considération pour la production de données - Indicateurs comparables sur la santé, novembre 2004.
- Numérateur : Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe, et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Le résultat correspond aux APVP.
- Dénominateur : Estimations démographiques (seulement pour obtenir un taux, sinon, aucun dénominateur)

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Entre 1979 et 1999, la cause sous-jacente de décès était codée au moyen de la CIM-9; depuis 2000, elle est codée au moyen de la CIM-10, d'où la discontinuité des données sur les tendances.

Il faudrait examiner des tendances pluriannuelles lorsqu'on fait des comparaisons basées sur les APVP par suite de suicide, compte tenu des différences observées pour certaines années en raison de retards dans l'enregistrement des cas de suicide.

En Ontario, la norme juridique utilisée pour l'enregistrement des décès par suicide a été modifiée le 9 juillet 1992 dans le cadre d'une décision rendue par la Cour d'appel de l'Ontario (Beckon c. Young, 1992), qui a reconnu la définition courante du suicide, tout en renforçant la norme juridique de la preuve du suicide. Depuis, la hausse du nombre de cas dont la cause est considérée comme « indéterminée » pourrait indiquer que ces cas auraient été considérés comme des suicides auparavant.

- Sources : Statistiques Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès, et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.

(55-HLT) Années potentielles de vie perdue dues aux blessures accidentelles

- Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations des décès et de la population utilisées dans le numérateur et le dénominateur.
- Calcul : Voir le rapport de rendement du groupe de travail technique, Considération pour la production de données - Indicateurs comparables sur la santé, novembre 2004.
- Numérateur : Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe, et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Le résultat correspond aux APVP.
- Dénominateur : Estimations démographiques (seulement pour obtenir un taux, sinon, aucun dénominateur)

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Entre 1979 et 1999, la cause sous-jacente de décès était codée au moyen de la CIM-9; depuis 2000, elle est codée au moyen de la CIM-10, d'où la discontinuité des données sur les tendances.

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

(56-HLT) Taux d'incidence de la méningococcie invasive

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Nombre total de cas chez les personnes de moins de 20 ans.
Dénominateur : Population de moins de 20 ans.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Il est possible que certaines données produites pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé en septembre 2002 aient changé à la suite des mises à jour effectuées par des provinces et des territoires; par conséquent, les tableaux fournis pour les rapports sur les indicateurs comparables de la santé en novembre 2004 remplacent tous les tableaux antérieurs.

De légères variations peuvent être observées en comparant les données avec celles figurant dans d'autres publications fédérales, provinciales ou territoriales en raison des retards dans les déclarations, des différentes dates limites et de la date d'accès aux estimations démographiques de Statistique Canada.

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

(57-HLT) Taux d'incidence de la rougeole

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000
Numérateur : Nombre total de cas.
Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Dans le cadre de l'établissement des rapports, il faut tenir compte de la nature épisodique de cette maladie, facteur qui rend les données sujettes à d'importantes fluctuations et erreurs d'interprétation. Puisque les données peuvent fluctuer d'une année à l'autre, il pourrait être utile de présenter également les moyennes mobiles pour régler ce problème, du moins en partie.

Voir 56-HLT pour les facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs.

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

(58-HLT) Taux d'incidence de la maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Nombre de cas chez les enfants de moins de 5 ans.
Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Même que 56-HLT pour les facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs.

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

(59-HLT) Taux d'incidence de la tuberculose

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Nombre de nouveaux cas déclarés de tuberculose évolutive et de rechute.
Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Les provinces et territoires mettent fréquemment à jour leurs données sur les maladies à déclaration obligatoire, même après que Santé Canada a mis au point les données finales pour une quelconque période; les provinces et territoires disposent donc, en tout temps, des données les plus récentes qui les concernent.

Même que 56-HLT pour les facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs.

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

(60-HLT) Taux d'incidence de l'infection à E. coli producteur de vérotoxine

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Nombre de cas d'infection à E. Coli producteur de vérotoxigène déclarés.
Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Même que 59-HLT pour les facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs.

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

(61-HLT) Taux d'incidence de la chlamydie génitale

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Cas rapportés de cas d'infection à la chlamydie génitale.
Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

L'adoption de tests non effractifs et plus sensibles pour le diagnostic de la chlamydie peut se traduire par une augmentation du taux déclaré dans une province ou territoire; il est recommandé de consigner les dates d'adoption de ces tests.

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

(62-HLT) Proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH

Exclusions : Aucune
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100 000.
Numérateur : Nombre de cas d'infection à VIH nouvellement diagnostiqués.
Dénominateur : Population totale.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Actuellement, les méthodes de déclaration des cas d'infection à VIH varient, d'où la difficulté de faire des comparaisons entre les provinces et territoires.

Sources : Santé Canada, Le VIH et le sida au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2003, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2003.

(63-HLT) Prévalence du diabète

Exclusions : Personnes de moins de 20 ans, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.
Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100.
Numérateur : Nombre de cas chez les personnes de 20 ans et plus.
Dénominateur : Population estimative d'après le registre de santé et les données de recensement pour les personnes de 20 ans et plus.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Les données sont basées sur des données administratives; leur qualité est donc tributaire de l'exactitude de ces systèmes

De légères variations peuvent être observées en comparant les données avec celles figurant dans d'autres publications fédérales, provinciales ou territoriales en raison des retards dans les déclarations, des différentes dates limites et de la date d'accès aux estimations démographiques de Statistique Canada.

Avis au lecteurs : Attention à l'interprétation des données.

Limites :

- Trois types de diabète se trouvent dans la base de données : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Il faut noter que le diabète gestationnel n'est inclus que lorsqu'il est codé comme diabète sucré (ICD9 code 250).
- Il y a dans les données publiées (1999-2000) un taux d'erreur de base de 20 % à 25 %.
- Ce niveau d'erreur est accepté par Santé Canada et par les experts nationaux nommés par Santé Canada.
- Depuis 1997-1998, ces données ont compilé des éléments positifs qui ne l'étaient pas. Cela n'a peut-être pas de répercussions importantes pour les données publiées ici. Santé Canada prévoit travailler à la réduction de ces erreurs pour que, au moment de la publication des données 2001-2002, cette accumulation ne devienne pas importante.
- Ce taux d'erreur de base variera probablement en fonction des groupes d'âge et du sexe.

Source : Santé Canada (2003), Pour relever le défi posé par le diabète au Canada, premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), Ottawa.

(64-HLT) Exposition à la fumée secondaire du tabac

Exposition à la fumée secondaire au foyer

Exclusions : Les fumeurs quotidiens ou occasionnels actuels, les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$.

Numérateur : Nombre total de personnes qui déclarent être exposées à la fumée secondaire à la maison.

Dénominateur : Population totale de non-fumeurs.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Exposition à la fumée secondaire dans des véhicules privés

Exclusions : Les fumeurs quotidiens ou occasionnels actuels, les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$.

Numérateur : Nombre total de personnes qui déclarent être exposées à la fumée secondaire dans des véhicules privés.

Dénominateur : Population totale de non-fumeurs.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Exposition à la fumée secondaire dans des lieux publics (comme les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les stades, les salles de bingo, les salles de quilles)

Exclusions : Même que ci-dessus.

Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$.

Numérateur : Nombre total de personnes qui déclarent être exposées à la fumée secondaire dans des lieux publics.

Dénominateur : Population totale de non-fumeurs.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

Facteurs touchant à la qualité et la comparabilité des indicateurs

Les questions concernant l'exposition à la fumée secondaire ayant été modifiées dans l'ESCC de 2003, il est plus difficile de comparer les taux actuels aux taux basés sur l'ESCC de 2000-2001.

Les données sur l'exposition à la fumée secondaire à la maison peuvent être tirées de l'ESCC 2003. Les données sur l'exposition à la fumée secondaire dans des lieux publics et des véhicules privés peuvent être tirées de l'ESCC 2000-2001 et de l'ESCC 2003.

Certains changements dans les données peuvent s'expliquer par les changements apportés aux questions du questionnaire de l'ESCC 2003. En 2000-2001, on a d'abord demandé aux répondants s'ils avaient été exposés à la fumée secondaire la plupart des journées du dernier mois. Ceux qui répondaient par l'affirmative devaient ensuite indiquer s'ils y avaient été exposés dans différents lieux. Dans l'ESCC de 2003, on a demandé aux répondants s'ils avaient été exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois, dans différents lieux.

(65-HLT) Auto-évaluation de la santé

- Exclusions : Les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillon.
- Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100, pondéré pour tenir compte des cas de non-réponse.
- Numérateur : Nombre estimatif de personnes déclarant être en très bonne ou excellente santé dans un cycle d'enquête pour une province ou un territoire donné (les réponses possibles sont : [santé] excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).
- Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus dans la province ou le territoire.
- Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(66-HLT) Taux de tabagisme chez les adolescents

(66a-HLT) Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument actuellement

(66b-HLT) Taux de tabagisme chez les adolescents : pourcentage d'adolescents qui fument tous les jours

- Exclusions : Même que 65-HLT.
- Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100.
- Numérateur : Nombre de jeunes de 12 à 19 ans qui déclarent : a) être des fumeurs; b) fumer tous les jours.
- Dénominateur : Population totale des jeunes de 12 à 19 ans.
- Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(67-HLT) Activité physique

- Exclusions : Même que 65-HLT.
- Calcul : (Numérateur/dénominateur) x 100
- L'indice d'activité physique est basé sur la dépense énergétique (DE) de la personne. La dépense énergétique est calculée d'après la fréquence et la durée de chaque séance d'activité physique, ainsi que l'équivalent métabolique (MET). L'équivalent métabolique est le coût énergétique requis, exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité, pour exercer une activité physique au cours des trois derniers mois; il faut également tenir compte du nombre de fois et du temps consacré à chaque activité.

L'indice d'activité physique est calculé pour déterminer la dépense énergétique (DE). Les résultats sont réparties en catégories :

Description	Définition
Actif	Moyenne de 3,0+ kcal/kg/jour d'énergie ou exercice requis pour améliorer la santé cardiovasculaire
Modérément	Moyenne de 1,5-2,9 kcal/kg/jour, certains bienfaits pour la santé en général mais peu pour la santé cardiovasculaire
Inactif	Dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour

- Numérateur : a) Nombre de personnes qui déclarent des niveaux d'activité physique correspondant à « actif » (plus ou moins 3 kcal/kg/jour) et à « modérément actif » (1,5 à 2,9 kcal/kg/jour)
b) Nombre de personnes qui déclarent un niveau d'activité physique correspondant à « inactif » (moins de 1,5 kcal/kg/jour).
- Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus.
- Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

(68-HLT) Indice de masse corporelle

- Exclusions : Les personnes de moins de 18 ans, les personnes vivant dans des réserves des Premières nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'échantillon. Ont également été exclues les femmes enceintes et les personnes mesurant moins de 91,4 centimètres (3 pieds) ou plus de 210,8 centimètres (6 pieds 11 pouces).
- Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$.
- Numérateur : Population de 18 ans et plus qui déclare un IMC dans chacune des quatre catégories (insuffisance pondérale, poids acceptable, surcharge pondérale, obésité).
- Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus.

Considération par rapport à la qualité et la comparabilité des indicateurs

La définition de l'IMC utilisée pour les données publiées antérieurement par Statistique Canada a été modifiée pour tenir compte des lignes directrices récentes de Santé Canada qui, elles, s'inspirent de celles de l'Organisation mondiale de la santé.

- Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.
- Note : L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par la taille (en mètres) au carré.

(69-HLT) Vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus (« vaccin antigrippal »)

- Exclusions : Même que 65-HLT.
- Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$
- Numérateur : Nombre approximatif de personnes de 65 ans et plus qui déclarent avoir reçu un vaccin contre la grippe : a) il y a moins d'un an; b) il y a un an ou plus; c) jamais.
- Dénominateur : Population totale de 65 ans et plus.
- Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-exemple), Cycle 2.1, 2003.

(70-HLT) Prévalence de la dépression

- Exclusions : Même que 65-HLT.
- Calcul : $(\text{Numérateur/dénominateur}) \times 100$.
- Numérateur : Population de 12 ans et plus qui présente des symptômes de dépression, d'après les réponses à une série de questions établissant la probabilité de connaître un « épisode de dépression majeure ».
- Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus.
- Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Annexe C : rapport de la vérificatrice générale



Auditor General of Canada
Vérificatrice générale du Canada

Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

J'ai effectué la vérification des 47 indicateurs de santé présentés dans le rapport de novembre 2004 du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé, préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Ce rapport a été publié en vertu de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, lequel fait suite au communiqué des premiers ministres sur la santé, publié en septembre 2000. La Conférence des sous-ministres de la santé a identifié, défini et retenu 18 indicateurs de santé et une série de 52 indicateurs de santé facultatifs devant faire l'objet d'un rapport au public canadien à des fins de comparaison. La responsabilité de la reddition des comptes en la matière incombe au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, qui a présenté un rapport sur 12 indicateurs approuvés et 35 indicateurs facultatifs.

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur l'intégralité, l'exactitude et la présentation adéquate des 47 indicateurs de santé décrits dans le rapport du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé pour l'année 2004, en me fondant sur ma vérification. Cependant, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte par le système de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest, ni de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de santé retenus. Mon travail sur les analyses et les commentaires présentés dans ce rapport s'est limité à lire cette information afin de m'assurer que celle-ci n'était pas contradictoire aux résultats des indicateurs vérifiés. De plus, ma vérification s'est limitée à l'information qui concernait l'année la plus récente visant chaque indicateur présenté.

À l'exception de ce qui est expliqué dans le paragraphe suivant, ma vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut canadien des comptables agréés. Ces normes exigent que ma vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de santé afin de déterminer s'ils respectaient les critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Ma vérification comprend aussi l'évaluation des estimations importantes faites dans le rapport 2004 du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest préparé par la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les données sur les sept indicateurs de surveillance potentiels de la santé suivants ont été fournies par Santé Canada :

- le taux d'incidence de la méningococcie invasive;
- le taux d'incidence de la rougeole;
- le taux d'incidence de la maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) chez les enfants;
- le taux d'incidence de la tuberculose;
- la proportion de nouveaux cas signalés d'infection à VIH;
- le taux d'incidence de la chlamydie génitale; et
- le taux d'incidence de l'infection à *E. coli* producteur de vérotoxine.

Santé Canada n'a pas le mandat législatif de procéder à la collecte de données et, bien qu'il existe des ententes de partage de données, la participation à ces bases de données est volontaire. En conséquence, Santé Canada ne peut garantir que les données sont envoyées à temps et dans un format uniforme. Les méthodes de contrôle de qualité de ces bases de données sont insuffisantes pour garantir l'exactitude des données.

À mon avis, à l'exception de l'impossibilité d'exprimer mon opinion sur l'exactitude des sept indicateurs décrits aux paragraphes précédents, les indicateurs de santé compris dans le rapport sur les indicateurs comparables du domaine de la santé pour l'année 2004 donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation selon les critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés l'annexe A. De plus, j'estime que le rapport présente et explique de manière adéquate les écarts par rapport à ces critères, plus précisément : que six des 18 indicateurs de santé retenus n'ont pu être présentés, parce que les Territoires du Nord-Ouest ne sont pas inclus dans les enquêtes correspondantes; que certains services de santé ne sont pas offerts dans les territoires; que certaines données ne sont pas disponibles ou présentent des problèmes de qualité.

Le rapport du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest inclut les indicateurs de santé comparables associés au rapport du gouvernement fédéral. J'ai effectué la vérification des indicateurs de santé du rapport du gouvernement fédéral. Mes résultats sont décrits dans ce rapport et ne font pas partie du rapport des Territoires du Nord-Ouest.

Je suis très encouragé par le travail effectué par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la préparation de ce rapport.

Ronald C. Thompson, CA
Vérificateur général adjoint
Pour la vérificatrice générale du Canada

Ottawa (Canada)
18 novembre 2004

ANNEXE A

Critères de vérification

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a reconnu la pertinence des critères suivants :

Exhaustivité

Conformément à l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (2003)*, la Conférence des sous-ministres a approuvé 70 indicateurs, incluant un sous-ensemble de 18 indicateurs que doivent présenter toutes les provinces et territoires dans leurs rapports de 2004. Tous les indicateurs de santé rapportés sont conformes aux définitions, spécifications techniques et normes de présentation approuvées. Les 18 indicateurs de santé sélectionnés sont rapportés.

Justesse

Les indicateurs de santé rapportés reflètent les faits adéquatement, à un niveau de justesse approprié et constant, incluant la capacité de faire des comparaisons entre les provinces et territoires, et entre les rapports de 2002 et 2004 dans chaque administration, quand ça s'applique.

Divulgence adéquate

Les indicateurs de santé sont définis; leur signification et leur limite sur les données sont expliquées. Le rapport illustre et décrit de façon adéquate les dérogations à partir de ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres et explique les plans pour la future résolutions de dérogations.