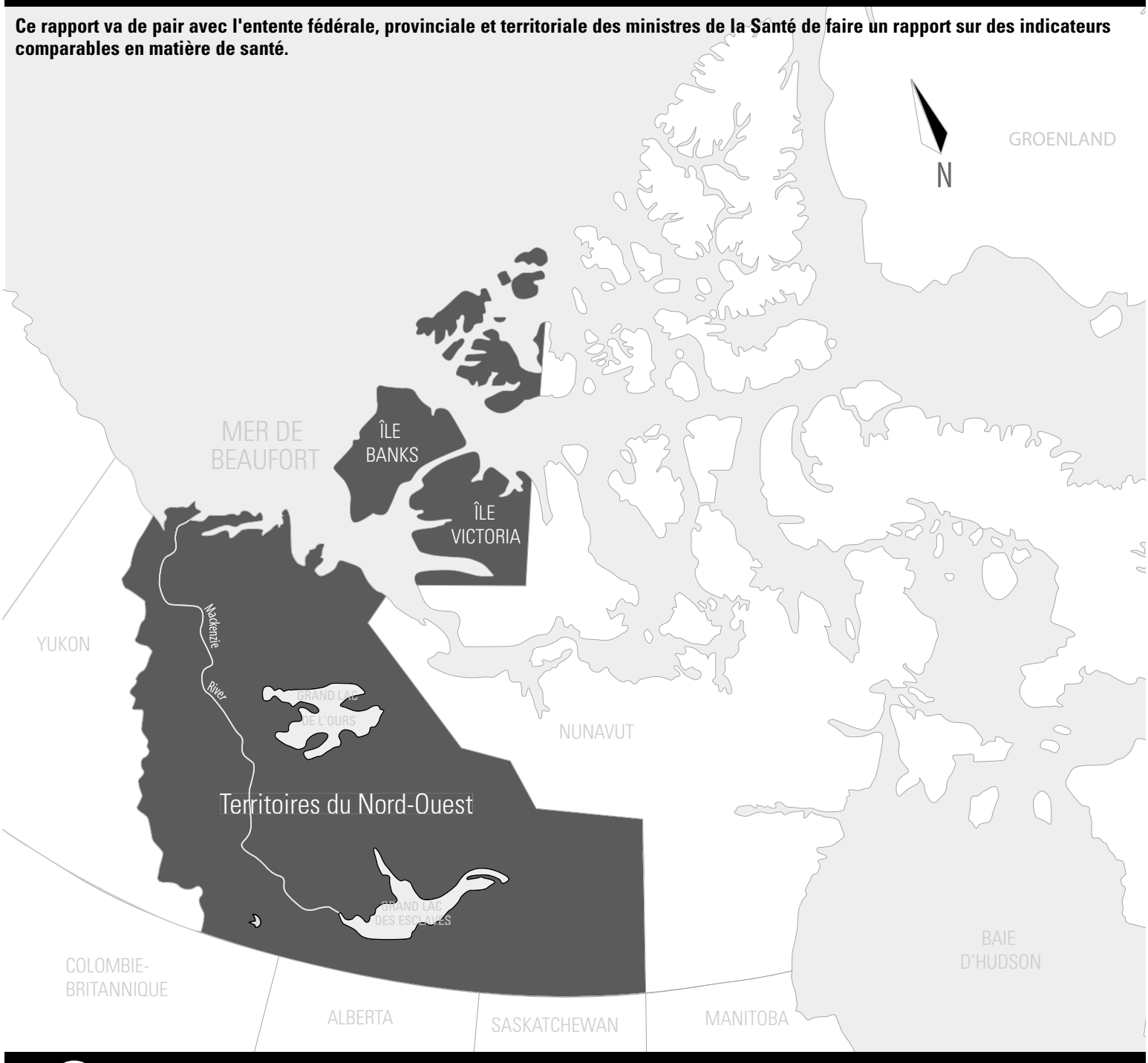
Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé

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.



Territoires du Nord-Ouest Santé et Services sociaux

Septembre 2002

Message du ministre

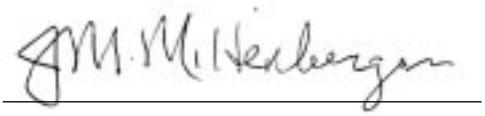
Je suis heureux de présenter *le Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé (2002)*. Ce rapport vise à honorer l'engagement pris en septembre 2000 par tous les premiers ministres, de régulièrement faire rapport sur une série d'indicateurs communs concernant l'état de santé, les résultats sur la santé et la qualité des services.

Ce rapport repose sur l'engagement de notre gouvernement de s'assurer que de l'information de grande qualité est facilement accessible au public territorial, aux décideurs du gouvernement et aux intervenants en santé. Par exemple, *le Rapport de 1999 sur l'état de santé et le Rapport de 2000 sur les services de santé* fournissent un coup d'œil plus détaillé sur l'état de santé et sur la prestation des services aux T.N.-O. Ces rapports seront produits tous les trois ans, pour s'assurer que l'information est à jour afin de déterminer les priorités en matière de prestation des services.

Le rapport de 2002 aux résidents met en évidence les problèmes qui nous sont familiers. Nous avons des taux élevés de maladies transmissibles et de blessures par rapport aux statistiques nationales; notre taux plus élevé de cancer du poumon reflète notre taux élevé de tabagisme. Il y a également d'autres sujets de grande inquiétude aux T.N.-O., comme les toxicomanies et la violence familiale, qui ne sont pas compris dans ce rapport, car ce sont des sujets qui ne relèvent pas du champ d'application de ce rapport.

Ce rapport présente également un bref aperçu de la qualité des services et du niveau de satisfaction du public concernant les services de santé aux T.N.-O. Quand les résidents ont été invités à s'exprimer sur la question en 2000-2001, la plupart d'entre eux ont exprimé leur satisfaction face aux services offerts dans leurs communauté de même que dans les hôpitaux et par les médecins, malgré le manque de personnel dans les professions de soin de santé. La pénurie de personnel continue de représenter un défi à l'échelle nationale, et particulièrement ici, aux T.N.-O.; le public a exprimé son inquiétude à propos de la fourniture de services de qualité, en raison de cette pénurie. Le gouvernement des T.N.-O. est toujours déterminé à régler cette pénurie pour que le public continue d'avoir confiance dans les services que nous offrons.

Les renseignements de base présentés dans ce rapport contribuent à notre compréhension globale des pressions exercées sur notre système de santé, du point de vue de l'état de santé et opérationnel. Il est également important de continuer de participer aux projets de rapport à l'échelle du pays, comme celui-ci, pour avoir un profil national des statistiques afin de fournir un contexte à de telles questions.



Le ministre, J. Michael Miltenberger
Santé et Services sociaux

Table des matières

Sommaire 1

Introduction 3

État de santé 6

1. Espérance de vie 6

1a. Espérance de vie 6

1b. Espérance de vie sans incapacité 7

2. Mortalité infantile 8

3. Faible poids à la naissance 9

4. Autoévaluation de la santé 9

Résultats en matière de santé 11

5. Changement dans l'espérance de vie 11

5a. Taux de mortalité attribuable au cancer du poumon, de la prostate, du sein ou colorectal, à un infarctus aigu du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral 11

5b. Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon, de la prostate, du sein, colorectal, un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral ..... *N/D

5c. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ..... *N/D

5d. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral ..... *N/D

5e. Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ..... *N/D

5f. Taux de survie dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral ..... *N/D

6. Qualité de vie améliorée 15

6a. Taux d'arthroplasties complètes de la hanche 15

6b. Taux d'arthroplasties complètes du genou 15

7. Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures 16

7a. Taux d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal 16

7b. Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, de l'infarctus aigu du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, du suicide et d'une blessure accidentelle 18

7c. Taux d'incidence de maladies pouvant être prévenues par un vaccin 23

7c (i) Méningococcie invasive 23

7c (ii) Rougeole 23

7c (iii) Haemophilus influenzae de type b (invasive) (Hib) 23

7d. Prévalence du diabète ..... *N/D

*N/D = Données non disponibles

Qualité du service

8. Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement .....*N/D
9. Satisfaction des patients 24
10. Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée .....*N/D
11. Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine .....*N/D
12. Soins à domicile et soins communautaires 27
    - 12a. Admissions aux programmes de soins à domicile 27
    - 12b. Admissions aux programmes de soins à domicile, par habitant de 75 ans et plus 27
    - 12c. Utilisation des soins à domicile 27
    - 12d. Affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA) 28
13. Surveillance et protection de la santé publique 29
    - 13a. Tuberculose 29
    - 13b. VIH 29
    - 13c. E. coli vérotoxine 30
    - 13d. Chlamydiose 30
    - 13e. Exposition à la fumée secondaire 32
14. Promotion de la santé et prévention des maladies 33
    - 14a. Tabagisme 33
    - 14b. Activité physique 33
    - 14c. Poids corporel 35
    - 14d. Vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus .....*N/D

Conclusion 37

Annexes 38

- Annexe A : Communiqué 38
- Annexe B : Tableaux des données 43
- Annexe C : Méthodologie et sources des données 66
- Annexe D : Rapport du vérificateur général 72

*N/D = Données non disponibles

Sommaire

Il s'agit du premier *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé*. Ce rapport a pour but de se conformer à l'engagement pris par les premiers ministres fédéral provinciaux et territoriaux de fournir aux Canadiens un compte rendu clair et détaillé sur la santé. Les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puissent être utilisés pour fournir au public un compte rendu complet et régulier sur l'état de la santé, les résultats en matière de santé et la qualité du service.

Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont mis sur pied un comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats pour élaborer un ensemble commun d'indicateurs dans les 14 domaines suivants :

État de santé
1 Espérance de vie
2 Mortalité infantile
3 Faible poids à la naissance
4 Autoévaluation de la santé

Résultats en matière de santé
5 Changement dans l'espérance de vie
6 Amélioration de la qualité de vie
7 Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures

Qualité du service
8 Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement
9 Satisfaction des patients
10 Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée
11 Accès aux services de santé de première ligne, 24 heurs par jour, 7 jours par semaine
12 Soins à domicile et soins communautaires
13 Surveillance et protection de la santé publique
14 Promotion de la santé et prévention des maladies

Les **indicateurs de l'état de santé** visent à refléter la santé de la population des T.N.-O. dans son ensemble, alors que les indicateurs de **résultats en matière de santé** visent à refléter l'impact du système de santé sur la santé et le bien-être de la population. Les indicateurs de la **qualité du service** offrent une perspective sur plusieurs aspects de la qualité des services offerts à la population.

Points saillants

L'espérance de vie à la naissance, aux T.N.-O., était en moyenne de 76,2 ans entre 1997 et 1999; l'espérance de vie des femmes est de six ans de plus que celle des hommes. L'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans était de 10,4 ans aux T.N.-O., en 1996, par rapport à 11,7 ans au Canada.

Dans l'ensemble, 54 % de la population des personnes de 12 ans et plus ont auto-évalué leur santé comme excellente ou très bonne en 2000-2001; cependant, seulement 18 % des personnes âgées évaluent leur santé comme excellente ou très bonne.

Une enquête effectuée en 2000-2001 révèle que 93,1 % des résidents des T.N.-O. étaient très satisfaits ou plutôt satisfaits de leurs services hospitaliers, par rapport à 79,5 % chez les Canadiens.

Entre 1997 et 1999, le taux moyen de mortalité attribuable au cancer du poumon était de 70,9 pour 100 000 habitants aux T.N.-O. par rapport à 49,3 pour 100 000 habitants au Canada.

Entre 2000 et 2002, le taux prévu de cancer de la prostate aux T.N.-O. devrait être en moyenne de 53,6 cas pour 100 000 habitants, par rapport à 118,2 cas pour 100 000 habitants au Canada.

Entre 2000 et 2002, le taux prévu de cancer colorectal aux T.N.-O. devrait être en moyenne de 81,1 cas pour 100 000 habitants, par rapport à 49,5 cas pour 100 000 habitants au Canada.

Entre 1997 et 1999, le taux moyen de perte potentielle d'années de vie attribuable à des blessures accidentelles était de 1 309,2 pour 100 000 habitants, par rapport à 696,6 pour 100 000 habitants au Canada.

Après avoir atteint un sommet entre 1994 et 1996, avec une moyenne de 68,7 cas pour 100 000 habitants, la fréquence de la tuberculose est retombée à une moyenne de 26,4 cas pour 100 000 habitants, entre 1999 et 2001. Cela se compare à la moyenne de 23,5 cas observée entre 1991 et 1993. Cependant, la fréquence du chlamydia (une maladie sexuellement transmissible) atteignait une moyenne de 1 166,8 cas pour 100 000 habitants entre 1999 et 2001, par rapport à la moyenne nationale de 1 049,2 cas par 100 000 habitants observés entre 1991 et 1993.

L'enquête de 2000-2001 a révélé que près de 40 % des personnes âgées de 20 ans et plus ont dit être exposées à la fumée secondaire et près de 45 % de personnes âgées entre 12 et 19 ans ont dit être exposées à la fumée secondaire. En 2000 et 2001, 34,5 % des personnes âgées entre 12 et 19 ans disent fumer, dont 19,3 % quotidiennement.

L'enquête de 2000-2001 révèle qu'une tranche importante de la population des T.N.-O. est obèse : 17,3 % des personnes âgées entre 20 et 34 ans, 20,9 % des 35 à 44 ans, et 31,2 % des 45 à 64 ans. La moyenne nationale de personnes obèses est la suivante : 11,3 % pour les personnes âgées entre 20 et 34 ans, 14,7 % pour les 35 à 44 ans et 18,2 % pour les 45 à 64 ans.

Ces observations, et de nombreuses autres faites dans ce rapport, offrent une perspective sur la santé de la population des T.N.-O. et sur l'état de leurs services de soins de santé. Quand c'est possible, des données nationales comparatives sont également présentées. Cependant le lecteur ne devrait pas tirer trop de conclusions par rapport aux données présentées pour les raisons qui suivent.

La taille relativement petite de la population des T.N.-O. rend difficile les comparaisons valables avec d'autres administrations dont la taille de la population est beaucoup plus grande, même si cela peut se faire en quelque sorte, en présentant des taux de façon standardisée (p. ex. pour 100 000 habitants). Au-delà des défis présentés par la taille de la population et le nombre relativement petit de cas, les données des T.N.-O. ne remontent qu'à 1990 (il existe des données antérieures, mais elles sont combinées à celles du Nunavut). Donc, les tendances sur une certaine période de temps demeurent difficiles à détecter.

Nous avons l'intention de préparer un rapport similaire tous les deux ans. Cela permettra de renseigner les résidents des T.N.-O. sur l'état de santé de la population, de même que sur les résultats en matière de santé et l'efficience du système de soins de santé.

Introduction

En septembre 2000, les premiers ministre ont émis un communiqué sur la santé dans lequel ils acceptaient de fournir un compte rendu clair aux Canadiens et Canadiennes. Les premiers ministres 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. Tous les indicateurs de ce rapport proposés par le comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats ont été acceptés par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux[1]. L'un des buts principaux de ce rapport est de pouvoir faire des comparaisons avec les rapports publiés par les autres administrations provinciales et territoriales. Le rapport de 2002 est le premier du genre à présenter ces indicateurs. Le rapport examine 14 domaines, divisés en trois sections : l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité du service.

État de santé
1 Espérance de vie
2 Mortalité infantile
3 Faible poids à la naissance
4 Autoévaluation de la santé

Résultats en matière de santé
5 Changement dans l'espérance de vie
6 Amélioration de la qualité de vie
7 Réduction du fardeau associée aux maladies, aux affections et aux blessures

Qualité du service
8 Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement
9 Satisfaction des patients
10 Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée
11 Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine
12 Soins à domicile et soins communautaires
13 Surveillance et protection de la santé publique
14 Promotion de la santé et prévention des maladies.

Une description de chaque indicateur est fournie : souvent cette information est tirée du compte rendu du Plan de la rencontre fédérale, provinciale et territoriale portant sur 14 domaines[2].

Suite à la description de l'indicateur, suivent les résultats des Territoires du Nord-Ouest. Quand c'est possible, nous fournissons une tendance dans le temps; cependant, dans certains cas, une seule année de données était disponible. Le cas échéant, les données des années simples été combinées pour donner des moyennes de trois ans ou plus, un procédé que l'on appelle moyennes mobiles (p. ex. 1991 à 1993, 1992 à 1994, etc.). On utilise ces moyennes mobiles pour minimiser la variabilité annuelle en raison des petits nombres. De plus, la moyenne annuelle de toutes les années de données disponibles est fournie avec certains indicateurs.

Quatre annexes suivent la présentation des données. L'annexe A fournit une copie du communiqué sur la santé des premiers ministres; l'annexe B fournit une série de tableaux avec les données brutes sur la plupart des indicateurs; l'annexe C fournit des détails sur la méthodologie et les sources de données; l'annexe D contient le rapport du vérificateur général.

Le lecteur devrait se familiariser avec les trois concepts suivants utilisés régulièrement dans ce rapport.

[1] Selon les lignes directrices du Comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de santé, une note explicative accompagne toute exception significative lorsque des données additionnelles ont été utilisées. L'ensemble des exigences en matière de rapport et des lignes directrices afférentes est indiqué dans le Plan de la rencontre fédérale, provinciale et territoriale portant sur 14 domaines, 7 août 2002 (non publié).

[2] Plan de la rencontre fédérale, provinciale et territoriale portant sur 14 domaines, 7 août 2002 (non publié).

1. Taux établis en fonction de la population
Une grande partie des données est présentée en se fondant sur des taux établis en fonction de la population, ce qui permet de faire des comparaisons entre populations de différentes tailles. Un taux établi en fonction de la population prend un indicateur, comme le nombre de décès par cancer, et le divise par sa population. Puis, le chiffre est en général multiplié par 100 000 (tout chiffre à facteur 10) pour fournir un nombre entier. Par exemple, s'il y a 25 cas de tuberculose aux T.N.-O., le taux serait donc de 62,5 cas par 100 000 habitants (soit 25 cas, divisés par 40 000 (population des T.N.-O.), 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 ou s'il y a des différences au sein d'une même population à différents moments. Par exemple, les structures selon l'âge de deux populations peuvent différer à différents moments. Comme l'âge influence le risque de la plupart des maladies et des décès, toutes différences dans les taux bruts entre les populations, ou au sein d'une même population en fonction du temps, peuvent être attribuables aux différences de structures selon l'âge plutôt qu'aux différences dans le risque de maladies ou de décès. Par exemple, si on ne tient pas compte des effets de l'âge, les augmentations observées aux T.N.-O. dans le taux brut de décès en fonction du temps, peuvent être attribuables en grande partie à une population qui vieillit plutôt qu'aux changements dans le risque de décès. 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 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 ajustés en fonction de l'âge.

3. Évaluations statistiques de la justesse et de la fiabilité
Les mesures de la justesse et de la fiabilité des données, auxquelles on réfère comme les intervalles de confiance et les coefficients de variation (respectivement), sont compris dans certains indicateurs. Ces évaluations sont souvent utilisées avec les indicateurs qui découlent de cette enquête sur les données. Comme une enquête nécessite de généraliser à partir d'un échantillonnage d'une population pour fournir un portrait de la population dans son ensemble, il y a un risque d'inexactitude associé. Ces deux techniques statistiques fournissent une façon de quantifier les niveaux potentiels d'inexactitude.

3.1 Intervalles de confiance
Les lecteurs sont peut-être familiers avec les intervalles de confiance dans les sondages d'opinion effectués avant les élections. Un intervalle de confiance fournit l'intervalle de variation où on s'attend de trouver un chiffre (p. ex. plus ou moins 5 %), en général 19 fois sur 20. Les intervalles de confiance permettent également de faire des comparaisons entre différentes valeurs. Par exemple, si les intervalles de confiance se chevauchent, on considère qu'il n'y a pas de différence statistiquement importante (p.ex. voir le tableau 4.1). Cependant, si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, il y a une différence statistiquement importante (p. ex. voir le tableau 9.8). On trouvera un ensemble complet des intervalles de confiance pour tous les indicateurs statistiques à l'annexe B.

3.2 Coefficient de variation
Une autre considération dont il faut tenir compte quand on compare des données d'enquête est le coefficient de variation (CV). Le CV exprime dans quelle mesure le chiffre fourni peut être considéré comme fiable. Plus l'échantillonnage est grand, plus le CV est petit, tout comme cela rétrécit l'intervalle de confiance. Les tableaux des données, dans l'annexe B, ont des CV quand les données d'enquête ont été utilisées. Quand le CV est situé entre 16,6 % et 33,3 %, il faut alors utiliser les données avec prudence; quand le CV est de 33,4 % ou plus, il ne faudrait pas publier les données et, par conséquent, les supprimer.

3.3 Test du chi carré

Quand on n'utilise pas les données d'enquête (indicateurs 2, 3, 5a, 6a, 7a, 7b, 12d, 13a à 13d), le test du chi carré est utilisé pour déterminer les différences statistiquement importantes entre les taux des T.N.-O. et ceux du Canada pour la période la plus récente comparée.

Enfin, le lecteur devrait savoir que tous les rapports sur ces indicateurs peuvent nécessiter la révision des données présentées dans ce rapport de 2002. La principale raison de changement aux données est la révision périodique des prévisions démographiques de Statistique Canada. Cette révision est utilisée par le Bureau de la statistique des T.N.-O. pour élaborer des prévisions plus détaillées pour les T.N.-O. Tout taux ou pourcentage établi en fonction de la population des T.N.-O., est sujet à des révisions mineures quand Statistique Canada remplace les estimations actuelles. De même, il y a le potentiel de révisions quand les données utilisées sont celles du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., car ces bases de données sont constamment mises à jour, ce qui change les données les plus récentes.

État de santé

Les indicateurs dans cette catégorie visent à traduire l'état de santé de la population. Quatre ensembles de vastes indicateurs ont été choisis pour résumer l'état de santé : l'espérance de vie, la mortalité infantile, le faible poids à la naissance et l'autoévaluation de la santé.

1 Espérance de vie

1a. Espérance de vie

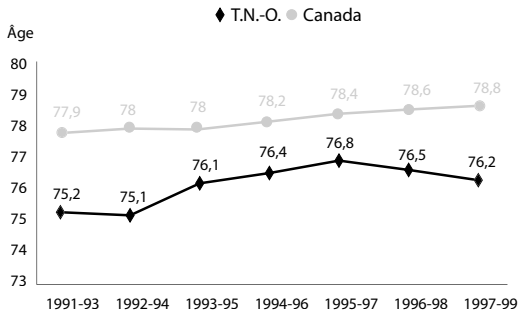
L'espérance de vie est largement utilisée comme indicateur de la santé d'une population dans son ensemble. Dans les pays développés, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et est reliée à des facteurs socio-économiques comme la pauvreté et les niveaux d'éducation. C'est au Japon que l'espérance de vie est la plus grande, avec 84,1 ans chez les femmes, et 77,3 ans chez les hommes.[3]

L'espérance de vie à la naissance est un élément statistique, calculé à partir de l'âge moyen où les gens décèdent et a pour but de faciliter les comparaisons entre 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 et le style de vie, de même que l'avancement de la médecine.

Comme on peut le voir au tableau 1a.1, entre 1991 et 1993, l'espérance de vie à la naissance, aux T.N.-O., était en moyenne de 75,2 ans; entre 1997 et 1999, cette espérance de vie était de 76,2 ans. Par comparaison, l'espérance de vie moyenne à la naissance au Canada entre 1991 et 1993 était de 77,9 ans et, entre 1997 et 1999, cette espérance de vie moyenne était de 78,8 ans.

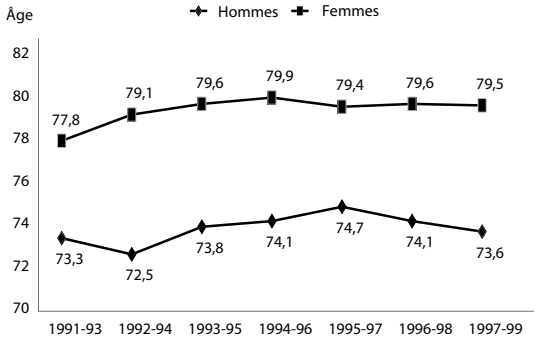
Le tableau 1a.2 illustre l'espérance de vie à la naissance aux T.N.-O. séparément chez les femmes et les hommes. Pour la période entre 1997 et 1999, l'espérance de vie à la naissance chez les femmes était de 79,5 ans, par rapport à 73,6 ans chez les hommes.

Figure 1a.1
Espérance de vie à la naissance pour les deux sexes
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 1a.2
Espérance de vie à la naissance, selon le sexe
Moyennes annuelles sur 3 ans



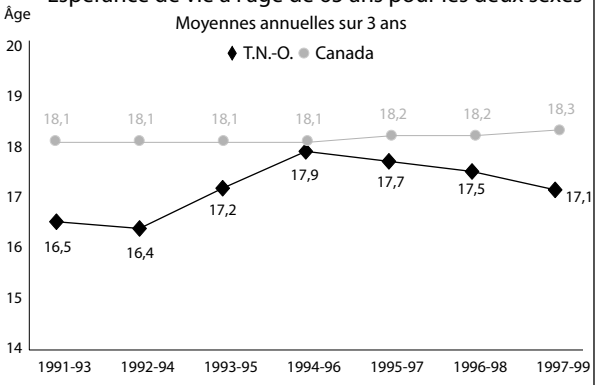
Source : Statistique Canada

[3] Organisation des Nations Unies, Rapport mondial sur le développement humain 2001, cité dans le Plan de la rencontre fédérale, provinciale et territoriale portant sur 14 domaines, 7 août 2002 (non publié).

L'espérance de vie à l'âge de 65 ans donne un aperçu du nombre d'années pendant lesquelles une personne moyenne peut s'attendre à vivre. Comme on peut le constater dans le tableau 1a.3, l'espérance de vie à 65 ans aux T.N.-O., entre 1991 et 1993 était de 16,5 ans en moyenne, et de 17,1 ans, entre 1997 et 1999. Pour le Canada, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans était en moyenne de 18,1 ans entre 1991 et 1993, et de 18,3 ans, entre 1997 et 1999.

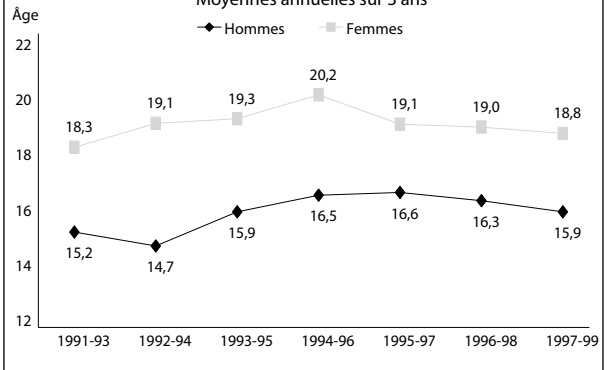
Le tableau 1a.4 illustre l'espérance de vie à 65 ans séparément chez les hommes et les femmes. Entre 1991 et 1993, et 1997 et 1999, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans chez les hommes a augmenté, passant de 15,2 ans à 15,9 ans et chez les femmes, de 18,3 à 18,8 ans.

Figure 1a.3
Espérance de vie à l'âge de 65 ans pour les deux sexes
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 1a.4
Espérance de vie à l'âge de 65 ans, selon le sexe
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

1b. Espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance ou à l'âge de 65 ans est le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre sans souffrir d'une incapacité modérée ou grave. L'espérance de vie sans incapacité complète les mesures conventionnelles d'espérance de vie en fournissant une mesure de qualité de vie.

Aux T.N.-O., en 1996, la moyenne d'années de vie sans incapacité pendant lesquelles une personne pouvait s'attendre à vivre était de 67 ans. En moyenne, les femmes peuvent s'attendre à une plus longue espérance de vie sans incapacité que les hommes. Comme on le voit au tableau 1b.1, les femmes des T.N.-O. peuvent s'attendre à la naissance de vivre 67,8 années de vie sans incapacité, par rapport à 66,2 chez les hommes. Les chiffres comparatifs pour le Canada étaient de 70,2 ans chez les femmes et de 66,9 ans chez les hommes.

Pour ce qui est de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance, il y a une différence statistiquement importante entre les T.N.-O. et le Canada, chez les deux sexes, et chez les femmes séparément, mais pas chez les hommes.

Comme on le voit au tableau 1b.2, l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans pour les T.N.-O. était de 10,4 ans en 1996; le nombre moyen d'années sans incapacité chez les femmes était de 10,3 années, par rapport à 10,6 chez les hommes. Les chiffres pour le Canada étaient de 12,4 années chez les femmes, et de 10,9 années chez les hommes.

En ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans, il y a une différence statistiquement importante entre les T.N.-O. et le Canada, chez les deux sexes, et chez les femmes séparément, mais pas chez les hommes.

Figure 1b.1
Espérance de vie sans incapacité à la naissance, 1996

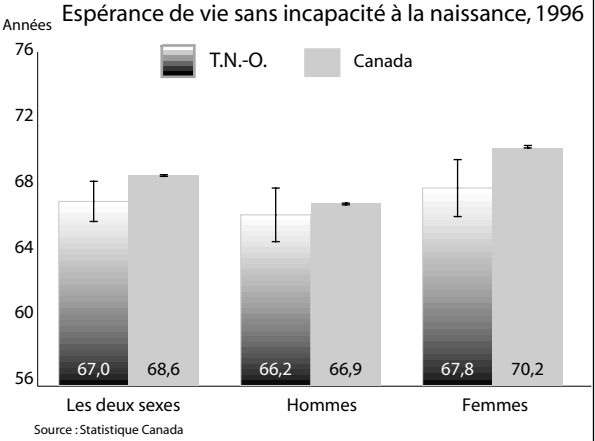
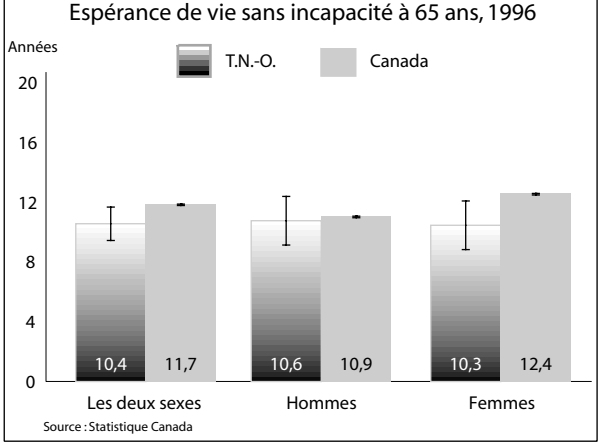


Figure 1b.2
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, 1996



État de santé

2 Mortalité infantile

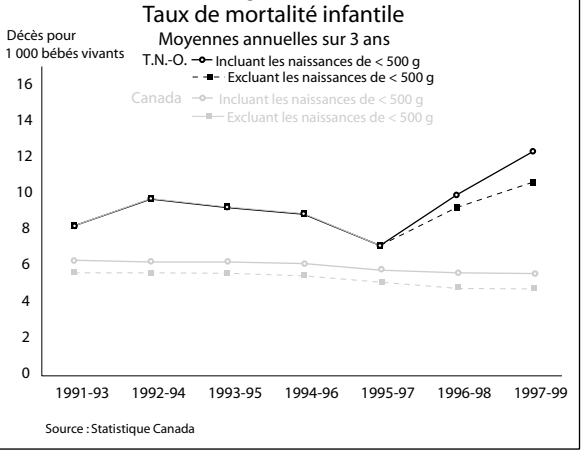
La mortalité infantile est une mesure établie depuis longtemps pour mesurer la santé d'un enfant et le bien-être d'une société dans son ensemble. Cela reflète non seulement le niveau de mortalité, mais également l'état de santé et les soins de santé d'une population, l'efficience des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cela reflète aussi des facteurs sociaux plus vastes, comme l'éducation des mères, le tabagisme et la déprivation relative. En général, un faible poids à la naissance est le principe de facteur de risque associé à la mortalité infantile au Canada.

Les taux de mortalité infantile, incluant les taux de naissances de moins de 500 grammes, ont augmenté au cours de la dernière décennie, et sont passés de 8,1 pour 1,000 naissances d'enfants vivants de 1991 à 1993, à 12,2 pour 1 000, de 1997 à 1999. Si on exclut les naissances de moins de 500 grammes, l'augmentation a été moindre (de 8,1 à 10,5) pour la même période (voir figure 2,1).

L'apparente augmentation de mortalité infantile entre 1995 et 1997 et de 1997 à 1999 n'était pas statistiquement importante.

Comme on peut le voir au tableau 2.1, entre 1997 et 1999, la mortalité infantile au Canada était en moyenne de 5,4 pour 1 000, ou de 4,6 pour 1 000, quand on excluait les naissances de moins de 500 grammes.

Figure 2.1
Taux de mortalité infantile
Moyennes annuelles sur 3 ans

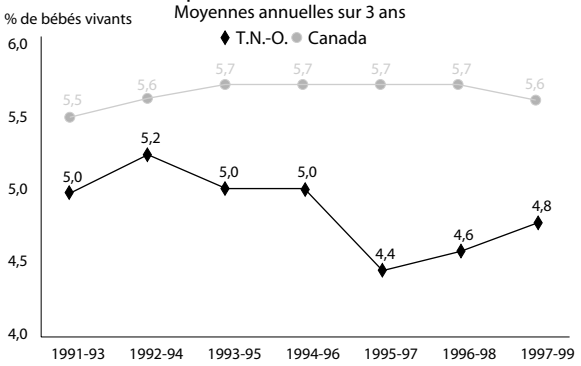


Les différences entre les T.N.-O. et le Canada, pour les deux mesures de mortalité infantile, sont statistiquement importantes pour la période de 1997 à 1999.

3 Faible poids à la naissance

Le faible poids à la naissance (naissances entre 500 et 2 499 grammes) fournissent une indication générale de la santé des nouveaux-nés; il constitue également un important déterminant sur la survie, la santé et le développement de l'enfant. Les bébés à faible poids à la naissance risquent plus de décéder au cours de leur première année de vie et s'ils survivent, ils risquent davantage de développer une incapacité ou des maladies comme l'infirmité motrice cérébrale, des troubles visuels, des troubles d'apprentissage et des problèmes respiratoires. Le faible poids à la naissance est associé aux naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.), aux naissances avant terme, à la mauvaise santé de la mère, au style de vie, aux conditions économiques et à la reproduction médicalement assistée. Des soins médicaux appropriés et un style de vie sain chez la mère peuvent améliorer les chances que le bébé ait un poids santé à la naissance.

Figure 3.1
Pourcentage de bébés vivants ayant un faible poids à la naissance
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Aux T.N.-O., le pourcentage de bébés à faible poids à la naissance était en moyenne de 5 % entre 1991 et 1993 et de 4,8 % entre 1997 et 1999. Au Canada, le pourcentage était en moyenne de 5,5 % entre 1991 et 1993, et de 5,6 %, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada pour le faible poids à la naissance n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

4 Autoévaluation de la santé

L'autoévaluation de la santé est un indicateur général de la santé des particuliers dans l'ensemble. Cet indicateur capte ce que d'autres mesures peuvent rater, comme les stades précoces de maladie, la gravité d'une maladie, un état positif de santé, de même que le fonctionnement social et mental.

Les données concernant l'autoévaluation de la santé sont recueillies en utilisant une échelle de cinq points, allant d'excellent à pauvre. Les études démontrent que lorsque les particuliers évaluent leur santé en réponse à une question, ils donnent de l'information qui a un important pouvoir prédictif concernant l'incidence de maladies chroniques, le déclin fonctionnel et, en tout dernier lieu, la survie. De nombreuses études longitudinales ont découvert que l'autoévaluation de la santé est prédictive de la mortalité, même quand on tient compte de mesures plus objectives, comme les évaluations cliniques.

Entre 1994 et 2001, il y a eu quatre enquêtes nationales[4] qui ont posé, à un échantillonnage de résidents des T.N.-O., des questions sur leur santé, leur style de vie et sur d'autres caractéristiques sociales et économiques. L'autoévaluation de l'état de santé pour les T.N.-O. est présentée aux tableaux 4.1 et 4.2[5]

Comme on le voit au tableau 4.1, le pourcentage de la population qui dit avoir une excellente ou une très bonne santé était de 63 % en 1994-1995, de 60 %, en 1996-1997, et de 54 %, en 2000-2001. Il n'y a pas de différences statistiquement importantes entre les chiffres pour 1994-1995 et 1996-1997; il n'y pas non plus de différences

[4] Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, années 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.

[5] Les données sur les T.N.-O. provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999 n'ont pas été utilisées dans le présent rapport en raison de la petite taille de l'échantillon des T.N.-O.

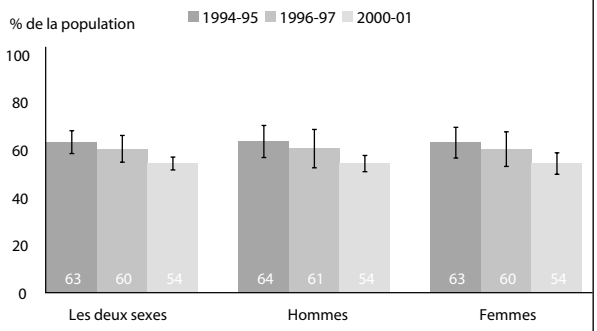
statistiquement importantes entre les chiffres pour 1996-1997 et 2000-2001. Cependant, il y a un déclin statistiquement important entre 1994-1995 et 2000-2001, dans le pourcentage de personnes qui disent avoir une excellente ou une très bonne santé.

Il n'y avait pas de différence importante entre les hommes et les femmes, dans chacune des trois enquêtes en question; il n'y avait pas non plus de déclins statistiquement importants dans le temps.

Le tableau 4.2 fournit le pourcentage de résidents des T.N.-O. qui disent avoir une excellente ou une très bonne santé par groupes d'âge. Il n'y a qu'un seul changement statistiquement important dans l'autoévaluation de la santé chez les 35 à 44 ans. En 1994-1995, 73,7 % de la population étudiée dans ce groupe d'âge a dit avoir une excellente ou une très bonne santé. En 2000-2001, cependant, le pourcentage baisse à 55,2 %. Les changements constatés au sein des tous les autres groupes d'âge ne sont pas statistiquement importants.[6]

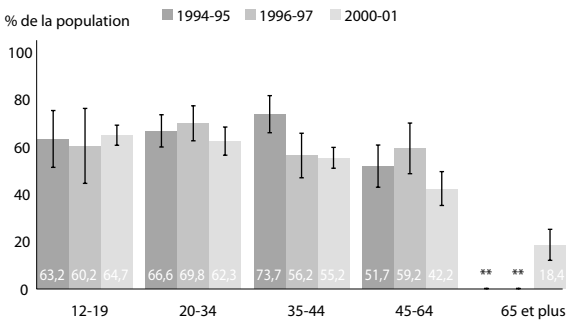
Le tableau 4.3 fournit une comparaison en 2000-2001 des résidents des T.N.-O. et du Canada, selon l'âge, qui disent avoir une excellente ou une très bonne santé. Des différences statistiquement importantes entre les T.N.-O. et le Canada se manifestent chez tous les groupes d'âge.

Figure 4.1
État de santé auto-déclaré
Pourcentage de la population disant avoir une excellente ou une très bonne santé



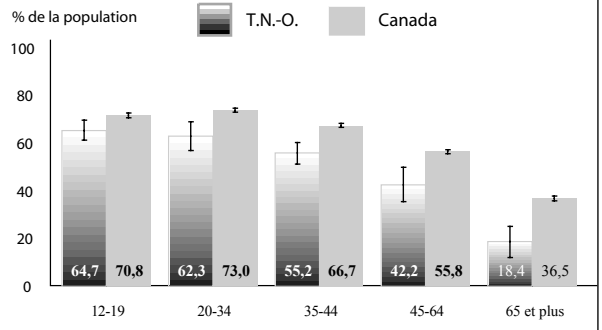
Source : Statistique Canada

Figure 4.2
État de santé auto-déclaré par groupe d'âge
Pourcentage de la population disant avoir une excellente ou une très bonne santé



Note : ** Les données ont été supprimées.
Source : Statistique Canada

Figure 4.3
État de santé auto-déclaré par groupe d'âge
Pourcentage de la population disant avoir une excellente ou une très bonne santé, 2000-2001



Source : Statistique Canada

[6] Les résultats des enquêtes de 1994-1995 et de 1996-1997 portant sur les résidents des T.N.-O. de 65 ans et plus ont dû être supprimés, en raison de la petite taille des échantillons. Les résultats de l'enquête de 2000-2001 relatifs aux personnes âgées de 65 ans et plus doivent être traités avec prudence, en raison du coefficient de variation de 18,2.

Résultats en matière de santé

Les indicateurs dans ce domaine visent à refléter l'impact des programmes et services du système de santé sur l'état de santé. La portée avec laquelle les résultats particuliers sur la santé sont attribuables aux programmes et services est difficile à évaluer en se fondant uniquement sur les données de l'indicateur. Quand c'est possible, les indicateurs sont choisis si le lien entre les interventions particulières et l'impact des résultats sur la santé a été bien établi par la recherche. Même si certaines interventions du système de santé sauvent des vies, la plupart des interventions sont conçues pour améliorer la qualité de vie en matière de santé. C'est le résultat désiré d'une chirurgie pour remplacer une articulation, et l'évidence de la recherche appuie l'efficacité de cette chirurgie pour améliorer la qualité de vie en matière de santé.[7]

5 Changement dans l'espérance de vie

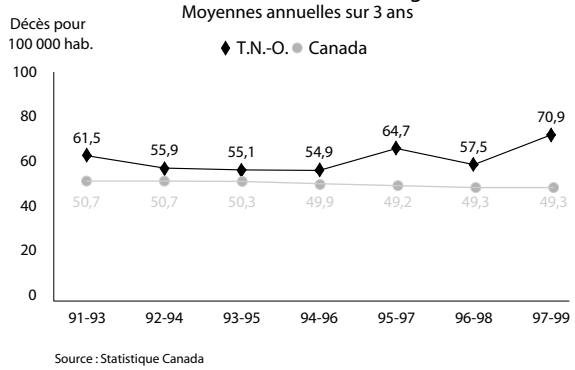
5a. Taux de mortalité attribuables au cancer du poumon, de la prostate, du sein ou colorectal, à un infarctus aigu du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral

Les tendances concernant le taux comparatif de mortalité, normalisé en fonction de l'âge,[8] pour le cancer, l'infarctus aigu du myocarde[9] ou un accident cardiovasculaire indiquent le succès à long terme pour réduire les décès causés par ces maladies. Les taux plus bas de mortalité indiquent le succès de la prévention du cancer ou des accidents vasculaires cérébraux, le dépistage et le traitement.

Le tableau 5a.1 illustre le taux normalisé en fonction de l'âge du cancer du poumon. Entre 1991 et 1993, aux T.N.-O., la moyenne était de 61,5 décès pour 100 000 habitants, et a grimpé à 70,9 pour 100 000, entre 1997 et 1999. Par comparaison, la mortalité attribuable au cancer du poumon au Canada était en moyenne de 50,7 pour 100, 000 habitants entre 1991 et 1993, et de 49,3 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la mortalité attribuable au cancer du poumon, est statistiquement importante pour la période de 1997 à 1999.

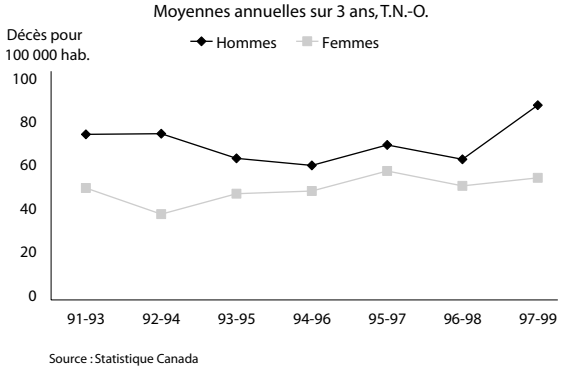
Le tableau 5a.2 illustre le nombre de décès attribuables au cancer du poumon, selon le sexe, aux T.N.-O. Chez les hommes, le nombre de décès attribuables au cancer du poumon a augmenté, passant de 73,4 pour 100 000 habitants de 1991 à 1993, à 86,9 pour 100 000, de 1997 à 1999. Chez les femmes, l'augmentation a été relativement plus basse au cours de la même période, passant de 48,7 à 53,4 décès.

Figure 5a.1
Mortalité attribuable au cancer du poumon – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 5a.2
Mortalité attribuable au cancer du poumon – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



Source : Statistique Canada

[7] Les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou sont des indicateurs auxiliaires de l'amélioration de la qualité de vie, et ce, jusqu'à ce que des mesures comparables et spécifiques de la fonction et de la douleur du patient, associées à diverses conditions physiques, aient été mises en place à la grandeur du pays.

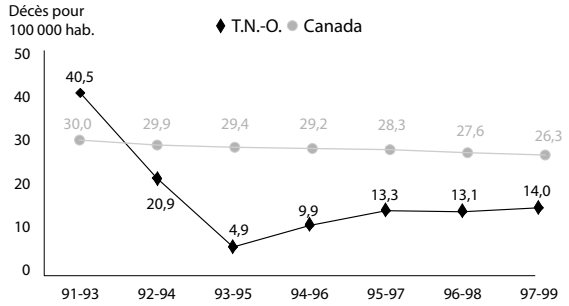
[8] Tous les taux normalisés en fonction de l'âge l'ont été par rapport à la population-type canadienne de 1991.

[9] L'infarctus aigu du myocarde, qu'on appelle communément « crise cardiaque », est la nécrose du tissu musculaire du cœur provoquée par l'interruption de l'irrigation sanguine dans la région du cœur.

Le tableau 5a.3 illustre le nombre de décès attribuables au cancer du sein. Aux T.N.-O., le taux moyen en fonction de l'âge était de 40,5 décès pour 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et de 14,0 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. Au Canada, le nombre de décès par cancer du sein était en moyenne de 30,0 décès par 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et de 26,3 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour la mortalité attribuable au cancer du sein, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

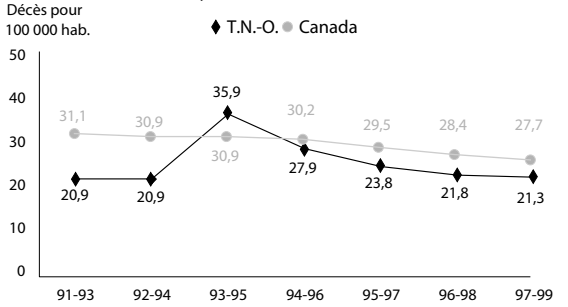
Le tableau 5a.4 illustre le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate. Aux T.N.-O., le taux de mortalité normalisé selon l'âge était en moyenne de 20,9 décès pour 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et de 21,3 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. Au Canada, le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate était en moyenne de 31,1 décès pour 100 000 habitants entre 1991 et 1993, et de 27,7 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la mortalité attribuable au cancer de la prostate, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

Figure 5a.3
Mortalité attribuable au cancer du sein – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 5a.4
Mortalité attribuable au cancer de la prostate – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans

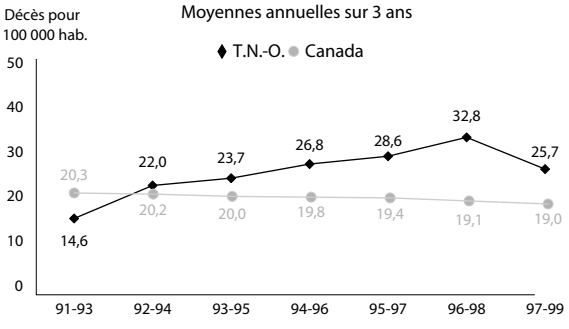


Source : Statistique Canada

Le tableau 5a.5 illustre le taux de mortalité, normalisé selon l'âge, attribuable au cancer colorectal. Le taux de mortalité attribuable à ce cancer aux T.N.-O. a augmenté, et est passé de 14,6 décès pour 100 000 habitants, de 1991 à 1993, à 25,7 pour 100 000, entre 1997 et 1999. Par comparaison, la mortalité attribuable au cancer colorectal au Canada était en moyenne de 20,3 décès pour 100 000 habitants , entre 1991 et 1993, et de 19,0 décès par 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la mortalité attribuable au cancer colorectal, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

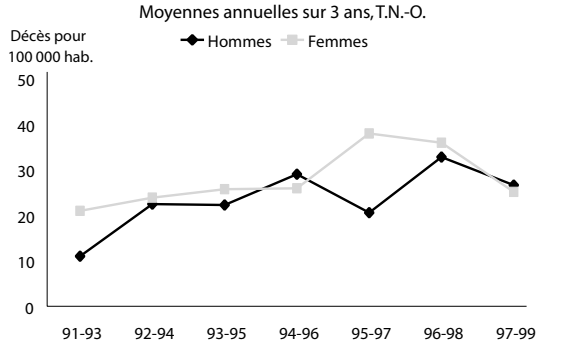
Le tableau 5a.6 illustre le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal, selon le sexe, aux T.N.-O. Chez les hommes, le taux a augmenté, passant de 11,1 de 1991 à 1993, à 26,7 pour 100 000, de 1997 à 1999. Chez les femmes, le taux est passé de 21,0 à 25,2 pour 100 000.

Figure 5a.5
Mortalité attribuable au cancer colorectal – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 5a.6
Mortalité attribuable au cancer colorectal – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

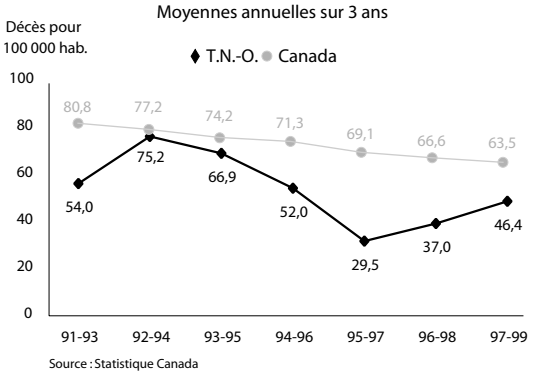


Source : Statistique Canada

Le tableau 5a.7 illustre le taux de mortalité, normalisé selon l'âge, en raison d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) Le taux de mortalité pour l'IAM a diminué, passant de 54,0 pour 100 000 habitants, de 1991 à 1993, à 46,4 pour 100, 000 de 1997 à 1999. Même quand on utilise des moyennes sur trois ans pour représenter les taux, il y a eu de grands écarts dans le taux de mortalité attribuable à l'IAM. Par exemple, le taux était de 75,2 pour 100 000, de 1992 à 1994 et, de 1995 à 1997, il était de 29,5 pour 100 000. Au Canada, le taux de mortalité attribuable à l'IAM était en moyenne de 80,8 décès par 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et de 63,5 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada en matière de mortalité attribuable à l'IAM, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

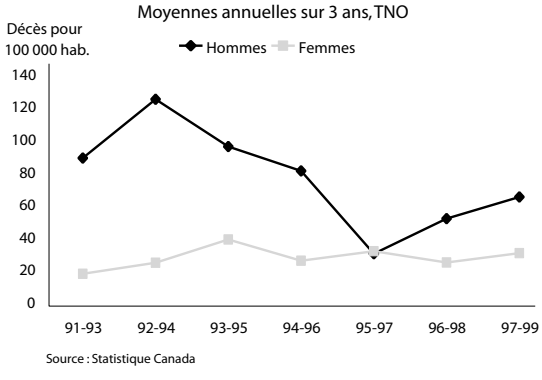
Le tableau 5a.8 illustre le taux de mortalité par IAM, selon le sexe, aux T.N.-O., avec une diminution des décès chez les hommes, lequel est passé de 87,5 pour 100 000, de 1991 à 1993, à 63,7 pour 100 000, de 1997 à 1999; chez les femmes, le taux a augmenté, et est passé de 16,6 à 29,2 pour 100 000 habitants au cours de la même période.

Figure 5a.7
Mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde (IAM) – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 5a.8
Mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde (IAM) – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, TNO

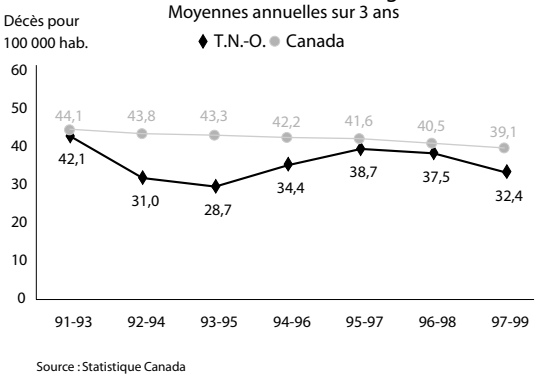


Source : Statistique Canada

Le tableau 5a.9 illustre le taux de mortalité,normalisé selon l'âge, attribuable à un accident vasculaire cérébral. De 1991 à 1993, le taux moyen des mortalité était de 42,1, par rapport à 32,4 pour 100 000, de 1997 à 1999. Au Canada, le taux de mortalité attribuable aux accidents vasculaires cérébraux était en moyenne de 44,1 décès pour 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et de 39,1 décès pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la mortalité attribuable à un accident vasculaire cérébral, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

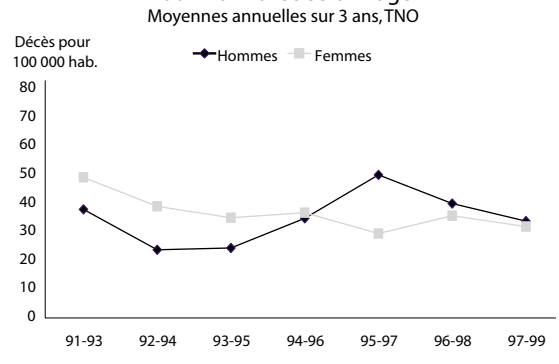
Le tableau 5a.10 illustre le taux de mortalité attribuable à un accident vasculaire cérébral, selon le sexe, aux T.N.-O. Chez les hommes, le taux a diminué, passant de 36,5 pour 100 000 habitants de 1991 à 1993, à 32,4 pour 100 000, de 1997 à 1999; chez les femmes, le taux a diminué, passant de 47,7 à 30,5 pour 100 000.

Figure 5a.9
Mortalité attribuable à l'accident vasculaire cérébral – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 5a.10
Mortalité attribuable à l'accident vasculaire cérébral – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, TNO



Source : Statistique Canada

5b. Taux de survie relative dans les cinq ans suivant un cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, un infarctus du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral

Étant donné la petite population des T.N.-O., le taux de cet indicateur est trop petit pour faire rapport de façon fiable.

5c. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Étant donné la petite population des T.N.-O., le taux de cet indicateur est trop petit pour faire rapport de façon fiable.

5d. Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Étant donné la petite population des T.N.-O., le taux de cet indicateur est trop petit pour faire rapport de façon fiable.

5e. Taux de survie dans les 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Étant donné la petite population des T.N.-O., le taux de cet indicateur est trop petit pour faire rapport de façon fiable.

5f. Taux de survie dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Étant donné la petite population des T.N.-O., le taux de cet indicateur est trop petit pour faire rapport de façon fiable.

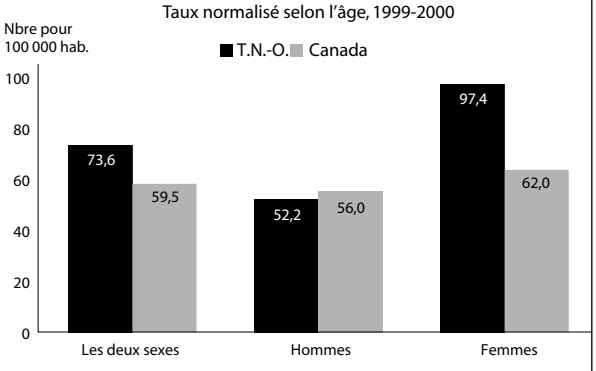
6 Qualité de vie améliorée

6a. Taux d'arthroplasties complètes de la hanche

Le résultat visé de la plupart des interventions chirurgicales électives est d'améliorer la qualité de vie par rapport à la santé. Le remplacement de la hanche améliore la fonctionnalité et réduit la douleur qui, auparavant, constituaient un fardeau pour le patient.

Comme le démontre le tableau 6a.1, l'âge moyen pour subir une arthroplastie complète de la hanche, aux T.N.-O., était de 73,6 ans pour 100 000 habitants, en 1999-2000.[10] Chez les hommes, le taux était de 52,2 arthroplasties par 100 000, et chez les femmes, de 97,4 pour 100 000. Les chiffres comparatifs avec le Canada étaient de 59,5 arthroplasties pour 100 000 chez les deux sexes, avec un taux d'arthroplastie de 56,0 chez les hommes, et de 62,0 chez les femmes, pour 100 000 habitants.

Figure 6a.1
Arthroplastie complète de la hanche –
Taux normalisé selon l'âge, 1999-2000



Source : ICIS et Statistique Canada

Les différences entre les T.N.-O. et le Canada, chez les deux sexes et chez les hommes, n'étaient pas statistiquement importantes. Cependant, le taux d'arthroplastie aux T.N.-O. chez les femmes était vraiment plus élevé que la moyenne nationale correspondante.

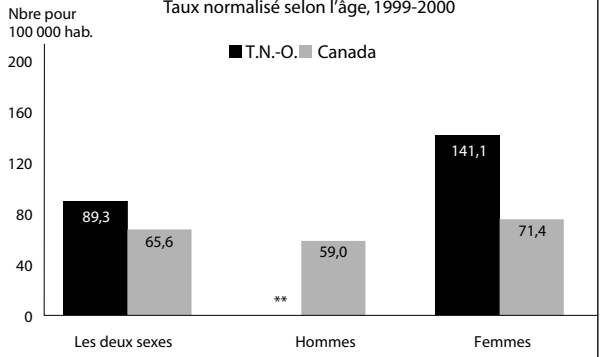
6b. Taux d'arthroplasties complètes du genou

Tout comme l'arthroplastie de la hanche, l'arthroplastie complète du genou améliore la capacité du patient de fonctionner et entraîne une diminution de la douleur auparavant associée au genou avant la chirurgie.

Comme l'illustre le tableau 6b.1, l'âge moyen pour remplacer un genou était de 89,3 ans pour 100 000, en 1999-2000. Le nombre d'arthroplasties complètes du genou chez les hommes des T.N.-O. était trop petit pour l'exprimer en taux. Cependant, le taux d'arthroplasties chez les femmes était de 141,1 pour 100 000 habitants, pour 1999-2000. Les chiffres comparatifs au Canada étaient de 65,6 arthroplasties du genou pour 100 000 habitants dans l'ensemble, le taux chez les femmes étant de 71,4 arthroplasties pour 100 000.

La différence entre les T.N.-O. et le Canada, chez les deux sexes, n'est pas statistiquement importante. Cependant, le taux d'arthroplasties du genou aux T.N.-O. chez les femmes est vraiment plus élevé que la moyenne nationale correspondante.

Figure 6b.1
Arthroplastie complète du genou –
Taux normalisé selon l'âge, 1999-2000



Note : ** Nombres trop petits pour être montrés.
Source : ICIS et Statistique Canada

[10]On ne possède des données relatives aux arthroplasties de la hanche et du genou aux T.N.-O. que pour une seule année (1999-2000). Les données des années précédentes comprenaient celles des T.N.-O. et du Nunavut. Les données relatives à cet indicateur provenaient de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada.

7 Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures

7a. Taux d'incidence du cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal

Les taux d'incidence, normalisé selon l'âge, mesurent la manifestation de nouveaux cancers. Cette incidence est influencée par deux facteurs principaux :

1) le taux implicite de l'incidence de cancers, lequel, à son tour, reflète en partie la prévalence de facteurs de risque, comme le tabagisme et, par le fait même, les efforts en matière de prévention primaire;
2) le taux de dépistage et de diagnostic des cancers, lequel peut être influencé par l'intensité et l'efficacité des programmes de dépistage du cancer.

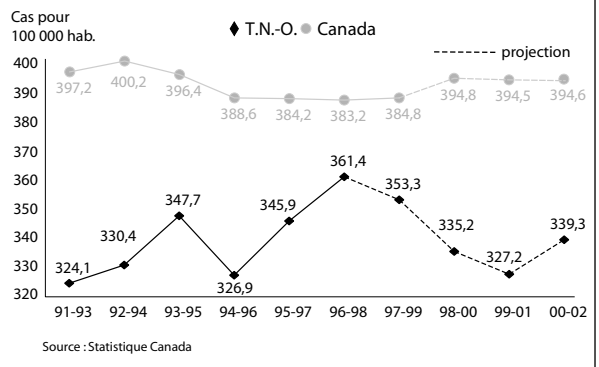
Ces deux facteurs peuvent fonctionner dans des directions opposées. Par exemple, une augmentation dans l'incidence mesurée d'un cancer pourrait refléter soit une augmentation absolue dans les cas de cancer ou une amélioration du dépistage. Cependant, l'impact d'un dépistage amélioré a peu de chance de se produire sur une longue période de temps. Ceci dit, une incidence de baisse du cancer suggère un changement positif dans la santé de la population.

Au total, le nombre de cas de cancer aux T.N.-O., entre 1992 et 2000, était de 676, soit environ 75 cas par année. Étant donné le petit nombre de cas, les taux sont sujets à de grandes fluctuations d'une année à l'autre, particulièrement quand on examine un genre particulier de cancer. Tout comme pour d'autres indicateurs, des moyennes sur trois ans ont été utilisées dans le but d'atténuer ces fluctuations.

Le lecteur devrait savoir que même si on utilise des moyennes sur trois ans, les tendances en matière de cancer aux T.N-O. sont vraiment influencées par un changement d'un ou deux cas par année. Un autre avertissement est que les données pour les années de 1998 à 2000 sont des prédictions (dénotées par des lignes pointillées) fondées sur les années précédentes et sont par conséquent sujettes à des révisions futures. Enfin, les taux des cancers combinés pour les deux sexes, de 1998 à 2000, sont évalués en ajoutant le taux des hommes à celui des femmes puis en divisant par deux.

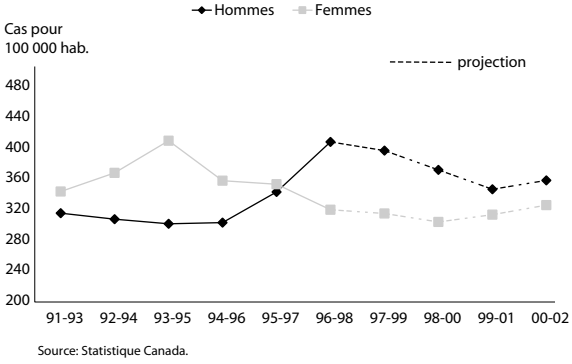
Le tableau 7a.1 illustre le taux en fonction de l'âge de tous les cancers.[11] Entre 1991 et 1993, le taux territorial moyen était de 324,1 pour 100 000 habitants, lequel a légèrement augmenté pour 2000 à 2002, avec un taux projeté de 339,3 pour 100 000. Pour le Canada, la moyenne annuelle de cas de cancer était de 397,2 pour 100 000, entre 1991 et 1993, avec une moyenne annuelle projetée de 394,6 cas pour 100 000, de 2000 à 2002. La différence

Figure 7a.1
Tous les cancers – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source : Statistique Canada

Figure 7a.2
Tous les cancers – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



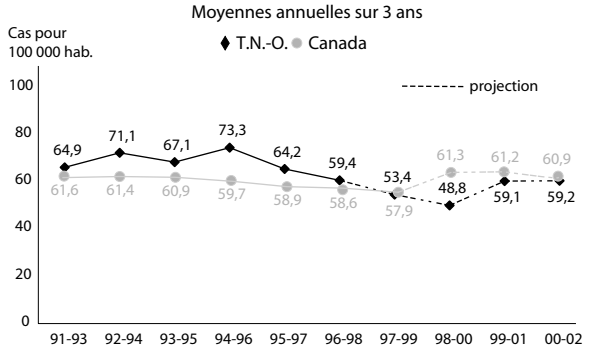
Source: Statistique Canada.

[11] Cet indicateur met l'accent sur des cancers précis. Toutefois, compte tenu du petit nombre de cas de cancers aux T.N.-O., il est utile d'indiquer le taux de tous les cancers.

entre les T.N.-O. et le Canada, pour tous les cancers, n'est pas statistiquement importante pour 2000 à 2002.
Le tableau 7a.2 illustre la tendance chez les hommes et les femmes des T.N.-O. Le taux chez les hommes a augmenté, passant de 312,6 cas pour 100 000, de 1991 à 1993, à un taux prévu de 355,4 pour 100 000. Le taux chez les femmes a diminué, passant de 340,9 à 323,2 pendant la même période.

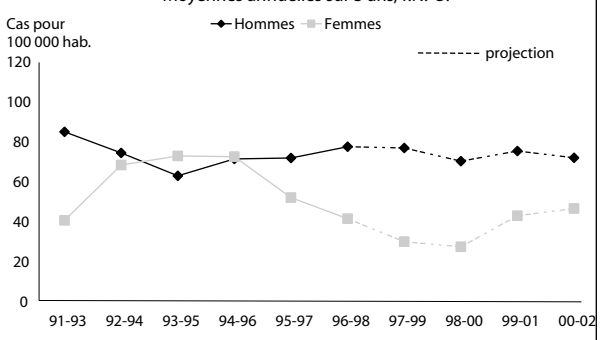
Le tableau 7a.3 illustre le taux normalisé selon l'âge du cancer du poumon. De 1991 à 1993, le taux moyen aux T.N.-O. était de 64,9 cas pour 100 000. De 2000 à 2002, le taux prévu pour les T.N.-O. avait légèrement diminué et était passé à 59,2 cas pour 100 000, sous la moyenne de douze ans de 62,7 cas pour 100 000. Les taux du cancer du poumon au Canada variant d'une moyenne de 61,6 cas pour 100 000, entre 1991 et 1993, à une projection de 60,9 cas pour 100 000, de 2000 à 2002. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en matière de cancer du poumon, n'est pas statistiquement importante de 2000 à 2002.

Figure 7a.3
Cancer du poumon – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7a.4
Cancer du poumon – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

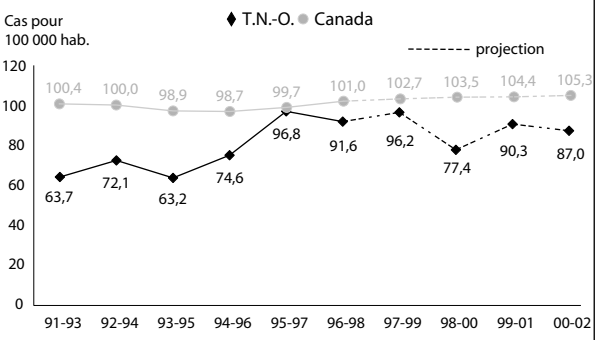


Source: Statistique Canada.

Le tableau 7a.4 présente les taux de cancer du poumon, normalisés selon l'âge et selon le sexe, aux T.N.-O. Le taux de cancer du poumon normalisé selon l'âge, chez les hommes, a diminué, passant de 84,9 cas pour 100 000, de 1991 à 1993, à 71,9 cas projetés pour 100 000, de 2000 à 2002. La moyenne pour l'entière période de 12 ans était de 76,2 cas pour 100 000. Par contre, le taux du cancer du poumon chez les femmes a légèrement augmenté, au cours de la même période, passant de 40,6 à 46,5 cas pour 100 000.

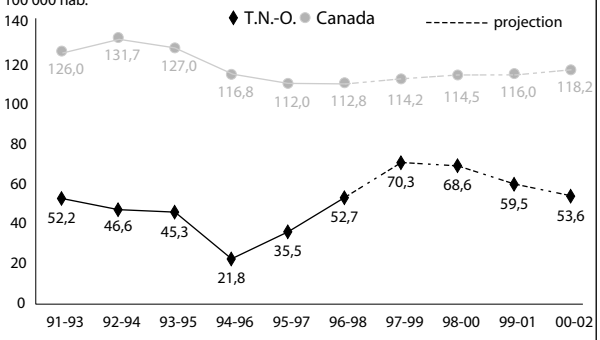
Le tableau 7a.5 illustre les taux normalisés selon l'âge du cancer du sein. Aux T.N.-O., la moyenne annuelle était de 63,7 cas pour 100 000, entre 1991 et 1993, et les taux projetés pour 2000 à 2002 sont de 87,0 cas par année pour 100 000. La moyenne canadienne était de 100,4 pour 100 000, de 1991 à 1993, et les taux projetés pour 2000 à 2002 sont de 105,3 cas par année pour 100 000 habitants.

Figure 7a.5
Cancer du sein – Taux normalisés selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7a.6
Cancer de la prostate – Taux normalisés selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



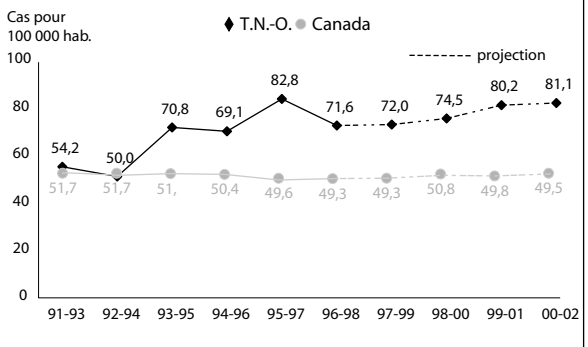
Source: Statistique Canada.

Le tableau 7a.6 illustre les taux normalisés selon l'âge du cancer de la prostate. Aux T.N.-O., la moyenne annuelle était de 52,2 cas pour 100 000 habitants, entre 1991 et 1993, et les taux projetés pour 2000 à 2002 sont de 53,6 cas pour 100 000. Le taux au Canada était en moyenne de 126,0 cas par année, pour 100 000, entre 1991 et 1993, et on prévoit à ce qu'il soit de 118,2 cas par année, pour 100 000, entre 2000 et 2002. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour le cancer de la prostate, est statistiquement importante entre 2000 et 2002.

Le tableau 7a.7 illustre le taux normalisé selon l'âge du cancer colorectal. Entre 1991 et 1993 et entre 2000 et 2002, le taux de cancer colorectal a augmenté régulièrement, passant de 54,2 à 81,1 cas projetés pour 100 000. Par comparaison, le taux au Canada étaient de 51,7 cas pour 100 000, en moyenne, entre 1991 et 1993, et de 49,5 cas projetés pour 100 000, entre 2000 et 2002. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour le cancer colorectal, est statistiquement importante pour 2000 et 2002.

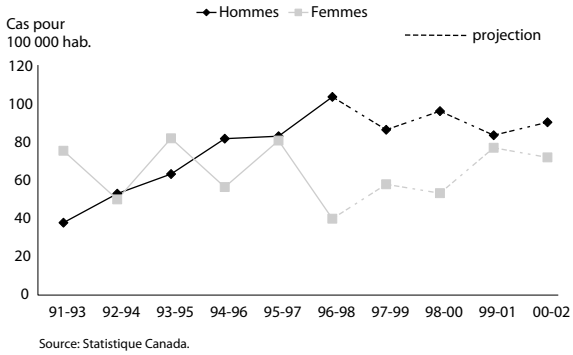
Le tableau 7a.8 illustre le taux en fonction de l'âge du cancer colorectal chez les hommes et les femmes des T.N.-O. Chez les hommes, le taux de cancer colorectal a plus que doublé entre 1991 et 1993 et 2000 et 2002, passant de 37,4 à 90,3 cas projetés pour 100 000. Par contre, le taux de cancer colorectal chez les femmes est demeuré relativement le même, malgré les grandes fluctuations relatives dans les années 1990. Entre 1991 et 1993, il y a eu chez les femmes 75,3 cas de cancer colorectal , pour 100 000 habitants, par rapport à une projection de 71,8 cas pour 100 000, entre 2000 et 2002.

Figure 7a.7
Cancer colorectal – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7a.8
Cancer colorectal – Taux normalisé selon l'âge
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



Source: Statistique Canada.

7b. Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du poumon, de la prostate, du sein et du cancer colorectal, de l'infarctus aigu du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, du suicide et d'une blessure accidentelle.

L'indicateur de la santé de la population basé sur la mortalité le plus utilisé est l'espérance de vie. Il mesure l'espérance de vie moyenne et, par conséquent, reflète tant le changement dans la durée de vie des personnes âgées que les changements dans les taux de mortalité du reste de la population. Les années potentielles de vie perdues (APVP) constituent un indicateur complémentaire, axé sur la mortalité chez les personnes non âgées (moins de 75 ans). Cela reflète le niveau de succès pour empêcher la perte prématurée de la vie, avec la perte subséquente de la productivité sociale et économique. Il s'agit là d'un indicateur global de la santé et du bien-être de la population, de même que de l'efficacité des programmes de prévention.[12]

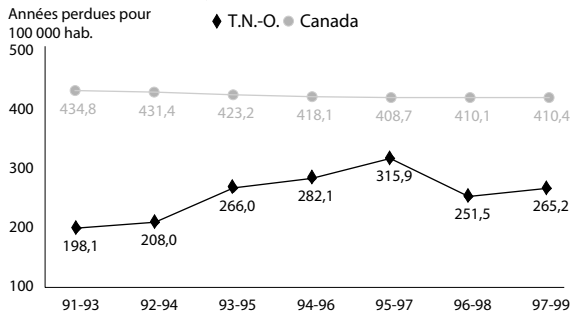
Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en supposant que la longévité productive moyenne est de 75 ans, et en soustrayant de 75 l'âge de décès d'une personne. Par exemple, si une personne décède à l'âge de 50 ans, les années potentielles de vie perdues par décès prématuré sont de 25 ans. Les APVP pour toute une population est simplement la somme de toutes les années de vie perdues par les personnes qui sont mortes avant d'avoir atteint 75 ans.

[12] Il est à souligner que, à un âge avancé, la comorbidité devient fréquente et que la mort est le résultat d'un processus complexe. Cela rend l'APVP plus significatif pour les maladies qui peuvent être identifiées comme causes uniques de décès et pour celles qui emportent le malade à un jeune âge. Malheureusement, l'APVP n'est basé que sur les statistiques de décès attribuables à une seule cause.

Le lecteur devrait savoir que la petite population des T.N.-O. fait fluctuer le taux d'APVP sur une certaine période de temps. Certaines années, il peut ne pas y avoir un seul décès attribuable à certaines maladies (p. ex. le cancer de la prostate ou un accident vasculaire cérébral) avant l'âge de 75 ans.

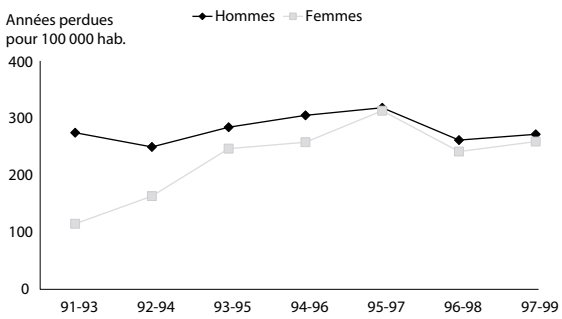
Le tableau 7b.1 illustre l'APVP attribuable au cancer du poumon. Aux T.N.-O., la moyenne annuelle d'APVP était de 198,1 pour 100 000, entre 1991 et 1993, et était de 265,2 pour 100 000, entre 1997 et 1999. Au Canada, la moyenne d'APVP attribuable au cancer du poumon était de 434,8 pour 100 000, entre 1991 et 1993, et de 410,4 pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'APVP en raison du cancer du poumon, est statistiquement importante entre 1997 et 1999.

Figure 7b.1
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer du poumon
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.2
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer du poumon
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

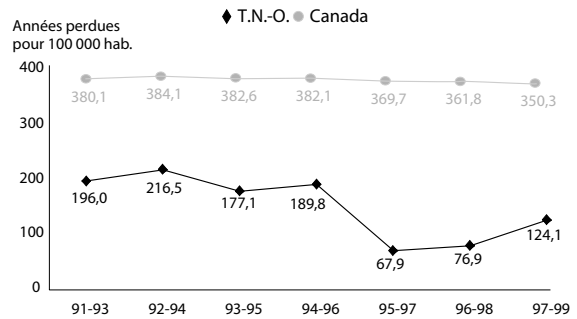


Source: Statistique Canada.

Le tableau 7b.2 illustre le taux d'APVP aux T.N.-O., selon le sexe. Chez les hommes, le taux était de 274,2 pour 100 000, entre 1991 et 1993, taux qui a légèrement diminué à 271,5 pour 100 000, entre 1997 et 1999. Chez les femmes, le taux d'APVP a augmenté, passant de 113,7 à 258,6 pour 100 000, au cours de la même période.

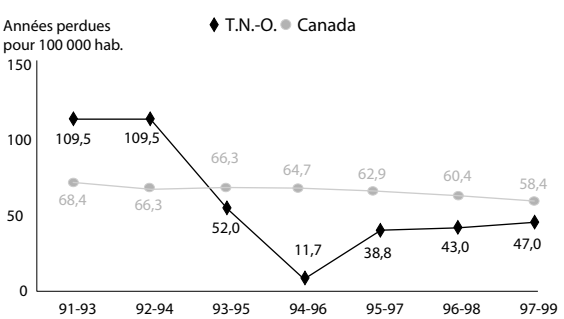
Le tableau 7b.3 illustre l'APVP attribuable au cancer du sein. Entre 1991 et 1993, le taux des T.N.-O. était de 196 pour 100 000. De 1997 à 1999, le taux pour le cancer du sein avait diminué, passant à 124,1 pour 100 000. Alors que le taux a diminué, il a beaucoup fluctué entre les deux périodes susmentionnées. Au cours de certaines années, il n'y a eu aucun décès avant l'âge de 75 ans attribuable au cancer du sein. Au Canada, l'APVP moyen en raison du cancer du sein, entre 1991 et 1993, était de 380,1 années pour 100 000, et était de 350,3 pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l 'APVP attribuable au cancer du sein, n'est pas statistiquement importante de 1997 à 1999.

Figure 7b.3
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer du sein
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.4
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer de la prostate
Moyennes annuelles sur 3 ans

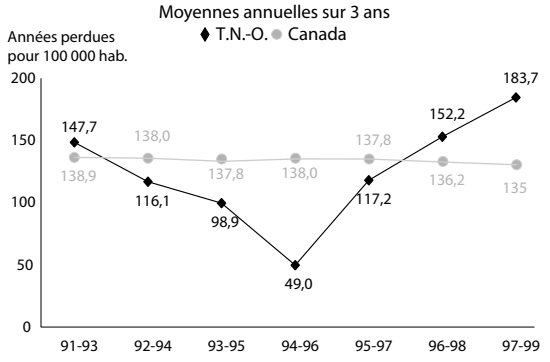


Source: Statistique Canada.

Le tableau 7b.4 illustre l'APVP pour le cancer de la prostate. Aux T.N.-O., l'APVP en raison de ce cancer était de 109,5 pour 100 000, entre 1991 et 1993, et était de 47,0 pour 100 000, entre 1997 et 1999. En comparaison, les moyennes canadiennes étaient de 68,4 pour 100 000, entre 1991 et 1993, et de 58,4 années pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'APVP attribuable au cancer de la prostate n'est pas statistiquement importante, de 1997 à 1999.

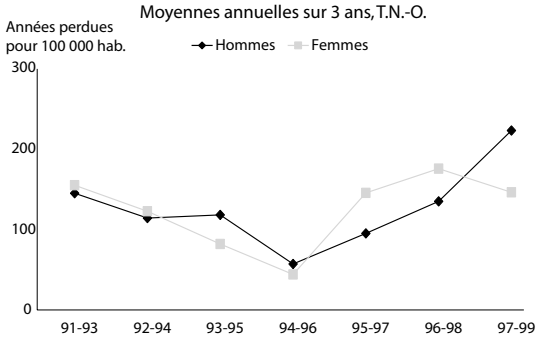
Le tableau 7b.5 illustre l'APVP attribuable au cancer colorectal. Entre 1991 et 1993, et entre 1997 et 1999, le taux aux T.N.-O. d'APVP attribuable au cancer colorectal a augmenté, passant de 147,7 à 183,7 années pour 100 000. Une fois encore, il y a une grande variation du taux d'APVP entre ces deux périodes. Le taux canadien d'APVP était de 138,9, entre 1991 et 1993, et de 135, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour l'APVP attribuable au cancer colorectal, est statistiquement importante entre 1997 et 1999.

Figure 7b.5
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer colorectal
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.6
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au cancer colorectal
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

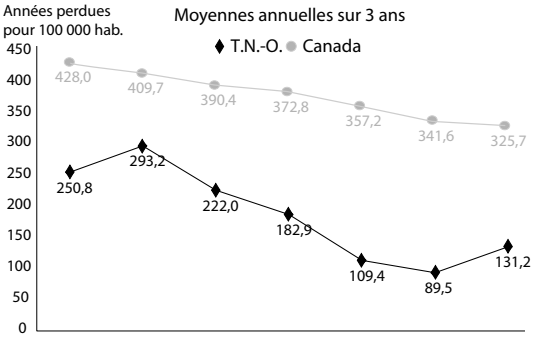


Source: Statistiques Canada.

Le tableau 7b.6 illustre l'APVP pour 100 000, selon le sexe, aux T.N.-O. Chez les hommes, le taux a augmenté, passant de 143,0 à 220,7 pour 100 000, entre 1991 et 1993 et entre 1997 et 1999. Chez les femmes, le taux a légèrement diminué, passant de 152,8 à 144,1 années, au cours de la même période.

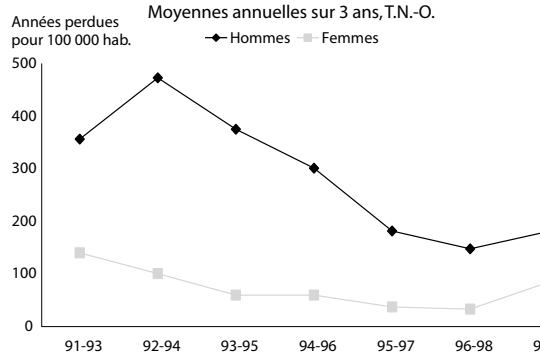
Le tableau 7b.7 illustre l'APVP pour 100 000 des décès attribuables à un infarctus aigu du myocarde (IAM). Entre 1991 et 1993, et entre 1997 et 1999, le taux aux T.N.-O. d'APVP attribuable au IAM a diminué, passant de 250,8 à 131,2 années pour 100 000. Au cours de la même période, le taux canadien est passé de 428,0 à 325,7 années pour 100 000. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'APVP attribuable à l'IAM, est statistiquement importante entre 1997 et 1999.

Figure 7b.7
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à l'IAM
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.8
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à l'IAM
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

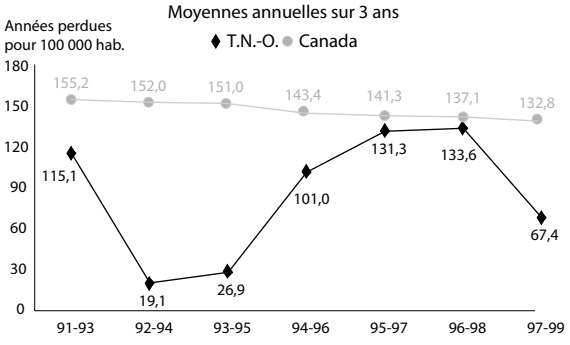


Source: Statistique Canada.

Comme l'illustre le tableau 7b.8, le taux aux T.N.-O. d'APVP attribuable à l'IAM, chez les hommes, a baissé, passant de 353,8 à 177,8 pour 100 000; chez les femmes, le taux est passé de 137,1 à 80,9 années pour 100 000. Une fois encore, il y avait une variation dans le taux d'APVP d'une année à l'autre.

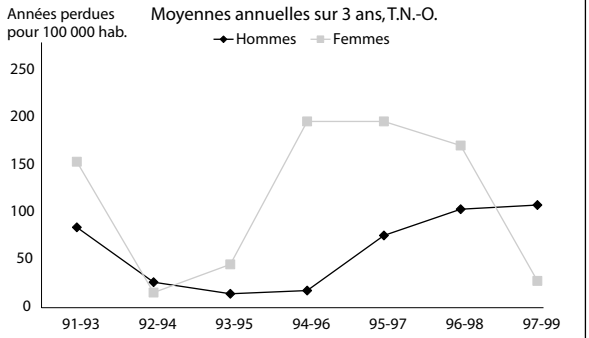
Le tableau 7b.9 illustre l'APVP pour 100 000 attribuable à un accident vasculaire cérébral. Entre 1991 et 1993, et entre 1997 et 1999, le taux moyen d'APVP aux T.N.-O. a diminué, passant de 115,1 à 67,4 pour 100 000. Au cours de la même période, le taux canadien est passé de 155,2 à 132,8 pour 100 000. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'APVP attribuable à un accident vasculaire cérébral, est statistiquement importante entre 1997 et 1999.

Figure 7b.9
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à l'accident vasculaire cérébral
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.10
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à l'accident vasculaire cérébral

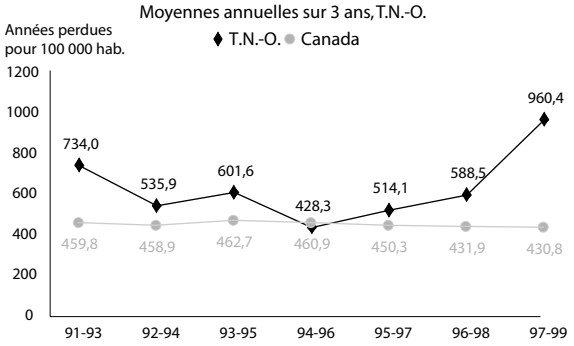


Source: Statistique Canada.

Chez les hommes des T.N.-O., comme on peut le voir au tableau 7b.9, le taux d'APVP pour 100 000 décès attribuables à un accident vasculaire cérébral, a augmenté, passant de 82,3 à 105,8 années pour 100 000, entre la période de 1991 et 1993 à celle de 1997 à 1999. Chez les femmes, le taux a diminué, passant de 151,5 à 25,7 années pour 100 000.

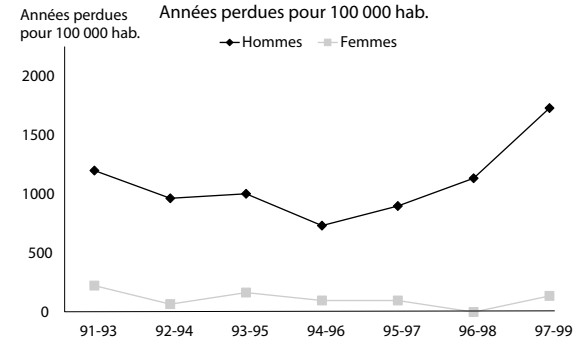
Le tableau 7b.11 illustre l'APVP pour 100 000 décès attribuable au suicide. Entre 1991 et 1993, aux T.N.-O., le taux d'APVP attribuable au suicide était de 734,0 années pour 100 000. Après avoir baissé entre 1992 et 1994, et entre 1996 et 1998, le taux a augmenté à 960,4 années pour 100 000, de 1997 à 1999. Étant donné que le suicide se manifeste souvent chez les personnes âgées entre 15 et 29 ans, un changement d'un ou deux suicides par année peut vraiment faire augmenter ou diminuer la statistique. Au Canada, le taux d'APVP attribuable au suicide était de 459,8 années pour 100 000 entre 1991 et 1993, et de 430,8 années pour 100 000, entre 1997 et 1999. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour l'APVP attribuable aux suicides, est statistiquement importante entre 1997 et 1999.

Figure 7b.11
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au suicide
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.12
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable au suicide
Années perdues pour 100 000 hab.



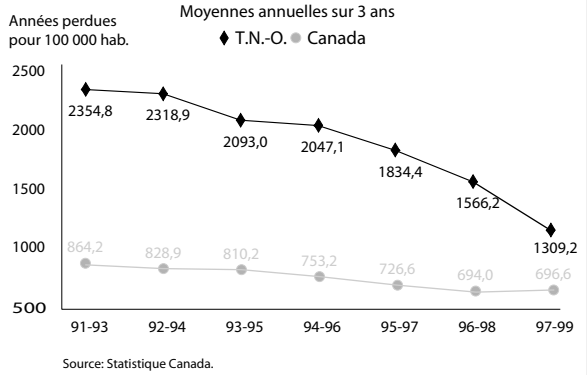
Source: Statistique Canada.

Ainsi qu'illustré au tableau 7b.12, le taux aux T.N.-O. d'APVP attribuable au suicide, selon le sexe, peut beaucoup changer au cours d'une période de trois ans à l'autre. Les hommes ont plus tendance à se suicider que les femmes. Le taux d'APVP attribuable au suicide chez les hommes était de 5 à 10 fois plus élevé que chez les femmes, en tout temps, entre 1991 et 1993 et entre 1997 et 1999.

Le tableau 7b.13 illustre l'APVP pour des décès attribuables à une blessure accidentelle. Entre 1991 et 1993, et entre 1997 et 1999, aux T.N.-O., il y a eu une diminution constante du taux d'APVP attribuable aux blessures accidentelles : elles sont passées de 2 354,8 à 1 309,2 années pour 100 000. Au cours de la même période, l'APVP attribuable à une blessure accidentelle au Canada est passé de 864,2 à 696,6 pour 100 000. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'APVP attribuable à une blessure accidentelle, est statistiquement importante, de 1997 à 1999.

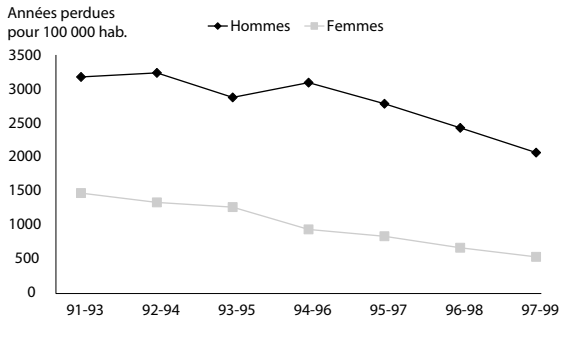
Comme on peut le voir au tableau 7b.14, la diminution de l'APVP pour les décès attribuables à une blessure accidentelle s'est manifestée tant chez les hommes que chez les femmes. Le taux d'APVP attribuable à une blessure accidentelle a diminué, passant de 3 169,9 à 2 050,8 années pour 100 000, chez les hommes, et de 1 451,7 à 508,1 années pour 100 000, chez les femmes.

Figure 7b.13
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à une blessure accidentelle
Moyennes annuelles sur 3 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 7b.14
Nombre d'années potentielles de vie perdues attribuable à une blessure accidentelle
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



Source: Statistique Canada.

7c. Taux d'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin[13]

7c (i) Méningococcie invasive (moins de 20 ans)
Un vaccin très efficace existe contre la méningococcie[14] et peut être donné aux poupons dès l'âge précoce de deux mois. Aux T.N.-O., il n'y a eu aucun cas de méningococcie invasive, chez les jeunes de 0 à 19 ans, depuis 1997. Entre 1991 et 1997, il y a eu 4 cas de cette maladie chez la population de moins de 20 ans. L'un des quatre cas était un cas du sérogroupe C.[15]

7c (ii) Rougeole
Toutes les provinces et territoires visent à éliminer la rougeole d'ici l'an 2000. Il n'y a eu aucun cas de rougeole aux T.N.-O. depuis 1992. Entre 1991 et 1992, il y a eu douze cas chez la population des T.N.-O.

7c (iii) L'haemophilus influenzae de type b (invasive) (Hib) (moins de cinq ans)
Avant l'introduction du vaccin contre l'Hib, cette maladie était la principale cause de la méningite bactérienne et l'une des principales cause d'autres maladies invasives graves chez les enfants. Il n'y a eu aucun cas de cette maladie chez les enfants de moins de cinq ans, depuis 1994. Entre 1991 et 1994, il y a eu deux cas d'haemophilus influenzae chez les enfants des T.N.-O.

7d. Prévalence du diabète

Présentement, des données complètes et comparables sur la prévalence du diabète aux T.N.-O. ne sont pas disponibles. Cependant, les T.N.-O. développent actuellement une banque de données dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète. Les données devraient être disponibles lors des futures publications de ce rapport.

[13] Toutes les données des T.N.-O. sur les maladies pouvant être prévenues par un vaccin proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest.
[14] La méningococcie invasive peut causer la méningite bactérienne. Depuis le déclin de l'haemophilus influenzae b en tant que cause de la méningite bactérienne, la méningoccie invasive est devenue la principale cause de cette forme de méningite.
[15] Le sérogroupe C renvoie à la souche particulière de la méningoccie invasive. Il importe d'identifier la souche, car les vaccins sont spécifiques à une souche.

Qualité du service

Les indicateurs de cette catégorie reflètent plusieurs aspects de la qualité du service de santé (p.ex. la pertinence, l'efficacité, la disponibilité). Les indicateurs ne traitent pas de tous les aspects de la qualité du service (p.ex. efficience, sécurité), surtout à cause des données existantes restreintes. Les données pour ces indicateurs sont généralement fondées sur les sources administratives de données spécifiques à chaque province ou territoire.

8 Temps d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement

Présentement, le ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. ne recueille pas de données complètes sur les temps d'attente.

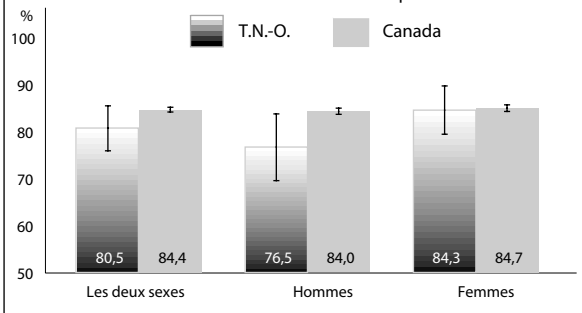
9 Satisfaction des patients

La satisfaction des patients en matière de services de soins de santé est une question pressante à l'échelle du Canada. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, on a demandé aux gens leur avis sur la qualité des services reçus, de même que leur degré de satisfaction en matière de services dans les domaines suivants : a) services de soins de santé dans l'ensemble; b) services reçus dans un hôpital; c) services reçus d'un médecin de famille ou d'un autre médecin; d) services basés dans la communauté. On a posé des questions uniquement à des personnes de 15 ans et plus qui ont reçu un service au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Comme on le voit au tableau 9.1, 80,5 % de la population des T.N.-O. a évalué la qualité des services de santé dans l'ensemble comme étant excellente ou très bonne, par rapport à 84,4 % au Canada. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

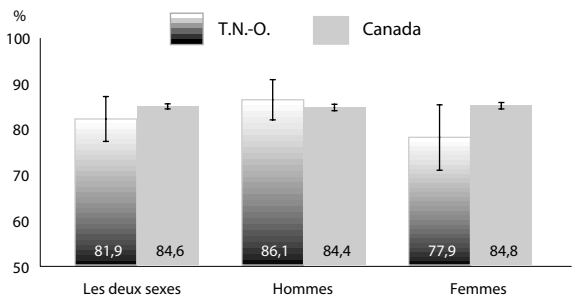
Le tableau 9.2 illustre que lorsqu'on demande aux résidents des T.N.-O. de donner leur degré de satisfaction en ce qui concerne les services de santé dans l'ensemble, 81,9 % ont dit qu'ils étaient très satisfaits ou plutôt satisfait, par rapport à 84,6 % au Canada. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

Figure 9.1
Évaluation par les patients de la qualité générale des services de santé
Pourcentage de personnes qui ont évalué les services comme étant d'excellente ou de très bonne qualité



Source: Statistique Canada.

Figure 9.2
Évaluation par les patients de la qualité générale des services de santé
Pourcentage de personnes qui se sont dites très satisfaites ou plutôt satisfaites de la qualité des services

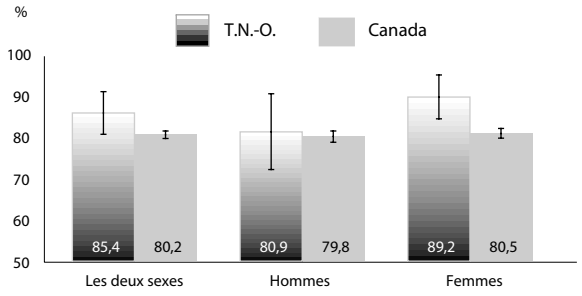


Source: Statistique Canada.

Comme on le voit au tableau 9.3, 85,4 % de la population des T.N.-O. a dit que la qualité des services hospitaliers étaient excellente ou très bonne, par rapport à 80,2 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

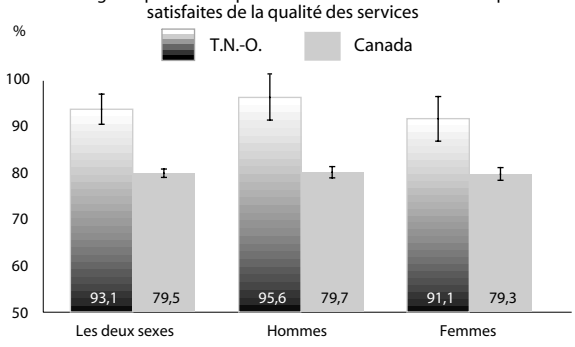
Le tableau 9.4 illustre que lorsqu'on demande aux résidents des T.N.-O. d'exprimer leur satisfaction par rapport aux services hospitaliers, 93,1 % d'entre eux ont dit être très satisfaits ou plutôt satisfaits, par rapport à 79,5 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

Figure 9.3
Évaluation par les patients de la qualité générale des services hospitaliers
Pourcentage de personnes qui ont évalué les services comme étant d'excellente ou de très bonne qualité



Source: Statistique Canada.

Figure 9.4
Évaluation par les patients de la qualité générale des services hospitaliers
Pourcentage de personnes qui se sont dites très satisfaites ou plutôt satisfaites de la qualité des services

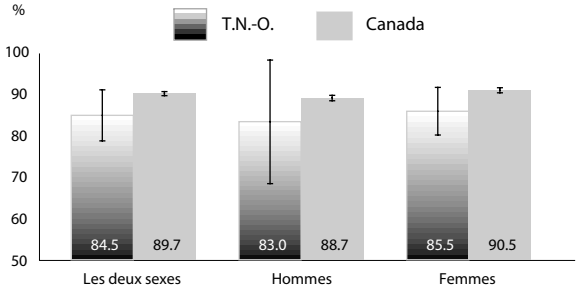


Source: Statistique Canada.

Comme on le voit au tableau 9.5, 84,5 % de la population des T.N.-O. a qualifié les services des médecins comme excellents ou très bons, par rapport à 89,7 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

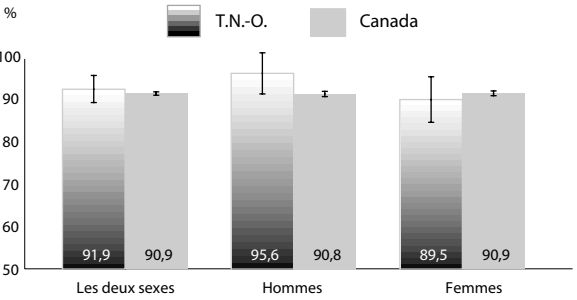
Le tableau 9.6 démontre que lorsqu'on demande aux résidents des T.N.-O. d'exprimer leur degré de satisfaction concernant les services des médecins, 91,9 % se sont dits satisfaits, par rapport à 90,9 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante.

Figure 9.5
Évaluation par les patients de la qualité générale des services des médecins
Pourcentage de personnes qui ont évalué les services comme étant d'excellente ou de très bonne qualité



Source: Statistique Canada.

Figure 9.6
Évaluation par les patients de la qualité générale des services des médecins
Pourcentage de personnes qui se sont dites très satisfaites ou plutôt satisfaites de la qualité des services

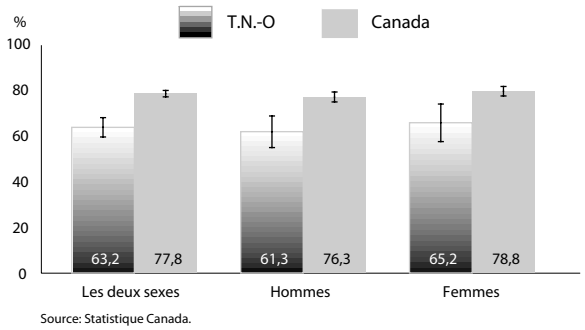


Source: Statistique Canada.

Comme on le voit au tableau 9.7, 63,2 % de la population des T.N.-O. a qualifié les services de santé dans les communautés d'excellents ou très bons, par rapport à 77,8 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada est statistiquement importante.

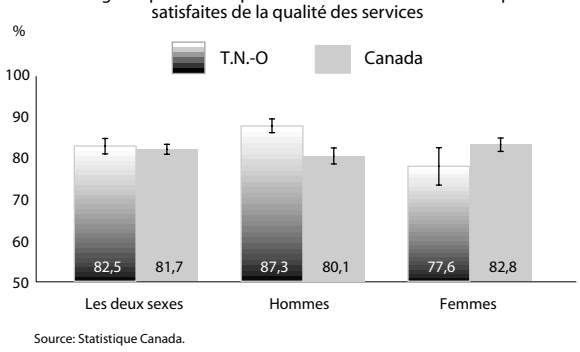
Le tableau 9.8 démontre que lorsqu'on demande aux résidents des T.N.-O. d'exprimer leur degré de satisfaction en ce qui concerne les services de santé basés dans les communautés, 82,5 % se sont dits satisfaits ou plutôt satisfaits, par rapport à 81,7 % des Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada n'est pas statistiquement importante. Pour les T.N.-O., il y a une différence importante entre les sexes, avec 87,3 % d'hommes par rapport à 77,6 % de femmes qui disent être très satisfaits ou plutôt satisfaits.

Figure 9.7
Évaluation par les patients de la qualité générale des services de santé communautaire
Pourcentage de personnes qui ont évalué les services comme étant d'excellente ou de très bonne qualité



Source: Statistique Canada.

Figure 9.8
Évaluation par les patients de la qualité générale des services de santé communautaire
Pourcentage de personnes qui se sont dites très satisfaites ou plutôt satisfaites de la qualité des services



Source: Statistique Canada.

Qualité du service

10 Réadmission à l'hôpital pour une affection donnée

Étant donné la petite population des T.N.-O., et les petits nombres d'admissions, les taux pour ces indicateurs sont trop petits pour les rapporter de façon qui soit fiable.

11 Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Les données concernant cet indicateur ne sont pas disponibles pour les T.N.-O. L'information provient du supplément spécial de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, laquelle couvre les provinces, mais pas les T.N.-O. Dans l'avenir, les T.N.-O. ont l'intention d'être inclus dans cette partie de l'enquête.

12 Soins à domicile et soins communautaires

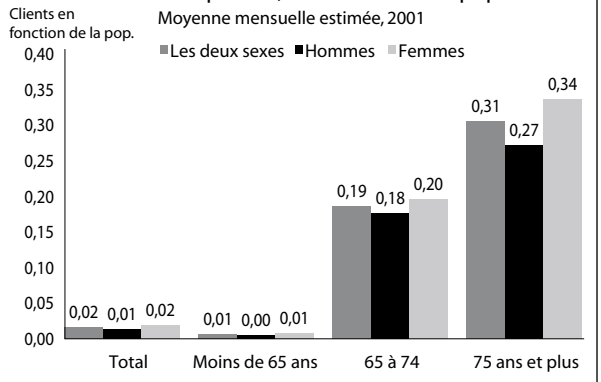
Au cours des dernières années, les gouvernement ont appuyé des programmes pour donner aux gens des services de santé à domicile au lieu de les admettre dans des établissements de soins aigus ou à long terme. Cette tendance présente certains avantages : les gens qui ont besoin de soins sont plus confortables et peuvent préserver leur style de vie et leur indépendance le plus longtemps possible; l'espace dans les établissements peut être réservé à des personnes qui ont de plus grands besoins en matière de santé; les coûts moindres sont souvent associés aux soins à domicile, par rapport aux soins dans les institutions.

12a. Admissions aux programmes de soins à domicile

Les chiffres au tableau 12a sont des estimations basées sur un ensemble de rapports mensuels remis par les administrations des services de santé et des services sociaux des T.N.-O. Les chiffres sont basés sur des moyennes du nombre de clients fourni dans ces rapports mensuels. Le lecteur devrait tenir compte que souvent, certaines collectivités ne rapportent qu'une partie de l'année. Étant donné la nature des estimations, les données fournies dans cette section et la section 12b sont sujettes à des révisions futures.

Les soins à domicile sont souvent utilisés par les personnes âgées, particulièrement les personnes très âgées (75 ans et plus). La moyenne proportionnelle des admissions (admissions divisées par la population) pour 2001, était de 0,02. Cela signifie qu'une moyenne de 2 % des résidents des T.N.-O. ont reçu des soins à domicile en 2001[16]. En fonction du sexe, environ 1 % d'hommes ont été admis, par rapport à 2 % de femmes.

Figure 12a
Admissions aux programmes de soins à domicile financés à même les fonds publics, en fonction de la population



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des T.N.-O.

12b. Admissions aux programmes de soins à domicile, par habitant de 75 ans et plus

Comme on le voit au tableau 12a, la proportion de la population des T.N.-O. qui reçoit des soins à domicile augmente de façon remarquable avec l'âge. En moyenne, 0,31 (ou 31 %) des résidents âgés de 75 ans et plus, au pro rata, ont été admis à des soins à domicile. Quand on examine la question selon le sexe, le tableau varie considérablement, avec 27 % d'hommes, par rapport à 34 % de femmes, ont été admis à des soins à domicile.

12c. Utilisation des soins à domicile

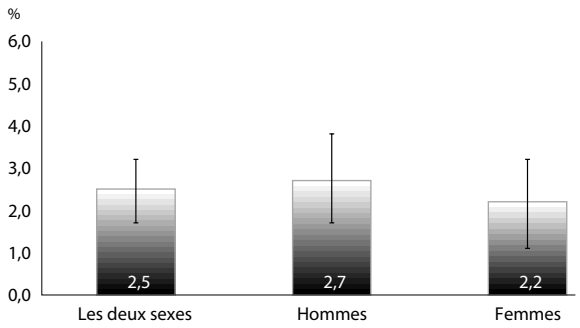
À l'opposé des indicateurs 12a et 12b, l'indicateur 12c tient compte de l'utilisation des soins à domicile et repose sur l'ESCC comme source de données. L'enquête de 2000 et 2001 demandait aux particuliers de 18 ans et plus s'ils avaient reçu l'un ou plusieurs des soins à domicile suivants : des services de ménage, des soins infirmiers ou des services de dépannage à domicile (soins quand le fournisseur de soins régulier donné est absent).

[16] Selon les exigences en matière de rapport du Comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de santé, les données sur les admissions doivent être exprimées en fonction de la population.

Le tableau 12c démontre que 2,5 % de la population de 18 ans et plus a utilisé des soins à domicile en 2000-2001.

Les données de l'ESCC pour cet indicateur sont trop petites pour faire rapport pour tous les groupes d'âge. Cependant, comme on le voit au tableau 12c (Anneze B), l'utilisation des soins à domicile par les personnes âgées de 65 ans et plus peut être rapportée. Environ 20 % des personnes âgées des T.N.-O. ont utilisé un service de soins à domicile. Les données relatives à ce groupe d'âge ont un CV élevé, soit de 20,5, et devraient par conséquent être traitées avec prudence.

Figure 12c
Pourcentage de la population de 18 ans et plus qui reçoit des soiusàdomicile
2000-2001

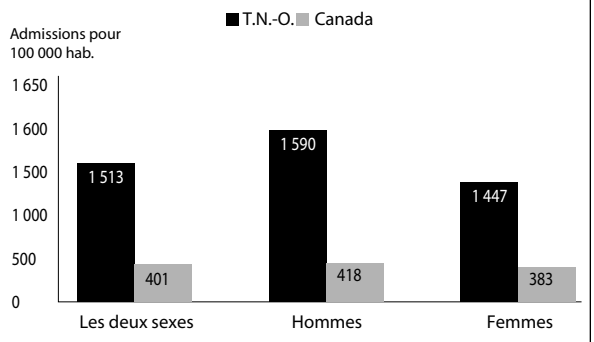


Source: Statistique Canada.

12d. Affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA)

Le taux d'hospitalisation pour les affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA) - conditions qui souvent, pourraient être soignées dans la communauté - est l'un des indicateurs d'accès appropriés aux soins basés sur la communauté. Il y a des conditions de soins de santé à long terme qui souvent, peuvent être gérées par un traitement opportun et efficace dans la communauté, sans hospitalisation. Ces conditions comprennent le diabète, l'asthme, l'alcoolisme, les toxicomanies, la névrose, la dépression, l'hypertension, etc. Même si les soins préventifs, les soins primaires et la gestion communautaire de ces conditions n'élimineront pas toutes les hospitalisations, de telles étapes pourraient en éliminer plusieurs.

Figure 12d
Taux d'hospitalisation, normalisé selon l'âge, pour les affections sensibles aux soins ambulatoires, 1999-2000



Sources : ICIS et Statistique Canada

Les données de cet indicateurs ne sont disponibles pour les T. N.-O. que pour 1999 et 2000[17]. Le taux en fonction de l'âge des affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA) pour les T.N.-O. était de 1 513 hospitalisations pour 100 000. Chez les hommes, le taux était de 1 590 pour 100 000 et chez les femmes, il était de 1 447 pour 100 000.

Par comparaison, dans l'ensemble, le taux au Canada était de 401 hospitalisations pour 100 000. Les différences entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'ASSA, sont statistiquement importantes, chez les deux sexes combinés et chez chaque sexe séparément.

[17] Avant 1999-2000, les données concernant le Nunavut étaient combinées à celles des T.N.-O. Les données relatives à cet indicateur provenaient de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada.

13 Surveillance et protection de la santé publique[18]

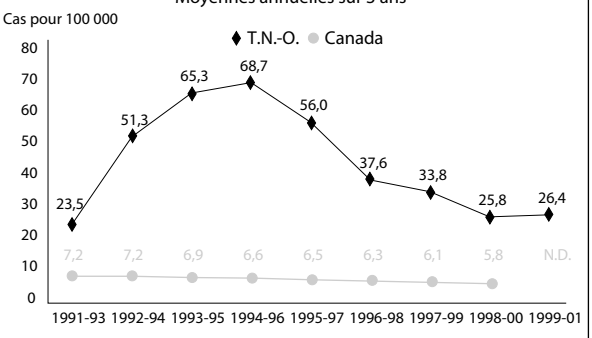
Quatre maladies à déclaration obligatoire sont rapportées dans cette section (la tuberculose, le VIH, l'E coli vérotoxine et la chlamydiose), de même que l'exposition déclarée par l'intéressé à la fumée secondaire. Ces quatre maladies fournissent un échantillonnage représentatif de maladies couvrant les quatre domaines : maladies transmissibles par l'eau, par la nourriture, par l'air, par les relations sexuelles ou par l'usage de drogues injectables. L'exposition déclarée par une personne à la fumée secondaire reflète l'efficacité du système de santé publique à protéger les non-fumeurs contre l'exposition à la fumée secondaire dans les endroits publics et au travail.

13a. Tuberculose (pulmonaire)[19]

La tuberculose constitue un important problème de santé publique qui a pris de plus en plus d'ampleur au cours des dernières années. L'incidente de la tuberculose est reliée aux groupes à hauts risques, comme les nouveaux immigrants, les communautés des Premières nations et les gens infectés par le VIH. La multirésistance aux médicaments est également un problème qui se présente.

Il y a peu de cas de tuberculose aux T.N.-O. Entre 1991 et 2001, il y a eu 172 cas de tuberculose pulmonaire rapportés aux T.N.-O., soit environ 16 cas par année.

Figure 13a
Taux d'incidence de la tuberculose (pulmonaire)
Moyennes annuelles sur 3 ans



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

Comme on peut le voir au tableau 13a, aux T.N.-O., entre 1991 et 1993, il y a eu en moyenne 23,5 cas de tuberculose pulmonaire pour 100 000 habitants, et une moyenne de 26,4 cas pour 100 000, entre 1999 et 2001. Par comparaison, au Canada, la moyenne était de 7,2 cas pour 100 000 entre 1991 et 1993, et de 5,8 cas pour 100 000, entre 1998 et 2000. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la tuberculose, est statistiquement importante entre 1998 et 2000.

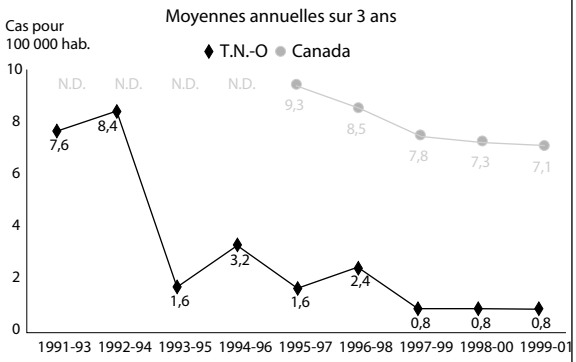
Au total, entre 1991 et 2001, il y a eu 172 cas de tuberculose pulmonaire rapportés aux T.N.-O.

13b. VIH

La plupart des infections au VIH sont transmises sexuellement, faisant du taux d'infections au VIH un indicateur possible de comportements sexuels à haut risque. En général, le taux de diminution des nouvelles infections au VIH a ralenti, et s'est peut-être même inversé au Canada. Aux T.N.-O., cependant, c'est très difficile de fournir une tendance concernant le VIH, était donné les petits nombres.

Le tableau 13b illustre l'incidence des infections au VIH au Canada. Aux T.N.-O., il y a eu en moyenne 7,6 nouveaux cas pour 100 000 entre 1991 et 1993 et 0,8 nouveaux cas pour 100 000 entre 1999 et 2001. Par comparaison, la moyenne canadienne était de 7,1

Figure 13b
Taux d'incidence du VIH
Moyennes annuelles sur 3 ans



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

[18] Les données des T.N.-O. concernant les indicateurs 13a à 13d provenaient du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. (maladies), du Bureau de la statistique des T.N.-O. et de Statistique Canada (prévisions démographiques). Les données canadiennes provenaient de Santé Canada (maladies) et de Statistique Canada (prévisions démographiques). Les données des T.N.-O. concernant les indicateurs 13a, 13c et 13d sont sujettes à de futures révisions. Les données canadiennes concernant l'indicateur 13a sont préliminaires pour l'année 2000 et sont sujettes à de futures révisions; les données canadiennes pour les indicateurs 13c et 13d sont préliminaires pour les années 2000 et 2001 et sujettes à de futures révisions.

[19] Seule la tuberculose pulmonaire est incluse, conformément aux exigences en matière de rapport du Comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de santé.

nouveaux cas d'infection au VIH pour 100 000 entre 1999 et 2001.La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne le VIH, n'est pas statistiquement importante entre 1999 et 2001.

Au total, entre 1991 et 2001, il y a eu 15 cas de VIH rapportés aux T.N.-O.

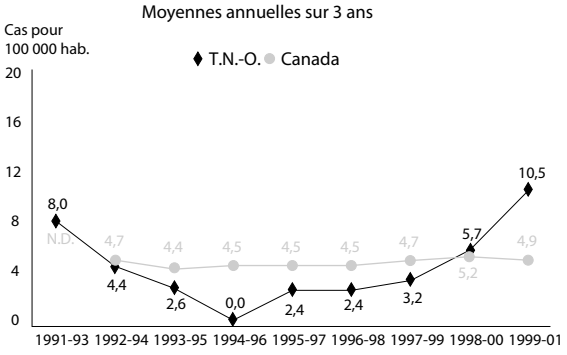
13c. E. coli vérotoxine[20]

L'E. coli vérotoxine peut être considéré comme un indicateur approximatif de maladie transmise par les aliments.

Comme on peut le voir au tableau 13c, aux T.N.-O., entre 1991 et 1993, il y a eu une moyenne de 8 cas d'E. coli rapportés, pour 100 000 habitants, et une moyenne de 10,5 cas pour 100 000, entre 1999 et 2001. Le taux au Canada était en moyenne de 4,7 cas pour 100 000, entre 1992 et 1994, et de 4,9 cas pour 100 000, entre 1999 et 2001. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne l'E. coli, n'est pas statistiquement importante entre 1999 et 2001.

Au total, entre 1991 et 2001, il y a eu 25 cas d'E. coli rapportés aux T.N.-O.

Figure 13c
Taux d'incidence de l'E. coli vérotoxine
Moyennes annuelles sur 3 ans



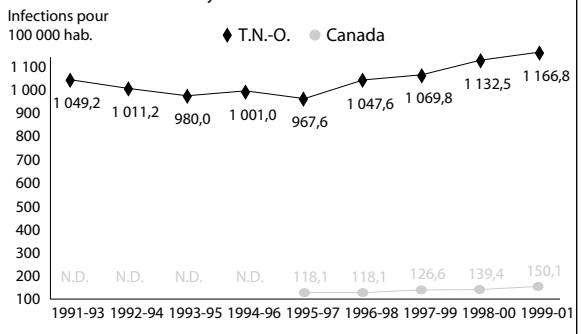
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

13d. Chlamydiose

La chlamydiose est une maladie courante transmise sexuellement, qui peut entraîner l'infertilité et la grossesse extra-utérine chez la femme. Les hauts taux d'incidence par rapport aux autres maladies sexuellement transmissibles indiquent que la chlamydiose est un indicateur très sensible du changement dans les comportements à risque et reflète l'efficacité des programmes de prévention primaires et secondaires.

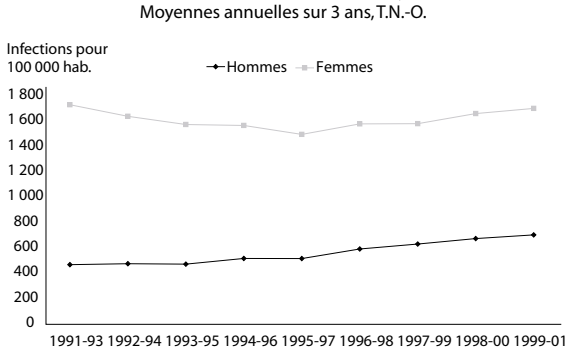
Contrairement à la tuberculose, au VIH et au E. coli, il y a un grand nombre de cas de chlamydia rapportés chaque année aux T.N.-O. La plupart de ces cas se manifestent chez les personnes âgées entre 15 et 24 ans, plus souvent chez les femmes que les hommes.

Figure 13d.1
Taux d'incidence de la chlamydiose
Moyennes annuelles sur 3 ans



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

Figure 13d.2
Taux d'incidence de la chlamydiose
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

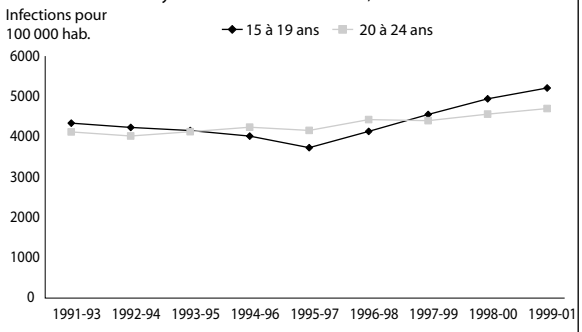


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

[20] L'E. coli vérotoxine est une maladie transmise par les aliments et l'eau qui peut rendre extrêmement malade et même, dans certains cas, causer la mort.

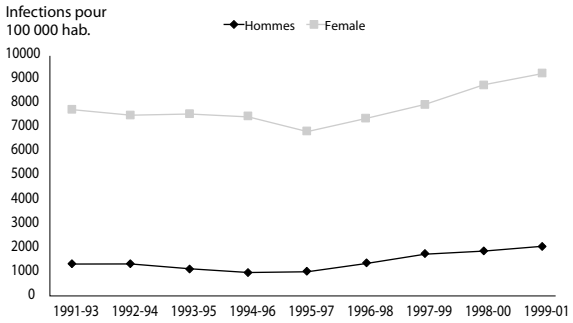
Comme on le voit au tableau 13d.1, le taux de chlamydia a augmenté, passant de 1 049,2 cas pour 100 000, de 1991 à 1993, à 1 166, 8 cas pour 100 000, de 1999 à 2001. Le taux de chlamydia a baissé vers le milieu des années 1990, pour ensuite augmenter sans cesse après la période de 1995 à 1997. Par comparaison, l'incidence moyenne de chlamydia dans la population canadienne, entre 1999 et 2001, était de 150,1 cas pour 100 000 habitants. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne la chlamydiose, est statistiquement importante entre 1999 et 2001.[21]

Figure 13d.3
Taux d'incidence de la chlamydiose – Groupes d'âge : 15 à 19 ans et 20 à 24 ans
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

Figure 13d.4
Taux d'incidence de la chlamydiose – Groupe des 15 à 19 ans
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.

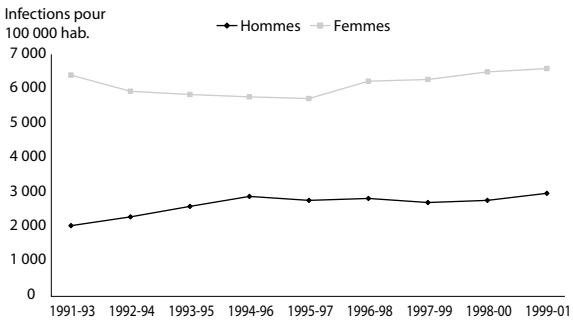


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

Le taux de chlamydia chez les femmes a diminué, en quelque sorte, entre la période de 1991 et 1993 et celle de 1999 et 2001. Comme on peut le voir au tableau 13d.2, le taux était de 1 712,6 cas pour 100 000, de 1991 à 1993, et a chuté à 1 478,3 pour 100 000, entre 1995 et 1997[21], pour remonter à nouveau à 1 683,3 pour 100 000, entre 1999 et 2001. Chez les hommes, la tendance était une augmentation constante sur la période de onze ans, passant de 450,2 à 685,1 cas pour 100 000.

Le tableau 13d.3 illustre le taux d'incidence de chlamydia chez les deux groupes les plus à risque, selon l'âge. Entre 1991 et 1993, et entre 1999 et 2001, le taux pour les personnes âgées entre 15 et 19 ans a augmenté, passant de 4 340,2 à 5 214,5 cas pour 100 000. Chez les personnes âgées entre 20 et 24 ans, le taux a augmenté, passant de 4 120,5 cas à 4 702,3 cas pour 100 000, au cours de la même période.

Figure 13d.5
Taux d'incidence de la chlamydiose – Groupe des 20 à 24 ans
Moyennes annuelles sur 3 ans, T.N.-O.



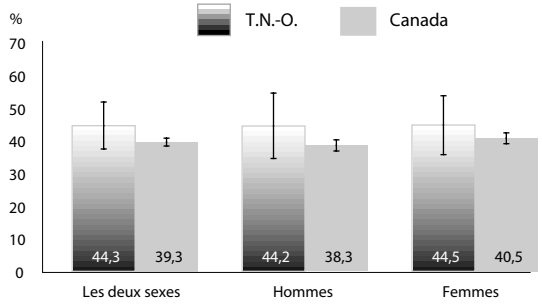
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O., Statistique Canada et Santé Canada.

Le tableau 13d.4 illustre le taux d'incidence du chlamydia chez les personnes de 15 à 19 ans, selon le sexe. En moyenne, les femmes de ce groupe d'âge avait un taux de chlamydia six fois plus élevé que les hommes du même groupe d'âge. Chez les deux sexes, les taux ont augmenté entre 1991 et 1993 et entre 1999 et 2001.

Le tableau 13d.5 illustre l'incidence de chlamydia pour les personnes âgées entre 20 et 24 ans, selon le sexe. L'écart entre les hommes et les femmes diminue, en quelque sorte, par rapport à la tranche des 15 à 19 ans. Cependant, les femmes demeurent encore beaucoup plus à risque, avec des taux 2,5 fois plus élevés que chez les hommes. Selon le tableau 13d.5, le taux a augmenté chez les deux sexes, entre la période 1991 à 1993 et celle entre 1999 et 2001. L'accroissement chez les femmes (6 361,6 à 6 550,2 cas pour 100 000) a été relativement minime quand on le compare à celui des hommes (1 985,9 à 2 925,5 cas pour 100 000 habitants).

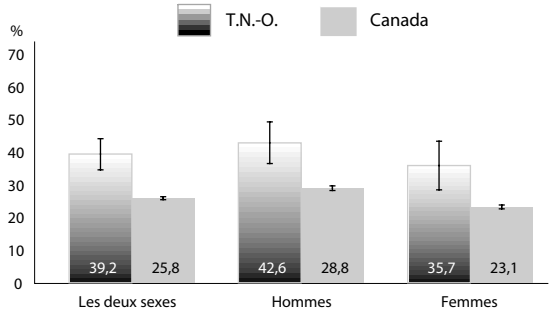
[21] Un nouveau test diagnostique (test d'amplification de l'acide nucléique) introduit en 1997 peut initialement avoir contribué en partie à l'augmentation de l'incidence de la maladie. Toutefois, puisque le taux d'incidence du chlamydia continue d'augmenter, on peut supposer qu'il y a maintenant plus de cas et que nous n'observons plus les effets du nouve au test .

Figure 13e.1
Exposition à la fumée secondaire
Groupe d'âge : 12 à 19 ans, 2000-2001



Source: Statistique Canada.

Figure 13e.2
Exposition à la fumée secondaire
Groupe d'âge : 20 ans et plus, 2000-2001



Source: Statistique Canada.

13e. Exposition à la fumée secondaire

La relation entre la fumée secondaire et les effets nocifs sur la santé est bien documentée. En plus d'être un irritant connu de la muqueuse, l'exposition à la fumée secondaire est liée à la mortalité par cancer du poumon et par maladie vasculaire cérébral. La fumée secondaire a de graves conséquences chez les enfants : les mères qui fument portent des enfants qui ont un faible poids à la naissance; les enfants qui vivent dans un foyer où on fume sont exposés à la fumée secondaire et ont des taux plus élevés d'asthme et de problèmes de l'appareil respiratoire. En général, il y a une forte indication qu'il existe un lien entre l'exposition à la fumée secondaire et la maladie respiratoire.

Dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux répondants à l'enquête qui étaient non fumeurs de parler de leur exposition à la fumée secondaire au cours du mois qui a précédé l'enquête. Le tableau 13e.1 démontre que 44,3 % des personnes de 12 à 19 ans qui ont répondu à l'enquête aux T.N.-O. avaient été exposées à la fumée secondaire, par rapport à 39,3 %, chez les Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour les personnes âgées entre 12 et 19 ans, n'est pas statistiquement importante. Le tableau 13e.2 démontre que 39,2 % des résidents des T.N.-O. âgés de 20 ans et plus avaient été exposés à la fumée secondaire, par rapport à 25,8 % chez les Canadiens. La différence entre les T.N.-O. et le Canada, pour les personnes âgées de 20 ans et plus, est statistiquement importante.

14 Promotion de la santé et prévention des maladies

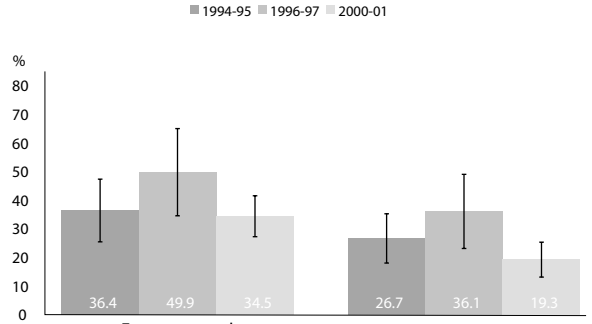
14a. Tabagisme

Le tabagisme est l'une des principales causes de maladies et de décès évitables. Aux T.N.-O., la plupart des gens qui ont fumé toute leur vie ont commencé à fumer quand ils avaient 18 ans.[22]

Le tableau 14a.1 démontre le pourcentage des personnes âgées entre 12 et 19 ans, au moment de l'enquête, qui fumaient (tous les jours ou à l'occasion). La proportion des fumeurs qui fumaient au moment où une enquête était effectuée ou tous les jours a grimpé et baissé, au cours de la période couverte par les trois enquêtes.[23] Cependant, les différences entre les résultats de chaque enquête ne sont pas statistiquement importantes. L'un des problèmes évidents ici est le petit nombre de l'échantillonnage des enquêtes de 1994-1995 et de 1996-1997. Dans chaque cas, le lecteur devrait interpréter les résultats avec prudence. Par contre, l'enquête de 2000-2001 avait un plus gros échantillonnage, et les résultats ont un intervalle de confiance moins grand de même qu'un coefficient de variation plus bas que dans les deux précédentes enquêtes.

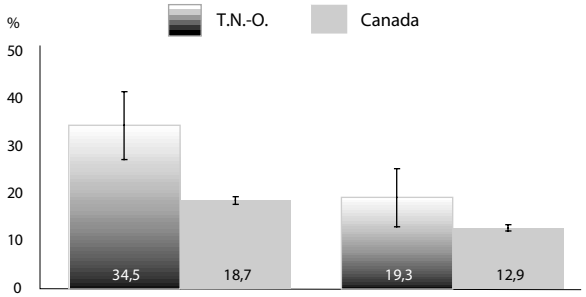
En 2000-2001, presque 35 % des personnes âgées de 12 à 19 ans ont dit fumer; 19 % d'entre elles fument tous les jours, par rapport à 18,7 % et 12,9 % respectivement pour les personnes du même âge au Canada. Les différences entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne les personnes qui fument, sont statistiquement importantes. Cependant, la différence entre les T.N.-O. et le Canada, en ce qui concerne les personnes qui fument tous les jours, n'est pas statistiquement importante.

Figure 14a.1
Fumeurs, selon le type – 12 à 19 ans



Source: Statistique Canada.

Figure 14a.2
Fumeurs, selon le type – 12 à 19 ans
2000-01



Source: Statistique Canada.

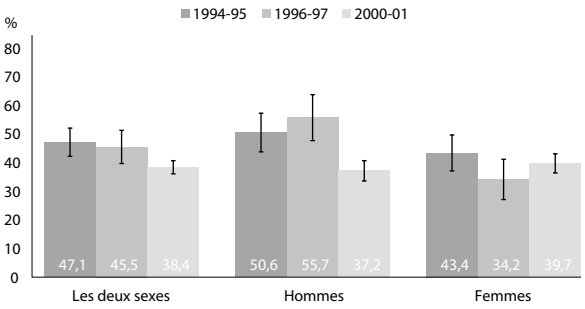
14b. Activité physique

L'activité physique est associée à tout un éventail d'avantages pour la santé. De nombreuses études démontrent que l'activité physique confère d'importants avantages pour le cœur et que l'inactivité est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiaques. Cette conclusion a été prouvée dans l'Enquête sur l'état de santé de la population; on constate également que les personnes actives physiquement sont moins susceptibles de faire une dépression.
Le tableau 14b.1 illustre les résultats des trois enquêtes, pour des tranches de la population, de douze ans et plus, qui étaient modérément actives[24] ou actives. On a posé aux gens une série de questions sur leur engagement face

[22] Alerte au tabagisme, avril 2001, ministère de la Santé et des Services sociaux.
[23] Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, années 1994-1995 et 1996-1997. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.
[24] Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, années 1994-1995 et 1996-1997. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001.

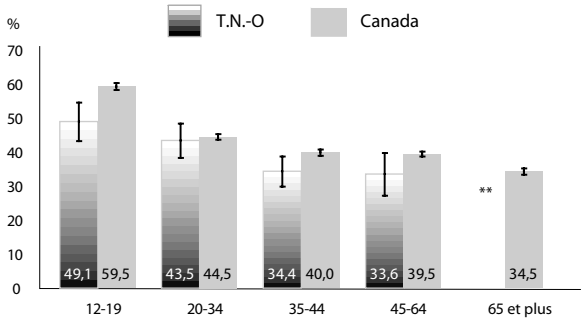
à l'activité physique et leurs réponses ont été utilisées pour calculer un index d'activité physique. En 1994-1995, 47,1 % de la population des T.N.-O. était modérément active ou active; ces chiffres ont baissé à 38,4 % en 2000-2001. Cette baisse était plus grande chez les hommes, soit de 50,6 % à 37,2 %. La baisse dans les niveaux d'activité de la population dans son ensemble en 1994 et 1995 et en 2000 et 2001 est statistiquement importante[25]. La baisse de l'activité chez les hommes est également statistiquement importante. Cependant, la baisse chez les femmes n'est pas statistiquement importante.

Figure 14b.1
Pourcentage de personnes modérément actives ou actives
12 ans et plus



Source: Statistique Canada.

Figure 14b.2
Pourcentage de personnes modérément actives ou actives, selon le groupe d'âge
2000-01



Source: Statistique Canada.

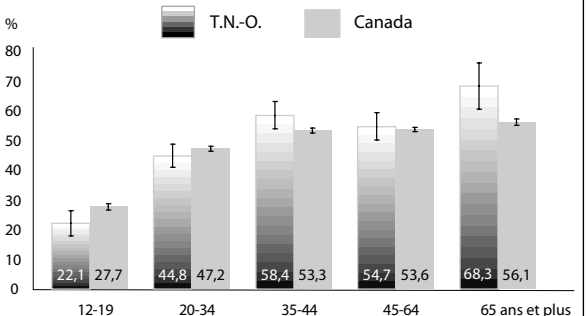
Le tableau 14b.2 fournit une comparaison pour 2000-2001 entre les résidents des T.N.-O. et du Canada, selon l'âge, considérés comme étant modérément actifs ou actifs. Des différences statistiquement importantes, entre les T.N.-O. et le Canada, se manifestent chez les jeunes de 12 à 19 ans, et chez les adultes, de 45 à 64 ans. Dans les deux cas, les groupes d'âge aux T.N.-O. ont des niveaux d'activité plus bas que chez leurs pairs à l'échelle nationale.

Le tableau 14b.3 illustre le pourcentage de la population considérée comme étant inactive, selon les trois enquêtes. En 1994-1995, 52,9 % de la population des T.N.-O. était considérée comme inactive, par rapport à 47,8 %, en 2000-2001. La baisse dans l'inactivité n'est pas importante. Chez les femmes, il y a une baisse statistiquement importante entre 1996-1997 et 2000-2001, le pourcentage d'inactivité passant de 63,9 % à 50,4 %. Il faut noter le fait que les résultats de 2000-2001 comptaient un grand pourcentage (environ 14 %) des

Figure 14b.3
Pourcentage de personnes inactives
12 ans et plus

Source: Statistique Canada.

Figure 14b.4
Pourcentage de personnes inactives,
selon le groupe d'âge
2000-01



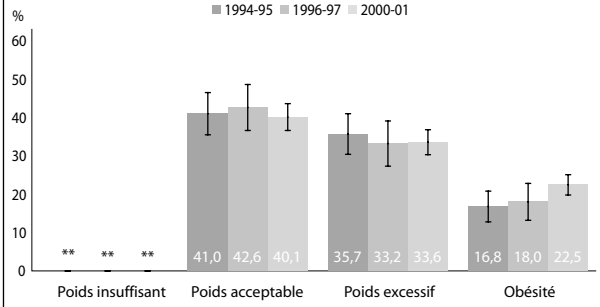
Source: Statistics Canada.

[25] Il est à noter que l'enquête de 2000-2001 était basée sur un échantillon différent de celui des deux enquêtes précédentes. Il se peut que la différence notée soit attribuable à des techniques d'échantillonnage différentes plutôt qu'aux taux réels.

personnes qui ont répondu à l'enquête n'ont pas répondu aux questions sur l'activité physique. Par contre, les taux de questions restées sans réponse pour l'enquête de 1994 et 1995 et celle de 1996 et 1997, était si petit que les valeurs ont dû être supprimées.

Le tableau 14b.4 fournit une comparaison pour la période de 2000-2001 entre les résidents des T.N.-O. et du Canada, selon l'âge, considérés comme inactifs. Des différences statistiquement importantes, entre les T.N.-O. et le Canada, se manifestent chez les jeunes, entre 12 et 19 ans, chez les adultes entre 35 et 44 ans, et chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les résidents des T.N.-O. entre 35 et 44 ans et de 65 ans et plus avaient des taux d'inactivité plus élevés que leurs pairs, au national. Cependant, chez les jeunes entre 12 et 19 ans, les taux d'inactivité étaient plus bas que chez les jeunes au national.

Figure 14c.1
Poids corporel – Pourcentage de la population par l'indice de masse corporelle
Les deux sexes, 12 ans et plus

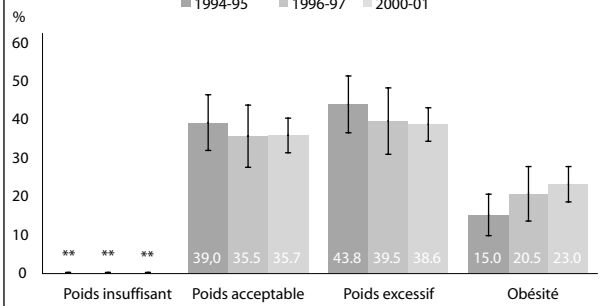


Source: Statistique Canada.

14c. Poids corporel

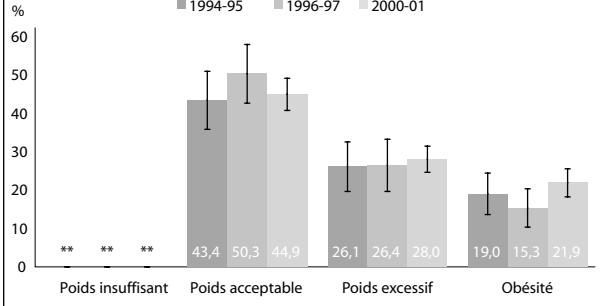
L'obésité a été identifiée comme un facteur de risque majeur pour un certain nombre de maladies chroniques, comme le diabète et les maladies cardiaques. L'indice de masse corporelle (IMC) est la méthode la plus courante pour déterminer si le poids d'une personne est à un bon niveau. L'IMC est basé sur la taille et le poids fournis par la personne, et calculé pour les personnes âgées entre 20 et 64 ans, à l'exception des femmes enceintes.[26]

Figure 14c.2
Poids corporel – Pourcentage de la population par l'indice de masse corporelle
Hommes, 12 ans et plus



Note : **Les données ont été supprimées.
Source : Statistique Canada

Figure 14c.3
Poids corporel – Pourcentage de la population par l'indice de masse corporelle
Femmes, 12 ans et plus



Source: Statistique Canada.

Le tableau 14c.1 illustre l'IMC en fonction de la population des T.N.-O. en quatre catégories : personnes présentant un poids insuffisant, un poids acceptable, un poids excessif et obésité. Il n'y a pas de changement important, au cours des trois enquêtes sur trois ans, dans l'une ou l'autre des catégories.

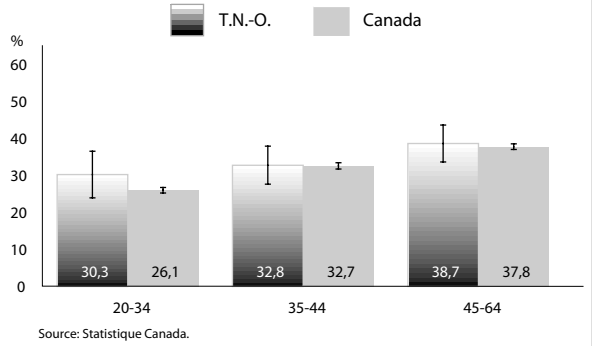
Les tableaux 14c.2 et 14c.3 illustrent l'IMC en proportion de la population d'hommes et de femmes des T.N.-O., respectivement. Il n'y a pas de changement important, au cours des trois années, ni pour l'un ni pour l'autre des sexes, dans l'une ou l'autre des catégories d'IMC.

[26] Étant donné que le taux de croissance est différent chez les personnes de moins de 20 ans, l'indice de masse corporelle standard n'est pas considéré comme un indicateur approprié pour ce groupe d'âge. Les résultats indiqués sont basés sur la taille et le poids fournis par la personne et il est possible que ces données ne soient pas toujours fiables.

Le tableau 14c.4 compare le pourcentage de la population des T.N.-O. et celle du Canada, ayant un excès de poids, par groupes d'âge. Il n'y a pas de différences importantes dans le pourcentage de la population ayant un excès de poids entre les T.N.-O. et le Canada, dans les différents groupes d'âge.

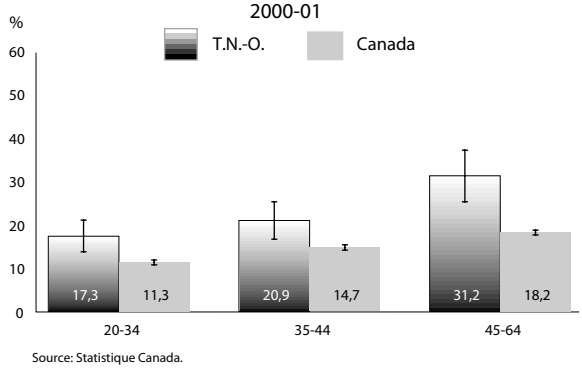
Le tableau 14c.5 compare le pourcentage de la population obèse aux T.N.-O. à celle du Canada, par groupe d'âge. Dans les trois groupes d'âge, les T.N.-O. ont un pourcentage vraiment plus élevé de la population considérée obèse, par rapport au Canada : 17,3 par rapport à 11,3 % chez les 20 à 34 ans; 20,9 % par rapport à 14,7 %, chez les 35 à 44 ans; 31,2 % à 18,2 %, chez les 45 à 64 ans.

Figure 14c.4
Pourcentage de la population ayant un excès de poids, selon le groupe d'âge
2000-01



Source: Statistique Canada.

Figure 14c.5
Pourcentage de la population souffrant d'obésité, selon le groupe d'âge
2000-01



Source: Statistique Canada.

14d. Vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Les données pour cet indicateur n'étaient pas disponibles pour les T.N.-O. Même si la question a été posée aux résidents des T.N.-O., dans le cadre de l'ESCC de 2000-2001, les résultats étaient basés sur un échantillonnage trop petit pour faire rapport sur les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Conclusion

Ce rapport donne une perspective sur la santé des gens des Territoires du Nord-Ouest et sur leur système de soins de santé. Le rapport a été fait pour respecter l'engagement pris par les premiers ministres de fournir des rapports de façon régulière sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes, sur les résultats en matière de santé et la qualité des services. Les indicateurs choisis pour ce rapport ont été déterminés par le comité d'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats, en collaboration avec les provinces et territoires, et visent à fournir un ensemble de données comparables à l'échelle du pays.

On prévient le lecteur de ne pas tirer trop de conclusions d'après ce premier rapport. Même si les données sont présentées de façon standardisée, les chiffres relativement bas des cas actuels de maladies spécifiques, et l'échantillonnage relativement bas pour les données des enquêtes peuvent rendre difficile les comparaisons valables. De plus, étant donné que les séries de données ne commencent en général qu'en 1990, cela complique la détection des tendances pour l'instant.

Dans l'ensemble, le rapport entérine la nécessité de continuer les projets de promotion de la santé et de prévention des maladies. Même s'il y a plusieurs constats positifs, il y a également bon nombre de défis à relever.

Nous avons l'intention de préparer un rapport du genre tous les deux ans. Cela permettra de compléter le rapport sur l'état de santé de la population des T.N.-O. et le rapport sur les services de santé des T.N.-O., lesquels sont publiés tous les trois ans. Ensemble, ces rapports reflètent l'engagement d'informer les résidents des T.N.-O. sur le système de soins de santé et son impact sur leur santé et leur bien-être.

Annexe A

Communiqué sur la santé pour la réunion des Premiers ministres

COMMUNIQUÉ

Réunion des Premiers ministres
Ottawa (Ontario) - le 11 septembre 2000

COMMUNIQUÉ SUR LA SANTÉ POUR LA RÉUNION DES PREMIERS MINISTRES

OTTAWA - Le 11 septembre 2000

Rien dans ce document ne sera interprété d'une façon qui dérogerait aux compétences des gouvernements respectifs. La vision, les principes, le plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé, l'imputabilité claire et la collaboration devront être interprétés dans le respect complet des compétences de chaque gouvernement.

Vision

La vision des premiers ministres quant à la santé est la suivante:

Les Canadiens et les Canadiennes disposeront de services de santé financés par les fonds publics, qui offrent des soins de santé de qualité et qui font la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens et des Canadiennes de manière efficiente et équitable.

Les premiers ministres croient que les principaux objectifs du système de santé au Canada sont les suivants : préserver, protéger et améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes; s'assurer que, partout au Canada, les Canadiens et les Canadiennes ont accès, dans des délais raisonnables, à une gamme de services de santé appropriés, intégrés et efficaces, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité à payer; assurer sa permanence afin de garantir que les services de santé seront disponibles lorsque les Canadiens et Canadiennes en auront besoin dans l'avenir.

Par conséquent, le système de santé au Canada intégrera mieux les soins hospitaliers, primaires, communautaires et à domicile, accordera plus d'importance à la protection et la promotion de la santé et assurera une diffusion plus efficace de l'information au sein des administrations et entre celles-ci.

Les premiers ministres s'engagent à renforcer et à renouveler les services de soins de santé publique du Canada en partenariat et en collaboration. Compte tenu de leurs responsabilités constitutionnelles, les gouvernements provinciaux et territoriaux tiennent le rôle principal en ce qui concerne la conception, la gestion et le financement des services de santé sur leurs territoires.

Principes

Pour atteindre ces objectifs, les premiers ministres formulent les engagements suivants en matière de santé. Leurs gouvernements vont :

- appuyer les principes d'universalité, d'intégralité, de transférabilité et d'administration publique pour les services médicaux et hospitaliers assurés;
- continuer à renouveler les services de santé en collaborant avec les autres gouvernements, les communautés, les fournisseurs de services et les Canadiens et les Canadiennes;
- favoriser les services publics, les programmes et les politiques qui, au-delà des soins et des traitements, contribuent de manière essentielle à la santé et au mieux-être des Canadiens et Canadiennes;

- continuer de tenir compte des priorités clés pour le renouvellement des soins de santé et soutenir les innovations afin de répondre aux besoins actuels et nouveaux des Canadiens et Canadiennes;

- accroître le partage d'information sur les meilleures pratiques et ainsi contribuer à améliorer constamment la qualité et l'efficience de leurs services de santé;

- faire rapport régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur leur état de santé, sur les résultats en matière de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics et sur les mesures prises pour améliorer ces services;

- travailler en collaboration avec les Autochtones, leurs organisations et les gouvernements afin d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé

En misant sur les initiatives de renouveau déjà en cours, les premiers ministres conviennent de collaborer à l'égard des priorités précises suivantes afin que chaque gouvernement puisse assumer ses responsabilités en matière de santé de façon plus efficace :

1. Accès aux soins

Les gouvernement provinciaux et territoriaux conviennent de travailler en vue d'étendre l'accès en temps opportun aux services de santé qui revêtent la plus grande importance pour les Canadiens et Canadiennes et d'en améliorer la qualité.

2. Promotion de la santé et mieux-être

Tous les gouvernements ont lancé des campagnes d'éducation et des stratégies pour prévenir les maladies. Les premiers ministres se sont engagés à renforcer leurs investissements et leurs engagements dans ce domaine, y compris l'élaboration de stratégies et de politiques qui tiennent compte des déterminants de la santé et améliorent la prévention des maladies et la santé publique. Ceci appuiera la priorité commune du développement de la petite enfance.

3. Services de soins de santé appropriés - soins de santé primaires

Toutes les administrations ont utilisé avec succès des modèles innovateurs de soins primaires renouvelés, ce qui a entraîné de meilleurs résultats en matière de santé, un meilleur accès, une satisfaction accrue des fournisseurs de soins de santé et une diminution de la pression exercée sur d'autres secteurs, tels que les salles d'urgence. les premiers ministres conviennent que l'amélioration des soins primaires est essentielle au renouvellement des services de santé. Les gouvernements se sont engagés à veiller à ce que les Canadiens et Canadiennes reçoivent les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié, à l'endroit le plus approprié.

Les premiers ministres continueront de mettre la réforme des soins primaires en tête des priorités. Ils conviennent d'accélérer le renouveau des soins de santé primaires. Ils conviennent notamment de travailler à l'établissement d'un accès en temps opportun aux services autres que les services d'urgence onéreux.

Compte tenu du besoin de souplesse ainsi que des besoins particuliers et des circonstances propres à chaque gouvernement, les premiers ministres conviennent de favoriser l'établissement d'équipes interdisciplinaires de soins primaires qui représentent, pour les Canadiens et Canadiennes, le premier contact avec le système de santé. Ces équipes s'occuperaient aussi de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures et d'une meilleure gestion des maladies chroniques. Les premiers ministres conviennent que leurs gouvernements travailleront de concert avec les professionnels de la santé pour améliorer les soins de santé primaires et les intégrer à d'autres éléments du système de soins de santé.

4. Le nombre de médecins, infirmiers et infirmières et autres professionnels de la santé

L'objectif sur lequel s'entendent les provinces et territoires est de faire en sorte que chaque gouvernement ou administration puisse compter sur les compétences requises pour dispenser les soins et les services de santé appropriés. Leurs gouvernements conviennent de coordonner les efforts visant à optimiser le nombre de médecins, d'infirmiers et infirmières et autres professionnels de la santé afin d'assurer aux Canadiens et Canadiennes un accès, dans les délais raisonnables, aux services de santé dont ils ont besoin, peu importe l'endroit où ils vivent. Leurs gouvernements travailleront également ensemble pour améliorer l'éducation, la formation, le recrutement et la rétention de nos futurs travailleurs de la santé. Les premiers ministres demandent également à leurs ministres de la Santé de collaborer afin d'identifier des approches qui peuvent améliorer les conditions de vie au travail, par exemple : des conditions de travail flexibles et l'éducation continue.

5. Soins à domicile et soins communautaires

Les soins prolongés et à domicile sont une composante essentielle du continuum des services de santé. Les gouvernement développent des programmes de soins à domicile et de soins communautaires, qui comptent parmi les services de santé qui ont la plus forte croissance.
Les provinces et territoires s'engagent à intensifier l'investissement dans les soins à domicile et les soins communautaires qui sont les éléments essentiels d'une plus grande intégration du système de soins de santé.

6. Gestion des produits pharmaceutiques

Pour faire en sorte que les Canadiens et Canadiennes continuent d'avoir accès à des médicaments nouveaux, appropriés et efficients, les premiers ministres ont convenu de travailler ensemble et demandent à leurs ministres de la Santé d'élaborer des stratégies pour évaluer le rapport coûts-bénéfices des médicaments d'ordonnance. Ces stratégies pourraient inclure la création d'un processus consultatif intergouvernemental commun pour évaluer les médicaments susceptibles d'être inclus dans les régimes d'assurance-médicaments des gouvernements. Ces stratégies seront alimentées par un examen des meilleures pratiques en cours et comporteront un examen de divers moyens d'aborder la question des coûts d'achat des médicaments. Le gouvernement fédéral renforcera la surveillance des effets thérapeutiques des médicaments sur les Canadiens et Canadiennes une fois qu'ils ont été approuvés pour la vente au Canada. Cela compléterait le travail en cours afin d'assurer l'utilisation optimale des produits pharmaceutiques dans les soins de santé.

7. Information sur la santé et la technologie des communications

Au cours des dernières années, tous les gouvernements ont fait des investissements majeurs dans la technologie relative à l'information sur la santé afin d'améliorer les soins et la gestion de leur système de santé. *Les premiers ministres* conviennent de travailler ensemble afin de renforcer une infostructure *de la santé à l'échelle du Canada qui améliorera la qualité, l'accès et l'opportunité des soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes. Les premiers ministres* s'engagent aussi à développer les dossiers de santé électroniques et à utiliser davantage leurs technologies, comme la télésanté, au cours des quelques prochaines années. Les gouvernements continueront de collaborer afin de définir des normes relatives aux données communes pour assurer la comptabilité des réseaux d'information sur la santé. Ceci conduira à une prestation des services de santé plus intégrée. Les gouvernements assureront aussi la stricte protection de la confidentialité et de la sécurité des renseignements personnels sur la santé.

8. Équipement et infrastructure de la santé

Tenant compte des besoins des Canadiens et Canadiennes et des communautés, *les premiers ministres* s'engagent à investir dans l'équipement, les nouvelles technologies et les installations nécessaires au soutien et au renouvellement des services de santé afin d'accroître pour les Canadiens et Canadiennes l'accessibilité, dans des délais raisonnables, aux services préventifs, diagnostiques et de traitement appropriés par l'entremise du régime de santé publique.

Imputabilité claire - reddition des comptes aux Canadiens et Canadiennes

Dans le respect de leurs responsabilités respectives, tous les gouvernements croient qu'il est important d'être imputable devant les Canadiens et Canadiennes pour les programmes et services de santé qu'ils offrent. Des rapports publics clairs, validés par une tierce partie indépendante, amélioreront le rendement des services de santé et jouent un rôle important dans la réalisation de la vision et des priorités décrites précédemment.

L'objet des mesures de rendement est de faire en sorte que tous les gouvernements rendent compte de leurs activités à leurs publics, et non pas l'un à l'autre. Le montant du financement fédéral que recevront les divers gouvernements ne dépendra pas de la réalisation d'un niveau particulier de rendement.

L'évaluation et le suivi du rendement ainsi que les rapports sur le rendement donnent les résultats suivants :

- ils permettent aux Canadiens et Canadiennes de savoir où nous en sommes dans la poursuite de nos buts et objectifs;
- ils aident les individus, les gouvernements et les fournisseurs des soins de santé à faire des choix plus éclairés;
- ils favorisent le recensements et ka mise en commun des practiques exemplaires tous les niveaux et partout au Canada, ce qui contrbue l'am lioration constante des services;
- ils permettent aux Canadiens et Canadiennes de mieux comprendre comment les services de santé sont utilisés, et quels résultats sont atteints; (p. ex., augmentation de l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, réduction du fardeau des maladies);
- ils aident les Canadiens et Canadiennes à comprendre comment les services de santé financés par l'État sont organisés.

Les premiers ministres mandatent les ministres de la Santé de :

- prévoir la diffusion régulière par chaque gouvernement, pour les programmes et services de santé qu'ils offrent, de rapports sur le rendement du système de santé et sur les progrès réalisés dans l'atteinte des priorités mentionnées précédemment;
- collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, et en fonction duquel les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités d'ici à septembre 2002. Ces indicateurs comparables porteront sur les éléments suivants :
    - l'état de santé (c.-à-d. espérance de vie, mortalité infantile, faible poids à la naissance, les personnes qui se disent en excellente santé);
    - les résultats en matière de santé (c.-à-d. changement dans l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, réduction du fardeau associé aux maladies);
    - la qualité du service (c.-à-d. temps d'attente pour les services clés de diagnostic et de traitement, satisfaction des patients, admissions subséquentes à l'hôpital, accès 24/7 aux services de premier contact, soins à domicile et dans la communauté, et pertinence des activités de surveillance, de protection et de promotion de la santé.

Ces rapports tiendront compte des différents points de départ et des pressions que subissent les gouvernements.

Pour définir ce cadre, les gouvernements consulteront des experts en la matière, des professionnels de la santé et les Canadiens et Canadiennes. Les gouvernements collaboreront avec les organismes pertinents de tout le Canada qui ont de l'expertise dans l'évaluation de la santé, en vue de mettre au point des méthodes communes pour mesurer et rendre compte de l'état de santé, des résultats obtenus et des services, et pour permettre à chaque gouvernement de déterminer pour soi la tierce partie la plus appropriée pour vérifier et analyser ce système d'information en santé au bénéfice des Canadiens et Canadiennes.

Collaboration

Des services de santé de haute qualité requièrent la collaboration des Canadiens et Canadiennes, des communautés, des fournisseurs de services et des gouvernements, de même que des consultations auprès d'eux. Les communautés jouent un rôle clé dans la promotion de la santé et du mieux-être et de la prévention des maladies. Chaque individu peut apporter une importante contribution au système de santé du Canada en participant à diverses activités bénévoles, en faisant des choix judicieux dans l'utilisation des services de soins de santé et en adoptant un mode de vie sain. Par le biais du partage des meilleures pratiques et de renseignements sur les systèmes de santé, les fournisseurs de soins de santé, les communautés et les personnes obtiendront de meilleurs outils afin de prendre des mesures pour améliorer leur propre santé et celle des autres.

Les principes, objectifs et priorités décrits dans le présent document orienteront les activités des gouvernements et de leurs partenaires en vue de procéder au renouveau. Cette collaboration contribuera à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et Canadiennes, à leur garantir un accès opportun à des soins de santé de haute qualité, peu importe l'endroit où ils vivent ou décident d'aller s'installer, et à les tenir informés des progrès entourant le renouvellement.

Prochaines étapes

Les premiers ministres demandent à leurs ministres de la Santé de se réunir le plus tôt possible en vue de donner suite à la réalisation des engagements et priorités décrits plus haut.

Annexe B

Tableaux des données

Tableau 1a.1
Espérance de vie à la naissance et à l'âge de 65 ans
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Moyennes annuelles sur 3 ans

Âge	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99
TNO	Les deux sexes	75,2	75,1	76,1	76,4	76,8	76,5	76,2
À la naissance	Hommes	73,3	72,5	73,8	74,1	74,7	74,1	73,6
	Femmes	77,8	79,1	79,6	79,9	79,4	79,6	79,5
À l'âge de 65 ans	Les deux sexes	16,5	16,4	17,2	17,9	17,7	17,5	17,1
	Hommes	15,2	14,7	15,9	16,5	16,6	16,3	15,9
	Femmes	18,3	19,1	19,3	20,2	19,1	19,0	18,8
Canada	Les deux sexes	77,9	78,0	78,0	78,2	78,4	78,6	78,8
À la naissance	Hommes	74,7	74,9	75,0	75,2	75,5	75,8	76,0
	Femmes	81,0	81,0	81,0	81,1	81,2	81,3	81,5
À l'âge de 65 ans	Les deux sexes	18,1	18,1	18,1	18,1	18,2	18,2	18,3
	Hommes	15,8	15,9	15,9	16,0	16,1	16,2	16,3
	Femmes	20,0	20,0	19,9	20,0	20,0	20,0	20,1

Source : Statistique Canada,

Tableau 1b.1
Espérance de vie sans incapacité à la naissance et à l'âge de 65 ans
Territoires du Nord-Ouest et Canada, 1996

Âge	Mesure	Les deux sexes	Hommes	Femmes
TNO	Années	67,0	66,2	67,8
À la	Bas 95 % CI	65,8	64,6	66,1
naissance	Élevé 95 % CI	68,2	67,8	69,5
À l'âge de	Années	10,4	10,6	10,3
65 ans	Bas 95 % CI	9,3	9,0	8,7
	Élevé 95 % CI	11,5	12,2	11,9
Canada	Années	68,6	66,9	70,2
Années À	Bas 95 % CI	68,5	66,8	70,2
la naissance	Élevé 95 % CI	68,6	66,9	70,3
À l'âge de	Années	11,7	10,9	12,4
65 ans	Bas 95 % CI	11,6	10,8	12,3
	Haut 95 % CI	11,7	10,9	12,4

Note : IC = Intervalle de confiance
Source : Statistique Canada,

Tableau 2.1
Taux de mortalité infantile
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Moyennes annuelles sur 3 ans

	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99
TNO							
Incluant les naissances de <500g	8,1	9,6	9,1	8,7	7,0	9,8	12,2
Exluant les naissances de <500g	8,1	9,6	9,1	8,8	7,0	9,1	10,5
Canada							
Incluant les naissances de <500g	6,3	6,2	6,2	6,0	5,7	5,5	5,4
Excluant les naissances de <500g	5,6	5,6	5,5	5,3	5,0	4,7	4,6

Source : Statistique Canada

Tableau 3.1
Faible poids à la naissance - Pourcentage de bébés vivants
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Moyennes annuelles sur 3 ans

Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99
TNO							
Les deux sexes	5,0	5,2	5,0	5,0	4,4	4,6	4,8
Garçons	5,4	5,7	5,0	4,5	3,7	4,3	4,4
Filles	4,5	4,8	5,0	5,5	5,3	4,8	5,1
Canada							
Les deux sexes	5,5	5,6	5,7	5,7	5,7	5,7	5,6
Garcons	5,1	5,2	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Filles	5,9	6,0	6,1	6,1	6,1	6,0	6,0

Note : Faible poids à la naissance = Entre 500 et 2499 grammes.
Source : Statistique Canada

Tableau 4.1a
Pourcentage de la population disant avoir une excellente ou une très bonne santé
Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total 12 et plus	Pourcentage	63,2	60,4	54,2	63,5	60,5	54,2	63,0	60,3	54,2
	Bas 95 % CI	58,4	54,8	51,5	56,7	52,4	50,8	56,5	53,0	49,7
	Élevé 95 % CI	68,0	66,0	56,9	70,2	68,5	57,6	69,4	67,5	58,7
	CV	3,9	4,7	2,6	5,4	6,8	3,2	5,2	6,1	4,3
12-19	Pourcentage	63,2	60,2	64,7	65,4	**	68,0	61,5	53,8*	60,9
	Bas 95 % CI	51,2	44,4	60,5	45,9	**	61,7	47,6	34,0	53,4
	Élevé 95 % CI	75,2	76,1	69,0	85,0	**	74,3	75,4	73,6	68,3
	CV	9,7	13,4	3,3	15,3	**	4,7	11,5	18,8	6,2
20-34	Pourcentage	66,6	69,8	62,3	70,9	68,3	63,6	61,5	71,4	61,0
	Bas 95 % CI	59,8	62,4	56,3	63,7	57,8	56,6	51,0	62,1	54,4
	Élevé 95 % CI	73,4	77,2	68,2	78,1	78,8	70,6	72,0	80,6	67,5
	CV	5,2	5,4	4,9	5,2	7,9	5,6	8,7	6,6	5,5
35-44	Pourcentage	73,7	56,2	55,2	72,4	55,5	52,1	75,1	56,9	58,5
	Bas 95 % CI	65,8	46,8	50,8	60,7	43,0	46,0	66,5	44,9	52,5
	Élevé 95 % CI	81,5	65,6	59,6	84,0	68,0	58,2	83,8	69,0	64,5
	CV	5,4	8,5	4,1	8,2	11,5	6,0	5,9	10,8	5,2
45-64	Pourcentage	51,7	59,2	42,2	44,7	57,2	40,1	60,2	61,7	44,8
	Bas 95 % CI	42,8	48,5	35,1	33,2	41,7	29,3	47,5	49,4	33,8
	Élevé 95 % CI	60,6	69,9	49,4	56,3	72,7	50,9	72,9	74,0	55,8
	CV	8,8	9,2	8,6	13,2	13,8	13,7	10,8	10,2	12,5
65 ans et plus	Pourcentage	**	**	18,4*	**	**	**	**	**	**
	Bas 95 % CI	**	**	11,9	**	**	**	**	**	**
	Élevé 95 % CI	**	**	25,0	**	**	**	**	**	**
	CV	**	**	18,2	**	**	**	**	**	**

Notes :
*Quand le CV est de 16,6 ou plus, les valeurs devraient être traitées avec prudence.
** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 4.1b
Pourcentage de la population disant avoir une excellente ou une très bonne santé
Canada

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total 12 et plus	Pourcentage	63,1	63,4	61,4	65,5	65,3	62,9	60,8	61,6	59,9
	Bas 95 % CI	62,1	62,7	61	64,2	64,3	62,4	59,3	60,6	59,4
	Élevé 95 % CI	64,1	64,2	61,8	66,7	66,4	63,5	62,3	62,6	60,4
	CV	0,8	0,6	0,3	1	0,8	0,5	1,3	0,8	0,4
12-19	Pourcentage	72,6	72,8	70,8	75,8	77,4	73,4	69,1	68	68
	Bas 95 % CI	69,6	70,9	69,8	72,2	75	72,1	64,3	65	66,6
	Élevé 95 % CI	75,6	74,8	71,7	79,4	79,8	74,7	73,8	71,1	69,5
	CV	2,1	1,4	0,7	2,4	1,6	0,9	3,5	2,3	1,1
20-34	Pourcentage	72,8	73,1	73	75,2	74,4	75	70,6	71,9	70,9
	Bas 95 % CI	71,1	71,7	72,2	72,5	72,3	73,9	68,1	70	69,9
	Élevé 95 % CI	74,5	74,5	73,7	77,8	76,4	76,1	73	73,7	71,9
	CV	1,2	1	0,5	1,8	1,4	0,7	1,8	1,3	0,7
35-44	Pourcentage	68	67,3	66,7	69,6	67,6	66,8	66,3	66,9	66,6
	Bas 95 % CI	65,9	65,6	65,8	66,8	65,1	65,6	62,9	64,6	65,4
	Élevé 95 % CI	70	69	67,5	72,3	70,1	67,9	69,7	69,2	67,7
	CV	1,5	1,3	0,6	2	1,9	0,9	2,6	1,7	0,9
45-64	Pourcentage	55,9	58,4	55,8	57,8	59,6	56,3	54	57,2	55,4
	Bas 95 % CI	54	56,9	55	55,1	57,6	55,1	51,3	55	54,3
	Élevé 95 % CI	57,7	60	56,6	60,6	61,6	57,4	56,6	59,5	56,5
	CV	1,7	1,4	0,7	2,4	1,7	1	2,5	2	1
65 ans et plus	Pourcentage	39,7	40	36,5	39,3	40,4	36,7	40	39,7	36,3
	Bas 95 % CI	37,2	38,2	35,5	35,7	37,5	35,3	36,9	37,5	35,1
	Élevé 95 % CI	42,1	41,8	37,4	43	43,3	38,2	43	41,8	37,5
	CV	3,1	2,3	1,3	4,8	3,7	2	3,9	2,7	1,7

Notes :
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 5a.1
Taux de mortalité pour 100 000 habitants attribuables au cancer du poumon, au cancer de la prostate, au cancer du sein, au cancer colorectal, à un infarctus aigu du myocarde (IAM) et à un accident vasculaire cérébral, selon l'âge
Territoires du Nord-ouest et Canada, Moyennes annuelles sur 3 ans

Cause du décès	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99
TNO								
Cancer du poumon	Les deux sexes	61,5	55,9	55,1	54,9	64,7	57,5	70,9
	Hommes	73,4	73,7	62,4	59,1	68,6	61,9	86,9
	Femmes	48,7	36,6	46,1	47,3	56,6	49,7	53,4
Cancer de la prostate	Hommes	20,9	20,9	35,9	27,9	23,8	21,8	21,3
Cancer du sein	Femmes	40,5	20,9	4,9	9,9	13,3	13,1	14,0
Cancer colorectal	Les deux sexes	14,6	22,0	23,7	26,8	28,6	32,8	25,7
	Hommes	11,1	22,5	22,3	29,1	20,6	32,9	26,7
	Femmes	21,0	23,9	25,8	26,0	38,1	36,0	25,2
IAM	Les deux sexes	54,0	75,2	66,9	52,0	29,5	37,0	46,4
	Hommes	87,5	123,5	94,6	79,6	28,9	50,4	63,7
	Femmes	16,6	23,4	37,6	24,6	30,4	23,5	29,2
Accident vasculaire cérébral	Les deux sexes	42,1	31,0	28,7	34,4	38,7	37,5	32,4
	Hommes	36,5	22,3	23,0	33,3	48,6	38,5	32,4
	Femmes	47,7	37,5	33,5	35,3	28,0	34,3	30,5
Canada								
Cancer du poumon	Les deux sexes	50,7	50,7	50,3	49,9	49,2	49,3	49,3
	Hommes	78,1	77,0	75,5	73,9	72,0	71,0	70,1
	Femmes	30,3	31,1	31,6	32,3	32,4	33,5	33,9
Cancer de la prostate	Hommes	31,1	30,9	30,9	30,2	29,5	28,4	27,7
Cancer du sein	Femmes	30,0	29,9	29,4	29,2	28,3	27,6	26,3
Cancer colorectal	Les deux sexes	20,3	20,2	20,0	19,8	19,4	19,1	19,0
	Hommes	25,2	25,2	24,9	24,8	24,3	24,0	23,9
	Femmes	16,7	16,4	16,3	16,0	15,7	15,5	15,4
IAM	Les deux sexes	80,8	77,2	74,2	71,3	69,1	66,6	63,5
	Hommes	114,0	109,2	104,2	99,4	96,0	93,0	89,0
	Femmes	55,2	52,6	51,1	49,6	48,3	46,2	43,9
Accident vasculaire cérébral	Les deux sexes	44,1	43,8	43,3	42,2	41,6	40,5	39,1
	Hommes sexes	47,9	47,6	47,6	46,3	45,5	43,8	42,2
	Femmes	41,0	40,7	40,0	39,0	38,5	37,8	36,5

Source : Statistique Canada,

Tableau 6.1
Taux normalisé selon l'âge d'arthroplasties complètes de la hanche et du genou pour 100 000 habitants
Territoires du Nord-Ouest et Canada, 1999/2000

Sexe	Hanche	Genou	Sexe	Hanche	Genou
TNO			**Canada**		
Les deux sexes	73,6	89,3	Les deux	59,5	65,6
Hommes	52,2	**	Hommes	56,0	59,0
Femmes	97,4	141,1	Femmes	62,0	71,4

Notes : ** = Nombres trop petits pour être montrés.
Sources : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada.

Tableau 7a.1
Taux d'incidence, selon l'âge, pour 100 000 habitants, du cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Moyennes annuelles sur trois ans

Cause du décès	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99	1998-00	1999-01	2000-02
TNO											
Tous les cancers	Les deux	324,1	330,4	347,7	326,9	345,9	361,4	353,3	335,2	327,2	339,3
	Hommes	312,6	304,8	298,8	300,3	340,3	405,7	394,3	369,2	343,8	355,4
	Femmes	340,9	365,2	407,3	355,1	350,5	317,1	312,3	301,2	310,6	323,2
Cancer du poumon	Les deux	64,9	71,1	67,1	73,3	64,2	59,4	53,4	48,8	59,1	59,2
	Hommes	84,9	74,3	62,9	71,3	71,8	77,4	76,8	70,2	75,3	71,9
	Femmes	40,6	68,3	72,8	72,4	51,9	41,4	29,9	27,3	42,8	46,5
Cancer de la prostate	Hommes	52,2	46,6	45,3	21,8	35,5	52,7	70,3	68,6	59,5	53,6
Cancer du sein	Femmes	63,7	72,1	63,2	74,6	96,8	91,6	96,2	77,4	90,3	87,0
Cancer colorectal	Les deux	54,2	50,0	70,8	69,1	82,8	71,6	72,0	74,5	80,2	81,1
	Hommes	37,4	52,7	63,0	81,7	83,0	103,7	86,4	96,2	83,5	90,3
	Femmes	75,3	49,6	81,8	56,1	80,6	39,5	57,6	52,9	76,8	71,8
Canada											
Tous les cancers	Les deux	397,2	400,2	396,4	388,6	384,2	383,2	384,8	394,8	394,5	394,6
	Hommes	483,1	487,7	479,5	463,5	453,1	448,9	447,5	444,9	443,9	443,0
	Femmes	340,3	341,3	340,1	338,3	338,3	340,6	343,1	344,8	345,1	346,2
Cancer du poumon	Les deux	61,6	61,4	60,9	59,7	58,9	58,6	57,9	61,3	61,2	60,9
	Hommes	91,0	89,8	88,0	84,8	82,2	80,3	79,1	78,2	76,9	75,4
	Femmes	39,3	40,0	40,4	40,9	41,6	42,3	43,1	44,3	45,5	46,4
Cancer de la prostate	Hommes	126,0	131,7	127,0	116,8	112,0	112,8	114,2	114,5	116,0	118,2
Cancer du sein	Femmes	100,4	100,0	98,9	98,7	99,7	101,0	102,7	103,5	104,4	105,3
Cancer colorectal	Les deux	51,7	51,7	51,1	50,4	49,6	49,3	49,3	50,8	49,8	49,5
	Hommes	62,3	62,4	61,5	61,1	60,2	60,3	60,3	60,3	59,6	59,3
	Femmes	43,5	43,4	42,9	41,8	41,2	41,5	41,6	41,2	40,1	39,6

Notes : Des prévisions sont utilisées pour la période de 1998 à 2002. Entre 1998 et 2002, les tableaux concernant les deux sexes sont des moyennes du taux des hommes et de celui des femmes.
Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.

Tableau 7b.1
Années potentielles de vie perdues (taux pour 100 000 habitants) suite à un cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, à un infarctus aigu du myocarde, à un accident vasculaire cérébral, à une blessure ou au suicide
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Moyennes annuelles sur 3 ans

Cause du décès	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99
NWT								
Cancer du poumon	Les deux	198,1	208,0	266,0	282,1	315,9	251,5	265,2
	Hommes	274,2	249,2	284,0	304,9	318,4	261,3	271,5
	Femmes	113,7	162,3	246,2	257,4	313,0	240,9	258,6
Cancer de la prostate	Hommes	109,5	109,5	52,0	11,7	38,8	43,0	47,0
Cancer du sein	Femmes	196,0	216,5	177,1	189,8	67,9	76,9	124,1
Cancer colorectal	Les deux	147,7	116,1	98,9	49,0	117,2	152,2	183,7
	Hommes	143,0	112,2	116,1	55,2	93,1	132,8	220,7
	Femmes	152,8	120,6	80,0	42,1	143,4	173,4	144,1
IAM	Les deux	250,8	293,2	222,0	182,9	109,4	89,5	131,2
	Hommes	353,8	470,8	372,8	298,5	178,7	144,8	177,8
	Femmes	137,1	97,4	56,4	56,4	33,8	29,6	80,9
Accident vasculaire cérébral	Les deux	115,1	19,1	26,9	101,0	131,3	133,6	67,4
	Hommes	82,3	24,3	12,1	15,5	73,7	101,4	105,8
	Femmes	151,5	13,3	43,1	194,1	194,1	168,6	25,7
Blessure	Les deux	2 354,8	2 318,9	2 093,0	2 047,1	1 834,4	1 566,2	1 309,2
	Hommes	3 169,9	3 231,0	2 867,2	3 085,3	2 774,2	2 417,0	2 050,8
	Femmes	1 451,7	1 313,3	1 243,5	913,2	811,2	642,1	508,1
Suicide	Les deux	734,0	535,9	601,6	428,3	514,1	588,5	960,4
	Hommes	1 195,6	961,6	999,2	730,9	896,6	1 131,0	1 723,5
	Femmes	223,3	66,7	164,5	97,8	97,8	0,0	136,8
Canada								
Cancer du poumon	Les deux	434,8	431,4	423,2	418,1	408,7	410,1	410,4
	Hommes	554,2	540,9	524,2	505,7	487,4	479,9	481,9
	Femmes	314,6	321,2	321,5	330,1	329,6	339,8	338,4
Cancer de la prostate	Hommes	68,4	66,3	66,3	64,7	62,9	60,4	58,4
Cancer du sein	Femmes	380,1	384,1	382,6	382,1	369,7	361,8	350,3
Cancer colorectal	Les deux	138,9	138,0	137,8	138,0	137,8	136,2	135,0
	Hommes	160,5	158,7	159,2	158,4	158,2	154,0	154,6
	Femmes	117,2	117,2	116,4	117,5	117,2	118,4	115,3
IAM	Les deux	428,0	409,7	390,4	372,8	357,2	341,6	325,7
	Hommes	656,1	627,8	593,1	563,7	541,1	522,9	500,7
	Femmes	198,4	190,3	186,4	180,7	172,0	159,0	149,4
Accident vasculaire cérébral	Les deux	155,2	152,0	151,0	143,4	141,3	137,1	132,8
	Hommes	168,1	163,1	164,0	154,4	152,9	147,2	141,0
	Femmes	142,2	140,7	137,8	132,3	129,7	126,9	124,6
Blessure	Les deux	864,2	828,9	810,2	753,2	726,6	694,0	696,6
	Hommes	1 286,9	233,2	1 201,3	1 201,1	1 078,5	1 030,3	1 030,3
	Femmes	438,8	422,0	416,6	383,0	372,3	355,2	360,3
Suicide	Les deux	459,8	458,9	462,7	460,9	450,3	431,9	430,8
	Hommes	738,2	733,3	741,7	734,9	717,1	684,6	685,7
	Femmes	179,8	182,8	181,8	185,1	181,7	177,3	173,9

Source : Statistique Canada,

Tableau 9.1
Satisfaction des patients
Territoires du Nord-Ouest, 2000-2001

Genre de service	Évaluation du service	Mesure	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Services de santé dans l'ensemble	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	80,5	76,5	84,3
		Bas 95 % IC	75,7	69,4	79,2
		Élevé 95 % IC	85,2	83,5	89,4
		CV	3,0	4,7	3,1
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	81,9	86,1	77,9
		Bas 95 % IC	77,0	81,7	70,7
		Élevé 95 % IC	86,8	90,5	85,0
		CV	3,0	2,6	4,7
Hôpital	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	85,4	80,9	89,2
		Bas 95 % IC	80,3	71,9	84,0
		Élevé 95 % IC	90,5	90,0	94,5
		CV	3,1	5,7	3,0
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	93,1	95,6	91,1
		Bas 95 % IC	89,9	90,8	86,3
		Élevé 95 % IC	96,3	100,4	95,8
		CV	1,7	2,5	2,7
Médecin	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	84,5	83,0	85,5
		Bas 95 % IC	78,4	68,2	79,8
		Élevé 95 % IC	90,6	97,7	91,2
		CV	3,7	9,1	3,4
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	91,9	95,6	89,5
		Bas 95 % IC	88,8	90,8	84,2
		Élevé 95 % IC	95,1	100,4	94,8
		CV	1,7	2,5	3,0
Services commu - nautaires	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	63,2	61,3	65,2
		Bas 95 % IC	59,0	54,4	57,0
		Élevé 95 % IC	67,4	68,1	73,3
		CV	3,4	5,7	6,4
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	82,5	87,3	77,6
		Bas 95 % IC	80,6	85,7	73,1
		Élevé 95 % IC	84,3	89,0	82,1
		CV	1,2	1,0	2,9

Notes :
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation,.
On a demandé à des gens qui avaient reçu des services de santé dans les 12 mois précédents d'évaluer la qualité des services et d'indiquer leur taux de satisfaction par rapport à ces services.

Source : Statistique Canada.

Tableau 9.1
Satisfaction des patients
Canada, 2000-01

Genre de service	Évaluation du service	Mesure	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Services de santé dans l'ensemble	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	84,4	84,0	84,7
		Bas 95 % IC	83,9	83,4	84,0
		Élevé 95 % IC	84,9	84,7	85,4
		CV	0,3	0,4	0,4
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	84,6	84,4	84,8
		Bas 95 %IC	84,1	83,7	84,1
		High 95 %IC	85,2	85,1	85,5
		CV	0,3	0,4	0,4
Hôpital	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	80,2	79,8	80,5
		Bas 95 % IC	79,3	78,4	79,4
		Élevé 95 % IC	81,1	81,1	81,7
		CV	0,6	0,8	0,7
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	79,5	79,7	79,3
		Bas 95 % IC	78,6	78,5	78,0
		Élevé 95 % IC	80,4	80,9	80,7
		CV	0,6	0,8	0,9
Médecin	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	89,7	88,7	90,5
		Bas 95 % IC	89,2	88,0	89,9
		Élevé 95 % IC	90,2	89,3	91,1
		CV	0,3	0,4	0,3
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	90,9	90,8	90,9
		Bas 95 %IC	90,5	90,2	90,4
		Élevé 95 % IC	91,3	91,4	91,5
		CV	0,2	0,3	0,3
Services commu - nautaires	La qualité était excellente ou bonne	Pourcentage	77,8	76,3	78,8
		Bas 95 % IC	76,4	74,2	76,8
		Élevé 95 % IC	79,2	78,5	80,9
		CV	0,9	1,4	1,3
	Satisfaits ou plutôt satisfaits	Pourcentage	81,7	80,1	82,8
		Bas 95 % IC	80,5	78,2	81,2
		Élevé 95 % IC	82,9	82,0	84,4
		CV	0,7	1,2	1,0

Notes :
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
On a demandé à des gens qui avaient reçu des services de santé dans les 12 mois précédents d'évaluer la qualité des services et d'indiquer leur taux de satisfaction par rapport à ces services
Source : Statistique Canada.

Tableau 12a.1
Admissions aux programmes de soins à domicile financés à même les fonds publics, en fonction de la population
Territoires du Nord-Ouest, 2001

Sexe	Total	Moins de 65	65 à 74	75 et plus
Les deux sexes	0,02	0,01	0,19	0,31
Hommes	0,01	0,00	0,18	0,27
Femmes	0,02	0,01	0,20	0,34

Notes:
Les chiffres ne sont pas des comptes de client unique mais plutôt des prévisions basées sur des rapports mensuels sur les soins à domicile. Les chiffres sont sujets à des révisions futures.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

Tableau 12c.1
Pourcentage de la population qui reçoit des soins à domicile
Territoires du Nord-Ouest, 2000-01

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Total (18 et plus)	Pourcentage	2,5	2,7*	2,2*
	Bas 95 % IC	1,7	1,7	1,1
	Élevé 95 % IC	3,2	3,8	3,2
	CV	15,3	19,3	24,4
18 à 34	Pourcentage	**	**	**
	Bas 95 % IC	**	**	**
	Élevé 95 % IC	**	**	**
	CV	**	**	**
35 à 44	Pourcentage	**	**	**
	Bas 95 % IC	**	**	**
	Élevé 95 % IC	**	**	**
	CV	**	**	**
45 à 64	Pourcentage	**	**	**
	Bas 95 % IC	**	**	**
	Élevé 95 % IC	**	**	**
	CV	**	**	**
65 et plus	Pourcentage	20,2*	**	**
	Bas 95 % IC	12,1	**	**
	Élevé 95 % IC	28,3	**	**
	CV	20,5	**	**

Notes :
*Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence.
** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 12d.1
Taux d'hospitalisation, normalisé selon l'âge, pour les affections sensibles aux soins ambulatoires
Territoires du Nord-Ouest et Canada, 1999-2000

Sexe	TNO	Canada	
Les deux sexes	1 513	401	
Hommes	1 590	418	
Femmes	1 447	383	

Sources: Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada

Tableau 13a.1
Tuberculose (pulmonaire) taux pour 100 000
Territoires du Nord-Ouest et Canada - Moyennes sur 3 ans

Groupes d'âge	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99	1998-00	1999-01
TNO - Touts	Les deux	23,5	51,3	65,3	68,7	56,0	37,6	33,8	25,8	26,4
Canada - Touts	Les deux	7,2	7,2	6,9	6,6	6,5	6,3	6,1	5,8	N.A.

Notes: Les données pour les T.N.-O. sont sujettes à de futures révisions. Les données pour le Canada, pour 2000, sont préliminaires et sujettes à de futures révisions.
Sources: Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada et Santé Canada

Tableau 13b.1
Taux de VIH pour 100 000
Territoires du Nord-Ouest et Canada - Moyennes sur 3 ans

Groupes d'âge	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99	1998-00	1999-01
TNO - Touts	Les deux	7,6	8,4	1,6	3,2	1,6	2,4	0,8	0,8	0,8
Canada - Touts	Les deux	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	9,3	8,5	7,8	7,3	7,1

Sources: Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada et Santé Canada.

Tableau 13c.1
Taux de E. coli vérotoxine pour 100 000 habitants
Territoires du Nord-Ouest et Canada - Moyennes sur 3 ans

Groupes d'âge	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99	1998-00	1999-01
TNO - Touts	Les deux	8,0	4,4	2,6	0,0	2,4	2,4	3,2	5,7	10,5
Canada - Touts	Les deux	N.D.	4,7	4,4	4,5	4,5	4,5	4,7	5,2	4,9

Notes : Les données des TNO sont sujettes à de futures révisions. Les données pour le Canada, pour 2000, sont préliminaires et sujettes à de futures révisions.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada et Santé Canada.

Tableau 13d.1
Taux de chlamydiose pour 100 000
Territoires du Nord-Ouest et Canada- Moyennes sur 3 ans

Groupe d'âge	Sexe	1991-93	1992-94	1993-95	1994-96	1995-97	1996-98	1997-99	1998-00	1999-01
TNO	Les deux	1 049,2	1,011,2	980,0	1 001,0	967,6	1 047,6	1 069,8	1 132,5	1 166,8
Tous âges	Hommes	450,2	457,4	454,1	499,1	498,3	573,9	612,8	656,3	685,1
	Femmes	1 712,6	1 621,6	1 556,8	1 549,0	1 478,3	1 561,2	1 563,2	1 642,9	1 683,3
	Les deux	4 340,2	4 232,4	4 155,0	4 016,6	3 729,2	4 133,0	4 556,3	4 946,1	5 214,5
15 à 19	Hommes	1 251,3	1 255,4	1 054,7	896,6	928,0	1 270,6	1 658,1	1 790,2	1 988,0
	Femmes	7 659,6	7 427,0	7 479,0	7 357,5	6 748,0	7 293,2	7 876,2	8 692,7	9 161,3
	Les deux	4 120,5	4 018,6	4 126,9	4 239,0	4 158,1	4 427,7	4 402,4	4 563,4	4 702,3
20 à 24	Hommes	1 985,9	2 241,8	2 545,7	2 835,5	2 722,0	2 778,2	2 658,2	2 722,4	2 925,5
	Femmes	6 361,6	5 890,1	5 799,6	5 730,2	5 679,6	6 184,4	6 234,0	6 455,7	6 550,2
Canada	Les deux	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	118,1	118,8	126,6	139,4	150,1
Tous âges	Hommes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	58,7	62,6	71,0	81,4	89,9
	Femmes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	176,3	173,8	180,9	196,1	208,8
	Les deux	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	579,8	574,7	603,8	659,1	701,2
15 à 19	Hommes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	154,6	159,4	172,1	196,9	214,4
	Femmes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1 026,4	1 011,2	1 058,0	1 146,1	1 213,9
	Les deux	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	637,4	641,7	685,9	755,1	816,8
20 à 24	Hommes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	318,1	337,6	385,6	437,9	486,0
	Femmes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	965,9	955,7	997,3	1 085,5	1 160,5

Notes : Les données pour les TNO sont sujettes à de futures révisions. Les données pour le Canada, pour 2000, sont préliminaires et sujettes à de futures révisions.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada et Santé Canada.

Tableau 13e.1
Exposition à la fumée secondaire déclarée par les intéressés
Territoires du Nord-Ouest et Canada, 2000-01

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes	Hommes	Femmes
TNO	Pourcentage	40,2	43,0	37,3
Total	Bas 95 % IC	36,7	37,1	31,5
(12 et plus)	Élevé 95 % IC	43,8	48,8	43,2
	CV	4,5	6,9	7,9
	Pourcentage	44,3	44,2	44,5
12 à 19	Bas 95 % IC	37,2	34,3	35,5
	Élevé 95 % IC	51,5	54,2	53,4
	CV	8,2	11,5	10,3
	Pourcentage	39,2	42,6	35,7
20 et plus	Bas 95 % IC	34,4	36,3	28,3
	Élevé 95 % IC	43,9	49,0	43,1
	CV	6,2	7,6	10,6
Canada				
	Pourcentage	27,6	30,2	25,3
Total	Bas 95 % IC	27,2	29,6	24,7
(12 et plus)	Élevé 95 % IC	28,1	30,9	25,8
	CV	0,8	1,1	1,1
	Pourcentage	39,3	38,3	40,5
12 à 19	Bas 95 % IC	38,1	36,6	38,8
	Élevé 95 % IC	40,5	40	42,1
	CV	1,5	2,2	2,1
	Pourcentage	25,8	28,8	23,1
20 et plus	Bas 95 % IC	25,3	28,1	22,5
	Élevé 95 % IC	26,2	29,5	23,7
	CV	0,9	1,3	1,4

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14a.1
Pourcentage de fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels)
Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	45,7	48,6	46,3	44,3	45,8	46,9	47,2	51,7	45,7
	Bas 95 % IC	40,7	42,8	43,5	37,3	37,5	43,2	40,6	44,5	41,5
	Élevé 95 % IC	50,7	54,4	49,1	51,2	54,0	50,6	53,9	58,9	49,9
	CV	5,6	6,1	3,1	8,0	9,2	4,0	7,2	7,1	4,7
12-19	Pourcentage	36,4	49,9	34,5	**	**	34,2	47,0	67,7	34,8
	Bas 95 % IC	25,5	34,6	27,3	**	**	23,4	36,8	53,5	28,3
	Élevé 95 % IC	47,4	65,1	41,6	**	**	45,0	57,1	81,9	41,3
	CV	15,4	15,6	10,6	**	**	16,1	11,0	10,7	9,5
20-34	Pourcentage	50,0	50,8	56,7	47,3	42,5	63,1	53,2	59,5	50,6
	Bas 95 % IC	42,4	41,7	50,4	37,7	31,2	54,1	42,6	48,4	44,4
	Élevé 95 % IC	57,5	59,8	63,1	56,9	53,9	72,0	63,7	70,6	56,7
	CV	7,8	9,1	5,7	10,3	13,6	7,2	10,1	9,5	6,2
35-44	Pourcentage	46,9	52,7	49,2	47,5	59,1	46,7	46,3	46,2	51,8
	Bas 95 % IC	37,2	42,6	44,9	34,5	44,8	37,5	34,3	34,7	44,7
	Élevé 95 % IC	56,6	62,8	53,5	60,5	73,5	55,9	58,2	57,7	58,9
	CV	10,5	9,8	4,5	14,0	12,4	10,1	13,2	12,7	7,0
45-64	Pourcentage	43,8	35,1	42,5	51,2	42,1*	39,1	34,7*	26,7*	46,7
	Bas 95 % IC	33,8	24,6	37,6	38,0	26,8	31,2	22,7	15,3	35,7
	Élevé 95 % IC	53,9	45,7	47,5	64,4	57,5	47,1	46,8	38,0	57,7
	CV	11,7	15,3	5,9	13,1	18,6	10,4	17,7	21,7	12,0
65 et plus	Pourcentage	49,3*	65,4	22,6*	**	**	**	**	**	**
	Bas 95 % IC	32,9	46,0	14,5	**	**	**	**	**	**
	Élevé 95 % IC	65,8	84,7	30,8	**	**	**	**	**	**
	CV	17,0	15,1	18,4	**	**	**	**	**	**

Notes :
.* Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence..
** Supprimé quand le CV est de 33,3 ou plus.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Sources : Statistique Canada.

Tableau 14a.1
Pourcentage de fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels)
Canada

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	29,3	27,6	25,9	31,2	30,0	28,0	27,5	25,2	23,8
	Bas 95 % IC	28,4	26,9	25,5	29,8	29,0	27,5	26,3	24,3	23,3
	Élevé 95 % IC	30,2	28,2	26,3	32,5	31,1	28,6	28,7	26,1	24,3
	CV	1,5	1,2	0,7	2,2	1,8	1,0	2,2	1,8	1,1
12-19	Pourcentage	20,9	21,6	18,7	18,5	20,0	17,6	23,5	23,3	19,8
	Bas 95 % IC	18,1	19,5	17,9	15,1	17,6	16,5	19,3	20,1	18,7
	Élevé 95 % IC	23,6	23,7	19,5	21,8	22,5	18,7	27,8	26,6	21,0
	CV	6,7	4,9	2,2	9,2	6,2	3,2	9,2	7,1	2,9
20-34	Pourcentage	37,7	34,0	33,0	38,3	36,5	36,3	37,1	31,5	29,6
	Bas 95 % IC	35,8	32,5	32,1	35,4	34,3	35,0	34,7	29,5	28,5
	Élevé 95 % IC	39,6	35,5	33,8	41,1	38,8	37,6	39,6	33,5	30,7
	CV	2,6	2,3	1,3	3,8	3,1	1,8	3,3	3,2	1,9
35-44	Pourcentage	34,8	33,3	31,6	38,5	36,6	33,9	30,9	29,9	29,2
	Bas 95 % IC	32,5	31,8	30,7	35,2	34,2	32,6	27,9	27,9	28,1
	Élevé 95 % IC	37,0	34,7	32,4	41,8	39,0	35,1	33,9	31,8	30,4
	CV	3,3	2,3	1,4	4,4	3,4	1,9	4,9	3,4	2,0
45-64	Pourcentage	28,6	26,4	25,7	31,8	29,2	27,8	25,5	23,6	23,6
	Bas 95 % IC	26,9	25,0	25,1	29,1	27,1	26,9	23,3	21,8	22,8
	Élevé 95 % IC	30,3	27,8	26,4	34,4	31,3	28,8	27,7	25,4	24,5
	CV	3,0	2,8	1,3	4,3	3,6	1,7	4,5	3,8	1,9
65 et plus	Pourcentage	14,5	14,8	12,1	16,9	17,5	13,2	12,7	12,7	11,2
	Bas 95 % IC	13,0	13,5	11,5	14,4	15,4	12,2	10,7	11,0	10,5
	Élevé 95 % IC	16,0	16,1	12,7	19,5	19,6	14,2	14,7	14,4	12,0
	CV	5,3	4,5	2,7	7,7	6,1	3,9	8,0	6,8	3,4

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation,
Sources : Statistique Canada,

Tableau 14a.2
Pourcentage de fumeurs quotidiens
Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	38,5	40,5	35,8	35,6	39,1	37,5	41,6	42,1	34,0
	Bas 95 % IC	33,6	34,9	33,6	28,9	31,3	33,8	34,8	34,9	30,1
	Élevé 95 % IC	43,4	46,1	38,1	42,2	46,9	41,2	48,4	49,2	38,0
	CV	6,5	7,0	3,2	9,5	10,2	5,0	8,4	8,7	5,9
12-19	Pourcentage	26,7	36,1*	19,3	**	**	20,6*	37,4*	52,7	17,8
	Bas 95 % IC	18,1	23,2	13,2	**	**	9,6	25,0	36,7	13,7
	Élevé 95 % IC	35,3	49,1	25,4	**	**	31,7	49,8	68,6	21,9
	CV	16,5	18,3	16,1	**	**	27,3	16,9	15,5	11,8
20-34	Pourcentage	43,3	41,8	42,8	41,1	36,7	51,9	46,0	47,2	33,9
	Bas 95 % IC	35,5	32,9	37,4	31,2	25,4	44,5	35,3	36,0	28,6
	Élevé 95 % IC	51,2	50,7	48,1	50,9	48,0	59,4	56,7	58,5	39,3
	CV	9,2	10,9	6,4	12,2	15,7	7,3	11,9	12,2	8,0
35-44	Pourcentage	44,9	46,9	41,0	45,4	59,1	38,3	44,3	34,6	43,9
	Bas 95 % IC	35,3	36,7	37,3	32,6	44,8	30,7	32,3	23,9	38,8
	Élevé 95 % IC	54,5	57,1	44,7	58,3	73,5	45,9	56,3	45,4	49,0
	CV	11,0	11,1	4,6	14,5	12,4	10,1	13,8	15,8	6,0
45-64	Pourcentage	31,4	29,4	35,5	31,2*	31,6*	32,1	31,6*	26,7*	39,7
	Bas 95 % IC	22,3	19,9	31,5	18,6	18,7	24,6	20,1	15,3	29,5
	Élevé 95 % IC	40,5	38,8	39,6	43,7	44,5	39,5	43,2	38,0	49,9
	CV	14,8	16,5	5,8	20,6	20,9	11,9	18,7	21,7	13,1
65 et plus	Pourcentage	40,8*	61,3	22,6*	**	**	**	**	**	**
	Bas 95 % IC	23,7	41,9	14,5	**	**	**	**	**	**
	Élevé 95 % IC	57,8	80,8	30,8	**	**	**	**	**	**
	CV	21,4	16,2	18,4	**	**	**	**	**	**

Notes :

*Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence.

** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus élevé.

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14a.2
Pourcentage de fumeurs quotidiens
Canada

Groupe d'âge	Mesure	Le deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	24,3	23,6	21,5	25,9	25,9	23,5	22,7	21,3	19,4
	Bas 95 % IC	23,5	22,9	21,1	24,7	24,8	23,0	21,6	20,4	19,0
	Élevé 95 % IC	25,1	24,2	21,8	27,2	26,9	24,0	23,8	22,2	19,9
	CV	1,7	1,4	0,8	2,4	2,0	1,1	2,5	2,1	1,2
12-19	Pourcentage	13,6	15,8	12,9	12,2	14,9	12,1	15,1	16,6	13,6
	Bas 95 % IC	11,4	14,0	12,2	9,4	12,7	11,2	12,0	13,9	12,7
	Élevé 95 % IC	15,8	17,5	13,5	14,9	17,1	13,0	18,3	19,4	14,6
	CV	8,4	5,6	2,7	11,6	7,5	3,9	10,5	8,5	3,6
20-34	Pourcentage	31,0	28,3	26,1	32,0	30,8	29,5	30,1	25,8	22,7
	Bas 95 % IC	29,2	26,8	25,3	29,3	28,6	28,3	27,7	23,9	21,7
	Élevé 95 % IC	32,8	29,8	26,9	34,7	33,0	30,7	32,5	27,7	23,7
	CV	3,0	2,7	1,6	4,3	3,7	2,1	4,0	3,7	2,2
35-44	Pourcentage	30,1	29,7	27,1	32,8	32,7	29,2	27,3	26,7	24,9
	Bas 95 % IC	27,9	28,3	26,3	29,6	30,4	28,1	24,5	24,8	23,9
	Élevé 95 % IC	32,3	31,2	27,9	35,9	35,1	30,4	30,2	28,6	26,0
	CV	3,7	2,5	1,5	4,9	3,6	2,0	5,4	3,7	2,2
45-64	Pourcentage	24,9	23,8	22,6	27,4	26,0	24,6	22,4	21,6	20,8
	Bas 95 % IC	23,3	22,5	22,0	25,0	24,1	23,7	20,3	19,9	20,0
	Élevé 95 % IC	26,5	25,1	23,2	29,8	28,0	25,4	24,4	23,3	21,6
	CV	3,2	2,9	1,4	4,5	3,8	1,8	4,7	4,1	1,9
65 et plus	Pourcentage	12,1	12,3	10,4	14,3	15,1	11,7	10,5	10,2	9,5
	Bas 95 % IC	10,7	11,1	9,8	11,8	13,1	10,7	8,6	8,7	8,8
	Élevé 95 % IC	13,6	13,5	11,0	16,8	17,1	12,7	12,3	11,7	10,2
	CV	6,0	5,0	2,9	8,9	6,7	4,4	9,0	7,3	3,6

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14b.1
Activité physique - Pourcentage de personnes modérément actives et actives
Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	Mesure	Le deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	47,1	45,5	38,4	50,6	55,7	37,2	43,4	34,2	39,7
	Bas 95 % IC	42,2	39,7	36,1	43,8	47,7	33,6	37,1	27,1	36,4
	Élevé 95 % IC	52,1	51,3	40,7	57,3	63,8	40,7	49,7	41,2	43,1
	CV	5,4	6,5	3,1	6,8	7,4	4,9	7,4	10,5	4,3
12-19	Pourcentage	62,5	66,8	49,1	63,5	65,3	55,4	61,8	68,6	41,6
	Bas 95 % IC	50,4	52,3	43,4	48,9	46,4	46,9	48,3	53,1	32,9
	Élevé 95 % IC	74,7	81,3	54,8	78,1	84,3	63,8	75,3	84,1	50,3
	CV	9,9	11,1	5,9	11,8	14,8	7,8	11,1	11,5	10,6
20-34	Pourcentage	48,7	43,5	43,5	59,1	54,9	43,5	36,2	31,5*	43,4
	Bas 95 % IC	41,1	34,0	38,4	49,5	41,6	37,1	26,2	20,3	36,9
	Élevé 95 % IC	56,3	53,1	48,5	68,6	68,2	50,0	46,3	42,6	49,8
	CV	8,0	11,2	5,9	8,3	12,3	7,6	14,2	18,1	7,6
35-44	Pourcentage	43,6	36,1	34,4	40,0	52,6	25,3	47,6	19,3*	44,2
	Bas 95 % IC	34,1	26,6	30,0	27,3	37,6	19,4	36,2	10,5	37,0
	Élevé 95 % IC	53,0	45,6	38,9	52,6	67,6	31,1	59,0	28,2	51,5
	CV	11,0	13,4	6,6	16,1	14,5	11,9	12,2	23,3	8,3
45-64	Pourcentage	36,5	48,7	33,6	40,1*	58,8	32,8*	32,1*	36,6	34,5
	Bas 95 % IC	26,8	38,8	27,3	26,2	44,9	20,8	19,7	25,7	26,8
	Élevé 95 % IC	46,2	58,6	39,8	53,9	72,7	44,8	44,5	47,5	42,2
	CV	13,6	10,4	9,5	17,6	12,1	18,6	19,7	15,2	11,4
65 et plus	Pourcentage	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	Bas 95 % IC	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	Élevé 95 % IC	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	CV	**	**	**	**	**	**	**	**	**

Notes : ** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus élevé. Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14b.1
Activité physique - Pourcentage de personnes modérément actives ou actives
Canada

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	39,4	41,9	42,6	42,5	44,4	44,8	36,4	39,4	40,6
	Bas 95 % IC	38,4	41,1	42,2	41,1	43,2	44,1	34,9	38,4	40,1
	Élevé 95 % IC	40,5	42,7	43,1	44	45,6	45,4	37,8	40,4	41,1
	CV	1,3	1	0,5	1,8	1,4	0,7	2	1,3	0,6
12-19	Pourcentage	57,8	61,5	59,5	64,5	68,5	63,9	50,4	54,1	54,8
	Bas 95 % IC	54,7	59,5	58,4	60,8	65,5	62,5	45,8	50,9	53,3
	Élevé 95 % IC	60,9	63,5	60,5	68,3	71,6	65,4	55	57,3	56,2
	CV	2,8	1,7	0,9	3	2,3	1,2	4,7	3	1,4
20-34	Pourcentage	39,4	44,2	44,5	43,3	46,1	46,4	35,8	42,3	42,7
	Bas 95 % IC	37,6	42,6	43,7	40,5	43,7	45,1	33,4	40,3	41,5
	Élevé 95 % IC	41,3	45,7	45,4	46,1	48,4	47,7	38,2	44,3	43,8
	CV	2,4	1,8	1	3,3	2,6	1,4	3,4	2,4	1,3
35-44	Pourcentage	35,8	38,3	40	37,5	38,3	40,1	34	38,4	39,9
	Bas 95 % IC	33,4	36,9	39,1	34,2	36	38,9	30,9	36,1	38,8
	Élevé 95 % IC	38,1	39,8	40,8	40,8	40,6	41,3	37,1	40,6	41
	CV	3,4	2	1,1	4,4	3	1,6	4,7	2,9	1,4
45-64	Pourcentage	36	37,6	39,5	35,4	38,2	39,7	36,5	37	39,3
	Bas 95 % IC	34,1	36	38,8	32,7	36	38,7	33,7	35	38,3
	Élevé 95 % IC	37,8	39,2	40,3	38,2	40,5	40,8	39,3	39	40,3
	CV	2,7	2,2	1	4	3	1,4	3,9	2,8	1,3
65 et plus	Pourcentage	32,1	32,1	34,5	37,2	37,7	40,6	28,3	27,7	29,7
	Bas 95 % IC	29,8	30,3	33,5	33,3	35	39,1	25,7	25,5	28,5
	Élevé 95 % IC	34,4	33,8	35,4	41	40,4	42,2	30,9	30	30,8
	CV	3,6	2,7	1,4	5,3	3,7	2	4,7	4,1	2

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau14b.2
Activité physique - Pourcentage de personnes inactives
Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	52,9	52,0	47,8	49,4	41,2	45,3	56,6	63,9	50,4
	Bas 95 % IC	47,9	46,2	45,6	42,7	33,1	42,2	50,3	56,8	46,7
	Élevé 95 % IC	57,8	57,8	49,9	56,2	49,3	48,4	62,9	70,9	54,1
	CV	4,8	5,7	2,3	7,0	10,1	3,5	5,7	5,6	3,7
12-19	Pourcentage	37,5	26,0*	22,1	**	**	15,1	38,2*	**	30,3
	Bas 95 % IC	25,3	12,7	17,9	**	**	10,4	24,7	**	22,3
	Élevé 95 % IC	49,6	39,3	26,3	**	**	19,9	51,7	**	38,4
	CV	16,5	26,1	9,7	**	**	15,9	18,0	**	13,5
20-34	Pourcentage	51,3	53,2	44,8	40,9	43,3	39,6	63,8	63,6	49,9
	Bas 95 % IC	43,7	43,9	41,0	31,4	30,0	33,9	53,7	52,5	44,2
	Élevé 95 % IC	58,9	62,4	48,7	50,5	56,6	45,3	73,8	74,8	55,6
	CV	7,6	8,9	4,4	11,9	15,7	7,4	8,1	8,9	5,9
35-44	Pourcentage	56,4	63,1	58,4	60,0	47,4	66,4	52,4	78,9	49,8
	Bas 95 % IC	47,0	53,5	53,9	47,4	32,4	58,8	41,0	69,6	41,8
	Élevé 95 % IC	65,9	72,6	63,0	72,7	62,4	74,1	63,8	88,2	57,9
	CV	8,5	7,7	4,0	10,7	16,1	5,9	11,1	6,0	8,3
45-64	Pourcentage	63,5	51,3	54,7	59,9	41,2*	51,3	67,9	63,4	58,8
	Bas 95 % IC	53,8	41,4	50,1	46,1	27,3	42,5	55,5	52,5	49,6
	Élevé 95 % IC	73,2	61,2	59,2	73,8	55,1	60,0	80,3	74,3	68,1
	CV	7,8	9,8	4,3	11,8	17,2	8,7	9,3	8,8	8,0
65 et plus	Pourcentage	73,9	87,4	68,3	**	**	55,7	73,3	100,0	80,4
	Bas 95 % IC	58,2	74,2	60,5	**	**	43,8	58,2	100,0	70,6
	Élevé 95 % IC	89,7	100,5	76,1	**	**	67,5	88,4	100,0	90,2
	CV	10,9	7,7	5,9	**	**	10,8	10,5	0,0	6,2

Notes :

*Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence. Voir la méthodologie pour plus de détails.

** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus élevé.

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14b.2
Activité physique - Pourcentage de personnes inactives
Canada

Groupe d'âge	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (12 et plus)	Pourcentage	54,6	55,1	49,1	49,3	51,6	44,2	59,8	58,5	53,8
	Bas 95 % IC	53,6	54,3	48,6	47,9	50,4	43,5	58,3	57,4	53,3
	Élevé 95 % IC	55,6	55,8	49,5	50,7	52,7	44,8	61,2	59,5	54,4
	CV	0,9	0,7	0,5	1,4	1,1	0,7	1,2	0,9	0,5
12-19	Pourcentage	31,5	33,6	27,7	23,1	25,3	21,1	40,7	42,3	34,6
	Bas 95 % IC	28,7	31,8	26,7	19,9	22,7	19,8	36,3	39,1	33,1
	Élevé 95 % IC	34,3	35,5	28,6	26,4	28	22,3	45	45,5	36,1
	CV	4,5	2,8	1,8	7,2	5,3	2,9	5,5	3,9	2,2
20-34	Pourcentage	55,6	54	47,2	50	51,4	42,9	61	56,5	51,6
	Bas 95 % IC	53,8	52,5	46,3	47,2	49	41,6	58,6	54,6	50,4
	Élevé 95 % IC	57,5	55,5	48,1	52,8	53,8	44,2	63,5	58,5	52,8
	CV	1,7	1,4	0,9	2,8	2,4	1,6	2	1,8	1,2
35-44	Pourcentage	59,8	59,8	53,3	55,9	59,3	50	63,8	60,3	56,6
	Bas 95 % IC	57,5	58,3	52,4	52,6	57	48,6	60,8	58,1	55,4
	Élevé 95 % IC	62,1	61,3	54,2	59,3	61,6	51,3	66,7	62,5	57,8
	CV	1,9	1,3	0,9	3	2	1,4	2,3	1,9	1,1
45-64	Pourcentage	59,1	59,7	53,6	57,3	58	50,8	60,9	61,5	56,4
	Bas 95 % IC	57,2	58,2	52,9	54,5	55,8	49,7	58,2	59,5	55,4
	Élevé 95 % IC	61	61,3	54,4	60,1	60,2	51,9	63,6	63,4	57,4
	CV	1,6	1,4	0,7	2,5	2	1,1	2,3	1,7	0,9
65 et plus	Pourcentage	60,6	61,5	56,1	52	53,8	46,1	67,1	67,4	63,8
	Bas 95 % IC	58,3	59,8	55,1	48,2	50,9	44,6	64,2	65,2	62,5
	Élevé 95 % IC	62,9	63,3	57,1	55,9	56,8	47,6	69,9	69,6	65,1
	CV	2	1,5	0,9	3,8	2,8	1,7	2,2	1,7	1

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau14c.1
Poids corporel - Pourcentage de la population par l'indice de masse corporelle (IMC)
Territoires du Nord-Ouest

Groupe de poids	Mesure	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Poids insuffisant (IMC<18,5)	Pourcentage	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	Bas 95 % IC	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	Élevé 95 % IC	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	CV	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Acceptable Poids (IMC 18,5 à 24,9)	Pourcentage	41,0	42,6	40,1	39,0	35,5	35,7	43,4	50,3	44,9
	Bas 95 % IC	35,5	36,6	36,6	31,8	27,4	31,2	35,8	42,6	40,7
	Élevé 95 % IC	46,5	48,6	43,6	46,3	43,6	40,2	50,9	57,9	49,1
	CV	6,8	7,2	4,4	9,5	11,6	6,4	8,9	7,8	4,8
Poids excessif (IMC 25 à 29,9)	Pourcentage	35,7	33,2	33,6	43,8	39,5	38,6	26,1	26,4	28,0
	Bas 95 % IC	30,4	27,3	30,3	36,4	30,8	34,2	19,6	19,6	24,6
	Élevé 95 % IC	41,0	39,1	36,8	51,2	48,1	42,9	32,5	33,2	31,4
	CV	7,6	9,0	5,0	8,6	11,2	5,8	12,6	13,1	6,2
Obésité (IMC 30 et plus)	Pourcentage	16,8	18,0	22,5	15,0*	20,5*	23,0	19,0	15,3*	21,9
	Bas 95 % IC	12,8	13,2	19,8	9,6	13,4	18,4	13,6	10,3	18,2
	Élevé 95 % IC	20,8	22,8	25,1	20,4	27,6	27,6	24,4	20,3	25,5
	CV	12,1	13,5	6,0	18,2	17,7	10,2	14,5	16,7	8,5
Non précisé	Pourcentage	4,6*	5,9*	2,4	**	**	**	7,6*	7,4*	3,9
	Bas 95 % IC	2,4	3,3	1,7	**	**	**	3,9	3,5	2,8
	Élevé 95 % IC	6,8	8,5	3,1	**	**	**	11,3	11,3	5,0
	CV	24,1	22,3	15,0	**	**	**	24,7	26,7	14,0

Notes : ** Supprimé quand le CV est de 33,4 ou plus élevé.
Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Tableau 14c.2
Pourcentage de la population présentant un excès de poids (IMC 25 à 29,9), selon l'âge
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Les deux sexes

Groupe d'âge	Mesure	TNO			Canada		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (20 à 64)	Pourcentage	35,7	33,2	33,6	34,9	34,4	32,5
	Bas 95 % IC	30,4	27,3	30,3	33,7	33,5	32,1
	Élevé 95 % IC	41,0	39,1	36,8	36,0	35,3	33,0
	CV	7,6	9,0	5,0	1,7	1,4	0,7
20-34	Pourcentage	33,4	32,1	30,3	27,9	28,4	26,1
	Bas 95 % IC	25,7	22,8	24,0	26,2	27,1	25,3
	Élevé 95 % IC	41,2	41,4	36,6	29,5	29,7	26,8
	CV	11,9	14,8	10,6	3,0	2,3	1,5
35-44	Pourcentage	37,0	34,1	32,8	34,6	33,9	32,7
	Bas 95 % IC	27,8	25,2	27,7	32,5	32,4	31,8
	Élevé 95 % IC	46,2	43,0	38,0	36,7	35,3	33,5
	CV	12,7	13,3	8,0	3,0	2,2	1,3
45-64	Pourcentage	38,9	33,6	38,7	42,4	40,5	37,8
	Bas 95 % IC	28,8	23,0	33,7	40,4	38,9	37,1
	Élevé 95 % IC	48,9	44,2	43,7	44,5	42,2	38,6
	CV	13,2	16,1	6,6	2,5	2,1	1,0

IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation. Source : Statistique Canada.

Tableau 14c.3
Pourcentage de la population souffrant d'obésité (IMC 30 et plus), selon l'âge
Territoires du Nord-Ouest et Canada, Les deux sexes

Groupe d'âge	Mesure	TNO			Canada		
		1994-95	1996-97	2000-01	1994-95	1996-97	2000-01
Total (20 à 64)	Pourcentage	16,8	18,0	22,5	13,2	12,2	14,9
	Bas 95 % IC	12,8	13,2	19,8	12,4	11,6	14,6
	Élevé 95 % IC	20,8	22,8	25,1	14,0	12,8	15,3
	CV	12,1	13,5	6,0	3,0	2,3	1,2
20-34	Pourcentage	10,5*	12,1*	17,3	10,3	8,9	11,3
	Bas 95 % IC	5,8	6,0	13,7	9,2	8,1	10,7
	Élevé 95 % IC	15,1	18,3	21,0	11,3	9,7	11,8
	CV	22,7	25,8	10,7	5,3	4,4	2,4
35-44	Pourcentage	24,0*	23,3*	20,9	12,5	11,8	14,7
	Bas 95 % IC	15,4	14,9	16,6	11,1	10,6	14,1
	Élevé 95 % IC	32,6	31,8	25,2	14,0	13,0	15,3
	CV	18,2	18,5	10,4	6,0	5,0	2,1
45-64	Pourcentage	21,0*	19,5*	31,2	16,8	15,7	18,2
	Bas 95 % IC	13,2	11,6	25,2	15,4	14,7	17,6
	Élevé 95 % IC	28,7	27,5	37,1	18,2	16,8	18,7
	CV	18,9	20,8	9,8	4,4	3,4	1,6

Notes :
*Quand le CV est de 16,6 ou plus élevé, les valeurs devraient être traitées avec prudence.
IC = Intervalle de confiance et CV = Coefficient de variation.
Source : Statistique Canada.

Annexe C

Méthodologie et sources des données

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

Méthodes sur les indicateurs et sources de données

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

1. Espérance de vie

1a. Espérance de vie

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations sur les décès et la population utilisées pour les tables de survie.
Sources : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Bases de données sur les naissances et les décès et la Division de la démographie (estimations de la population).

1b. Espérance de vie sans incapacité

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations sur les décès et la population utilisées pour les tables de survie. De plus, les personnes vivant sur des bases militaires et les réserves des Premières nations sont exclues de l'enquête sur la santé, et donc, implicitement traitées comme ayant les mêmes taux moyens d'incapacité que le reste de la population.
Sources : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et la Division de la démographie; recensement (comptes institutionnels de la population).

2. Mortalité infantile

Exclusions : Les bébés nés de mères non résidentes du Canada, et les enfants morts-nés de mères non résidentes du Canada. Les enfants nés à l'extérieur de la province ou territoire de résidence de leur mère ou les enfants qui décèdent à l'extérieur de la province ou territoire de leur mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère. Par exemple, un bébé né à Yellowknife. T.N.-O., qui décède à Edmonton, Alberta, n'est pas compté dans les taux de mortalité infantile de l'Alberta; il est compté dans le taux de mortalité infantile des T.N.-O.
Numérateur : Nombre de décès (excluant le nombre estimé du poids de moins de 500 grammes à la naissance) d'enfants de moins d'un an, dans une année donnée.
Dénominateur : Total de naissances de bébés vivants pesant 500 grammes et plus, dans une année donnée.
Calcul : Nombre de décès, divisé par le nombre total de naissances de bébés vivants, X 1000,
Sources : Statistique Canada. Statistiques de l'état civil. Bases de données sur les naissances et les décès.

3. Faible poids à la naissance

Exclusions : Les naissances avec des poids inconnus à la naissance; les enfants nés de mères non résidentes du 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 ne sont pas inclus dans les taux pour la province ou territoire de résidence de la mère.
Numérateur : Nombre de naissances de bébés vivants >500 et <2500 grammes, au sein d'une année spécifiée.
Dénominateur : Total de naissances de bébés vivants avec un poids connu à la naissance > 500 grammes, au sein d'une année spécifiée.
Source : Statistique Canada, Catalogue 84F0210XPB, Naissances et décès;
Indicateurs de santé communautaire - Définitions et méthodes, Institut canadien d'information sur la santé, 1995;Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Comité consultatif sur la santé de la population, 1999; site Web de Statistique Canada,

4, Autoévaluation de la santé

Exclusions :	Les personnes vivant sur les réserves des Premières nations et sur les terres de la Couronne, les résidents en institutions, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées exclues de l'échantillonnage. On n'a pas enquêté sur les jeunes de moins de 12 ans.
Numérateur :	Le nombre estimé de personnes disant avoir une excellente ou une très bonne santé, dans le cadre du cycle d'enquête d'une province ou territoire donné (les catégories de réponse sont excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise
Dénominateur :	Population totale de douze ans et plus dans une province ou territoire
Calcul :	(numérateur/dénominateur) x 100, avec une pondération ajustée pour refléter les non-réponses.
Source :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.1 - 2000-2001; et enquêtes nationales sur l'état de santé de la population (1994-1995 à 1996-1997).

5. Changement dans l'espérance de vie

5a. Taux de mortalité, normalisés selon l'âge, attribuables au cancer du poumon, de la prostate, du sein ou colorectal, à un infarctus aigu du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral

Exclusions :	Décès de non-résidents.
Source :	Statistique Canada, Statistique de l'état civil et la Division de la démographie.

6. Qualité de vie améliorée

6a. Arthroplastie complète de la hanche

Exclusions :	Les patients non traités comme malades hospitalisés dans un hôpital de soins actifs et ceux qui ont eu leur chirurgie avant l'admission.
Numérateur :	Nombre de séparation de malades hospitalisés d'un hôpital de soins actifs (autorisations de sortie d'hôpital, registres de sorties et décès) où le patient a reçu une arthroplastie complète de la hanche au cours de l'année, selon l'âge et le sexe,
Dénominateur :	Population selon les catégories d'âge et le sexe, soit selon le recensement ou les estimations du recensement, pour l'année.
Sources :	Base de données sur la morbidité des hôpitaux, Institut canadien d'information sur la santé, Recensement Canada et Statistique Canada.

6b. Arthroplastie complète du genou

Exclusions :	Les patients non traités comme malades hospitalisés dans un hôpital de soins actifs et ceux qui ont eu leur chirurgie avant l'admission.
Numérateur :	Nombre de séparation de malades hospitalisés d'un hôpital de soins actifs (autorisations de sortie d'hôpital, registres de sorties et décès) où le patient a reçu une arthroplastie complète du genou au cours de l'année, selon l'âge et le sexe.
Dénominateur :	Population selon les catégories d'âge et le sexe, soit selon le recensement ou les estimations du recensement, pour l'année.
Source :	Base de données sur la morbidité des hôpitaux, Institut canadien d'information sur la santé, Recensement Canada et Statistique Canada.

7. Réduction du fardeau associé aux maladies, aux affections et aux blessures

7a. Taux d'incidence, normalisés selon l'âge, du cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal

Exclusions: Non-résidents
Sources : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie.

7b. Années potentielles de vie perdues attribuables au cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal, à l'IAM, à un accident vasculaire cérébral, au suicide et à une blessure accidentelle

Exclusions : Les non-résidents du Canada sont exclus des estimations sur les décès et la population utilisées dans le numérateur et le dénominateur.
Numérateur : Décès de personnes âgées de moins de 75 ans, selon le groupe d'âge, le sexe et la cause, Prendre le point milieu de chaque groupe d'âge, soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge subdivisé par sexe et la cause du décès. Cela représente les années potentielles de vie perdues.
Dénominateur : Estimations de la population (seulement si le taux est désiré; autrement, pas de dénominateur)
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population).

7c. Incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin

7c (i) Taux d'incidence de la méningococcie invasive.

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre total de cas.
Dénominateur : Population totale de moins de 20 ans.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O. et Statistique Canada.

7c (ii). Taux d'incidence de la rougeole

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre total de cas.
Dénominateur : Population totale.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O. et Statistique Canada.

7c (iii). Taux d'incidence chez les enfants de l'Haemophilus influenzae b (invasive) (Hib)

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre total de cas dans la population de moins de sans
Dénominateur : Population totale de moins de 5 ans
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O. et Statistique Canada.

9. Satisfaction des patients

Exclusions : Les répondants qui n'ont pas reçu un service de santé au cours des 12 derniers mois.
Numérateur : Nombre pondéré et pourcentage de personnes qui ont dit avoir une excellente ou une très bonne qualité de service et qui sont satisfaites ou plutôt satisfaites du service fourni.
Dénominateur : Population totale des T.N.-O. de 15 ans et plus qui ont utilisé les services de soins de santé au cours des 12 derniers mois.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.1 2000-2001.

12. Soins à domicile et soins communautaires

12a. Admissions aux soins à domicile

Exclusions : Aucune (les données administratives ne permettent pas l'exclusion des clients provenant de l'extérieur des Territoires).
Numérateur : Nombre total d'admission aux programmes de soins à domicile (services de santé, sociaux et d'aide) au cours de l'exercice
Dénominateur : Population totale de la province ou du territoire à partir du recensement ou des estimations du recensement.
Calcul : Total des admissions aux programmes de soins à domicile / total de la population de la province ou du territoire.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O. et Statistique Canada.

12b. Admissions aux programmes de soins à domicile financés à même les fonds publics, toute proportion gardée, par habitant de 75 ans et plus

Exclusions : Aucune (les données administratives ne permettent pas l'exclusion des clients provenant de l'extérieur des Territoires).
Numérateur : Nombre total d'admissions de personnes âgées de 75 ans et plus à des programmes de soins à domicile (soins de santé et soins ménagers) au cours de l'exercice.
Dénominateur : Nombre total des personnes âgées de 75 ans et plus selon le recensement ou les estimations du recensement
Calcul : Total des admissions des personnes âgées de 75 ans et plus/Total des personnes âgées de 75 ans et plus
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Bureau de la statistique des T.N.-O. et Statistique Canada.

12c. Utilisation des soins à domicile

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre pondéré et pourcentage de personnes qui ont dit avoir recours à certains genres de services.
Dénominateur : Population canadienne totale de 18 ans et plus.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Source : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes - Cycle 1.1 2000.

12d. Affections sensibles aux soins ambulatoires (ASSA)

Exclusions : Les patients non hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs (p, ex, ceux qui ne sont vus qu'à l'urgence ou dans un établissement de soins chroniques).
Numérateur Nombre d'ASSA de congés d'hospitalisation d'hôpitaux de soins actifs (autorisation de sortie et décès) au cours de l'année, selon l'âge et les sexes.
Dénominateur : Population selon les catégories d'âges et les sexes, soit selon le recensement ou les estimations du recensement, pour l'année.
Calcul : Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge en utilisant une méthode de normalisation basée sur la population canadienne au 1er juillet 1991.
Sources : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données des hôpitaux sur la morbidité et Statistique Canada, Recensement.

13. Contrôle et protection de la santé publique

13a. Taux d'incidence de la tuberculose

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre de nouveaux cas rapportés et de cas de rechute de tuberculose
Dénominateur : Population totale.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Santé Canada. Statistique Canada et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

13b. Taux d'incideuce du VIH

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infections au VIH.
Dénominateur : Population totale.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Santé Canada. Statistique Canada et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

13c. Taux d'incidence d'E. coli vérotoxine

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre de cas rapportés d'E. coli vérotoxine.
Dénominateur : Population totale
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Santé Canada. Statistique Canada et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

13d. Taux d'incidence de la chlamydiose

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre de cas rapportés d'infection à la chlamydiose génitale par groupes d'âge.
Dénominateur : Population totale par groupes d'âge (15 à 19, et 20 à 24).
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000.
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O., Santé Canada. Statistique Canada et le Bureau de la statistique des T.N.-O.

13e. Exposition à la fumée secondaire

Exclusions : Aucune
Numérateur : Nombre total de personnes non fumeuses qui disent être exposées à la fumée secondaire au Canada.
Dénominateur : Population totale par groupes d'âge.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

14. Promotion de la santé et prévention des maladies

14a. Pourcentage de fumeurs actuels (adolescents)

Exclusions : Aucune
Numérateur : Nombre pondéré de personnes âgées entre 12 et 19 ans qui disent fumer actuellement.
Dénominateur : Total de la population des T.N.-O. de 12 à 19 ans.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Enquête nationale sur l'état de santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997.

14b. Activité physique

Exclusions : Aucune.
Numérateur : a) Nombre de personnes rapportant une activité physique combinée (> 3,0 kcal/kg/jour) et des niveaux moyens d'activité physique (1,5-2,9 kcal/kg/jour).
b) Nombre de personnes qui disent ne pas faire d'activité physique (<1,5 kcal/kg/jour).
Dénominateur : Population totale de 12 ans et plus.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100.
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.1, 2000-01, Enquête nationale sur l'état de santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997.

14c. Indice de masse corporelle (IMC)

Exclusions : Aucune.
Numérateur : Nombre de résidents, âgés entre 20 et 64 ans, qui rapportent avoir un IMC d'une des quatre catégories : <18,5 (poids insuffisant), 18,5-24,9 (poids acceptable), 25-29,9 (excès de poids), et 30 ou plus.
Dénominateur : Population totale âgée de 20 à 64 ans.
Calcul : (Numérateur/Dénominateur) x 100 000
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, Enquête nationale sur l'état de santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997.

Note : L'IMC est calculé par le poids (en kilos) divisé par la grandeur (en mètre) au carré.

OFFICE OF THE AUDITOR GENERAL
AND THE
COMMISSIONER OF THE ENVIRONMENT
AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT

CANADA

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
ET DU
COMMISSAIRE À L'ENVIRONNEMENT
ET AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

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

J'ai vérifié les indicateurs de la santé présentés dans le rapport du gouvernement des Territoires Nord-Ouest de septembre 2002 sur les indicateurs de la santé comparables. Ces indicateurs sont fondés sur l'engagement énoncé dans le communiqué sur la santé émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000. La Conférence des sous-ministres a défini les indicateurs spécifiques sur lesquels des rapports seraient fournis régulièrement à la population. L'élaboration de ce rapport sur les indicateurs de la santé incombe au gouvernement des Territoires Nord-Ouest. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les indicateurs de la santé en me fondant sur ma vérification. Cependant, elle ne s'étend pas à l'évaluation des résultats atteints ni à la pertinence des indicateurs de la santé.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les deux paragraphes suivants, j'ai effectué ma vérification conformément aux normes relatives aux missions de certification de l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de la santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de la santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères énoncés à l'annexe 1. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de la santé et de l'information fournie sur ces derniers. La vérification comprend également l'évaluation des décisions importantes fondées sur le jugement prises pas la direction et incluses dans le rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, la vérification se limite à l'information portant sur l'année la plus récente au cours de laquelle il y a eu compte rendu sur chacun des indicateurs.

Les données sur les trois indicateurs ci-dessous sont tirées des bases de donnée appropriées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

- taux d'arthroplasties complètes du genou,
- taux d'arthroplasties complètes de la hanche,
- taux d'hospitalisation pour les affections sensibles aux soins ambulatoires.

Les documents sur le processus d'assurance de la qualité des systèmes de l'ICIS qui traitent les indicateurs susmentionnés sont inadéquats. De plus, l'étude de trois ans portant sur le contrôle de la compilation des données, qui donnera des renseignements sur la qualité des intrants, ne sera pas terminée avant deux ans. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude des données ni sur le caractère adéquat de l'information fournie au sujet des trois indicateurs. Les données nationales sur les quatre indicateurs ci-dessous sont tirées des bases de données appropriées de Santé Canada :

- taux d'incidence de la tuberculose,
- diagnostic déclaré de VIH,
- taux d'incidence de l'E. coli vérotoxine,
- taux d'incidence de la chlamydiose.

La participation à ces bases de données est volontaire. Il n'existe pas d'ententes officielles entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur l'échange, les normes et les définitions des données pour ces bases de données. Les processus d'assurance de la qualité de ces bases de données sont donc inadéquats pour garantir l'exactitude des données. Dans le rapport du gouvernement fédéral sur les indicateurs de la santé, Santé Canada déclare qu'il faut améliorer la qualité des données. Par conséquent, je ne suis pas en mesure de formuler une opinion sur l'exactitude ni le caractère adéquat de l'information sur les données utilisées pour ces indicateurs.

À mon avis, à l'exception des sept indicateurs mentionnés dans les deux paragraphes précédents, les 36 autres indicateurs de la santé compris dans le rapport des Territoires Nord-Ouest et soumis à mon examen donnent, à tous les égards importants, une image fidèle selon les critères de l'annexe 1 et fournissent l'information qu'exige l'engagement pris par les premiers ministres de rendre compte aux Canadiens et Canadiennes. De plus, les dérogations aux critères sont signalées et décrites correctement aux pages 14, 23, 24, 26 et 36.

La direction a souligné l'absence de 24 indicateurs de la santé et expliqué les raisons de cette absence aux pages susmentionnées.

Je demeure optimiste devant le travail fait par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires Nord-Ouest pour la préparation de son premier rapport sur les indicateurs de la santé.

Pour la vérificatrice générale du Canada

Ronald C. Thompson, CA
Vérificateur général adjoint

Ottawa, Canada
le 25 septembre 2002

ANNEXE 1 : Critères de vérification

Le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires Nord-Ouest a reconnu la pertinence des critères suivants :

Intégralité

Les indicateurs de la santé faisant l'objet du rapport respectent toutes les exigences en matière d'évaluation des résultats et de reddition de comptes relativement à l'engagement pris dans le communiqué sur la santé émis lors de la réunion des premiers ministres. Les indicateurs de la santé répondent aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées par la Conférence des sous-ministres.

Exactitude

Les indicateurs de la santé faisant l'objet du rapport reflètent correctement les faits à un niveau approprié d'exactitude.

Caractère adéquat de l'information fournie

Les indicateurs de la santé sont définis, leurs portées et leurs limites sont expliquées. Le rapport signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé par la Conférence des sous-ministres. Il présente également ce qu'on prévoit faire pour régler les cas de non-conformité.