

Profil de la santé, juin 2011

Définitions, sources et symboles

Bien-être

1. Santé perçue, très bonne ou excellente

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant excellent ou très bon ou passable ou mauvais, selon l'indicateur. La santé perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond. La santé réfère non seulement à l'absence de maladie ou de blessure mais aussi à un bien être physique, mental et social.

2. Santé perçue, passable ou mauvaise

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant excellent ou très bon ou passable ou mauvais, selon l'indicateur. La santé perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond. La santé réfère non seulement à l'absence de maladie ou de blessure mais aussi à un bien être physique, mental et social.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

3. Santé mentale perçue, très bonne ou excellente

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent ou très bon ou passable ou mauvais, selon l'indicateur. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçu fournit une indication générale de la population qui souffre d'une

forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

4. Santé mentale perçue, passable ou mauvaise

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent ou très bon ou passable ou mauvais, selon l'indicateur. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçu fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

5. Stress perçu dans la vie

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré percevoir que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes. Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que perçu par la personne ou dans le cas d'une interview par procuration, la perception de la personne qui répond.

Problèmes de santé

6. Embonpoint ou obèse

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. D'après les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada, les risques suivants sont associés avec chaque catégorie de l'IMC :

- poids normal = moindre risque;

- poids insuffisant et embonpoint = risque accru de développer des problèmes de santé;
- obésité, classe I = risque élevé;
- obésité, classe II = risque très élevé;
- obésité, classe III = risque extrêmement élevé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres).

La définition a été modifiée en 2004 pour rendre la classification du poids corporel conforme aux nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada. L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice est :

- inférieur à 18,50 (poids insuffisant);
- 18,50 à 24,99 (poids normal);
- 25,00 à 29,99 (embonpoint);
- 30,00 à 34,99 (obésité, classe I);
- 35,00 à 39,99 (obésité, classe II);
- 40,00 et plus (obésité, classe III).

7. Embonpoint

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. D'après les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada, les risques suivants sont associés avec chaque catégorie de l'IMC :

- poids normal = moindre risque;
- poids insuffisant et embonpoint = risque accru de développer des problèmes de santé;
- obésité, classe I = risque élevé;
- obésité, classe II = risque très élevé;
- obésité, classe III = risque extrêmement élevé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres).

La définition a été modifiée en 2004 pour rendre la classification du poids corporel conforme aux nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada. L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice est :

- inférieur à 18,50 (poids insuffisant);
- 18,50 à 24,99 (poids normal);
- 25,00 à 29,99 (embonpoint);
- 30,00 à 34,99 (obésité, classe I);
- 35,00 à 39,99 (obésité, classe II);
- 40,00 et plus (obésité, classe III).

8. Obèse

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. D'après les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada, les risques suivants sont associés avec chaque catégorie de l'IMC :

- poids normal = moindre risque;
- poids insuffisant et embonpoint = risque accru de développer des problèmes de santé;
- obésité, classe I = risque élevé;
- obésité, classe II = risque très élevé;
- obésité, classe III = risque extrêmement élevé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres).

La définition a été modifiée en 2004 pour rendre la classification du poids corporel conforme aux nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada. L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).

D'après les nouvelles normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice est :

- inférieur à 18,50 (poids insuffisant);
- 18,50 à 24,99 (poids normal);
- 25,00 à 29,99 (embonpoint);
- 30,00 à 34,99 (obésité, classe I);
- 35,00 à 39,99 (obésité, classe II);
- 40,00 et plus (obésité, classe III).

9. Embonpoint ou obèse, jeunes

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. D'après les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de Santé Canada, les risques suivants sont associés avec chaque catégorie de l'IMC : poids normal = moindre risque; poids insuffisant et embonpoint = risque accru de développer des problèmes de santé; obésité, classe I = risque élevé; obésité, classe II = risque très élevé; obésité, classe III = risque extrêmement élevé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres).

L'indice de masse corporelle (IMC) chez les jeunes est différent de celui des adultes car ils sont encore en croissance. Cet indicateur classe les enfants de 12 à 17 ans (sauf les répondantes âgées de 15 à 17 ans qui étaient enceintes ou qui n'ont pas répondu à la question sur la grossesse) comme étant « obèse » ou « souffrant d'embonpoint » d'après les seuils de l'IMC selon l'âge et le sexe définis par Cole et collaborateurs. Les seuils établis par Cole sont fondés sur l'agrégation de données internationales (Brésil, Grande Bretagne, Hong Kong, Pays Bas, Singapour et États Unis) sur l'IMC et reliés aux seuils de 25 (embonpoint) et 30 (obésité) reconnus internationalement pour les adultes.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

10. Arthrite

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 14 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé. Les données de 2007-2008 pour cet indicateur sont rapportées pour les personnes âgées de 12 ans et plus.

L'arthrite comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie.

11. Diabète

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.

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

12. Asthme

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.

13. Hypertension

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé.

14. Trouble de l'humeur

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie d'un professionnel de la santé.

15. Douleurs ou malaises, modérés ou sévères

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir habituellement de la douleur ou des malaises.

16. Douleurs ou malaises empêchant des activités

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir des douleurs ou malaises qui ont un effet sur leurs activités.

17. Faible poids à la naissance

Source : Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4303](#)

Proportion de naissances vivantes (poids à la naissance connu) pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est inférieur à 2 500 grammes.

Les totalisations et taux (pourcentages) du présent tableau se fondent sur la somme de trois années consécutives de données, divisée par trois. Ces données ont été arrondies et ne permettent pas toujours d'obtenir les totalisations exactes.

La période de référence associée à ces données reflète le point milieu de la période de trois années.

18. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 35 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de bronchite chronique, d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) d'un professionnel de la santé.

19. Blessures au cours des 12 derniers mois causant la limitation des activités normales

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois. Les lésions dues aux mouvements répétitifs ne sont pas incluses. S'entend des blessures qui sont suffisamment graves pour limiter les activités normales. Pour ceux qui ont subi plus d'une blessure au cours des 12 derniers mois, s'entend de « la blessure la plus grave », telle qu'indiquée par le répondant.

20. Blessures au cours des 12 derniers mois, requérant un suivi médical

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont subi des blessures au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu des soins médicaux prodigués par un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant la blessure.

21. Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) menant à une hospitalisation

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPCP), ICIS, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux \(AVC\) menant à une hospitalisation](#)

Taux normalisé selon l'âge de nouveaux événements d'AVC avec admission dans un hôpital de soins de courte durée pour 100 000 personnes de 20 ans et plus. Un nouvel événement s'entend d'une première hospitalisation pour un AVC ou d'une hospitalisation survenue plus de 28 jours après l'admission pour l'événement précédent au cours de la période de référence. Une personne peut avoir plus d'un événement d'AVC pendant la période de référence.

L'accident vasculaire cérébral est l'une des principales causes d'invalidité de longue durée et de mortalité. Il est important d'en mesurer la prévalence dans la population afin de pouvoir planifier et évaluer les stratégies de prévention, répartir les ressources en santé et estimer les coûts. En ce qui concerne la surveillance des maladies, les événements d'AVC se répartissent dans trois groupes : les événements fatals survenus hors de l'hôpital, les événements non fatals traités hors d'un hôpital de soins de courte durée et les événements avec admission dans un hôpital de soins de courte durée. Bien que les AVC avec hospitalisation ne représentent pas l'ensemble des accidents vasculaires cérébraux qui surviennent au sein de la population, cette information donne une estimation actuelle et utile de la prévalence de cette maladie.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

22. Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPCP), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'événements d'infarctus aigu du myocarde \(IAM\) menant à une hospitalisation](#)

Taux normalisé selon l'âge de nouveaux événements avec admission dans un hôpital de soins de courte durée pour 100 000 personnes de 20 ans et plus. Un nouvel événement s'entend d'une première hospitalisation pour un IAM ou d'une hospitalisation survenue plus de 28 jours après l'admission pour l'événement précédent au cours de la période de référence. Une personne peut avoir plus d'un événement d'IAM pendant la période de référence.

L'IAM est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Il est important d'en mesurer la prévalence dans la population afin de pouvoir planifier et évaluer les stratégies de prévention, répartir les ressources en santé et estimer les coûts. En ce qui concerne la surveillance des maladies, les événements d'IAM se répartissent dans trois groupes : les événements non diagnostiqués, les événements fatals survenus hors de l'hôpital et les événements avec admission dans un hôpital de soins de courte durée. Bien que les IAM avec hospitalisation ne représentent pas l'ensemble des infarctus aigus du myocarde qui surviennent au sein de la population, cette information donne une estimation actuelle et utile de la prévalence de cette maladie.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

23. Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure

Source : Registre national des traumatismes (RNT), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure](#)

Taux d'hospitalisations en établissement de soins de courte durée à la suite d'une blessure résultant du transfert d'énergie (excluant l'intoxication et d'autres blessures non traumatiques), normalisé selon l'âge par 100 000 habitants.

Cet indicateur donne une idée de la pertinence et de l'efficacité des efforts de prévention des blessures, y compris les campagnes d'éducation du public, le développement et l'utilisation des produits, les études de conception des collectivités et des voies de circulation, et les ressources de prévention et de traitement.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Comportements sanitaires

24. Fume actuellement, tous les jours ou à l'occasion

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient.

Les fumeurs quotidiens sont ceux qui fument des cigarettes quotidiennement.

Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument des cigarettes occasionnellement. Cela inclut les anciens fumeurs quotidiens qui fument maintenant occasionnellement.

25. Fume actuellement, tous les jours

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient.

Les fumeurs quotidiens sont ceux qui fument des cigarettes quotidiennement.

Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

Bien que l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) produisent des estimations nationales et provinciales des taux d'usage du tabac, les utilisateurs doivent être avisés de certaines différences entre les deux enquêtes. Premièrement, les deux enquêtes utilisent des bases d'échantillonnage différentes. Deuxièmement, l'échantillon annuel de l'ESUTC est de 20 000 comparé à 65 000 répondants pour l'ESCC. Troisièmement, dans l'ESCC, les questions sur l'usage du tabac sont posées dans le cadre d'un questionnaire à sujets multiples liés à la santé, tandis que toutes les questions de l'ESUTC portent sur l'usage du tabac. Ces différences peuvent influencer la précision des informations fournies par le répondant. Bien que ces facteurs puissent influencer les estimations produites à un point précis dans le temps, on a noté que les tendances produites par les deux enquêtes sont comparables dans le temps. Plutôt que de comparer des taux d'usage du tabac entre les deux enquêtes, Statistique Canada recommande aux utilisateurs de choisir une seule source, selon leurs objectifs, et d'utiliser cette source de façon constante.

26. Consommation abusive d'alcool

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année.

Depuis 2009, le dénominateur inclut toute la population âgée de 12 ans et plus. Ceci s'applique aux taux de toutes les années incluses dans ce tableau. Avant 2009, le dénominateur incluait seulement la population qui avait déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois. L'augmentation de la population du dénominateur a pour impact de réduire les taux estimés. Cette modification a été mise en place pour produire des taux plus comparables dans le temps et est cohérente avec les méthodes de calcul des autres indicateurs de santé.

27. Activité physique durant les loisirs, modérément actif ou actif

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs.

Les répondants sont groupés comme actif, modérément actif ou inactif selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des 3 mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active physiquement; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

28. Activité physique durant les loisirs, inactif

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs.

Les répondants sont groupés comme actif, modérément actif ou inactif selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des 3 mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active physiquement; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure à 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive.

29. Consommation de fruits et légumes, 5 fois ou plus par jour

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Indique le nombre de fois (fréquence) habituel par jour qu'une personne a déclaré manger des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

30. Utilisation d'un casque de vélo

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir toujours porté un casque lorsqu'elles ont fait de la bicyclette au cours des 12 derniers mois.

Fonction humaine

31. Participation et limitation des activités, parfois ou souvent

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus.

32. État de santé fonctionnelle, bonne à entière

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui déclarent des mesures qui donnent une idée de la santé fonctionnelle globale fondée sur 8 attributs fonctionnels (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur).

Un résultat variant entre 0,8 et 1,0 est associé à une santé fonctionnelle bonne ou entière. Les résultats inférieurs à 0,8 témoignent de problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves.

Aussi appelé Indice de l'état de santé (IES), cet indice, créé par le Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster, est fondé sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS).

Accessibilité

33. Vaccination contre la grippe, il y a moins d'un an

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré quand elles ont reçu leur dernier vaccin contre la grippe. Les données de 2009 portant sur les vaccins contre la grippe peuvent inclure les vaccins reçus à l'automne 2009 contre la grippe H1N1. En 2010, le mot « saisonnière » a été ajouté aux questions de manière à collecter les deux types de vaccin séparément.

34. A passé une mammographie au cours des 2 dernières années, femmes de 50 à 69 ans

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2008.

Tableau CANSIM n° : [105-0543](#)

Femmes de 50 à 69 ans déclarant quand elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons.

Le dépistage par mammographie est une stratégie importante de dépistage précoce du cancer du sein.

35. Test de Pap au cours des 3 dernières années, selon le groupe d'âge, femmes de 18 à 69 ans

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2005.

Tableau CANSIM n° : [105-0442](#)

Femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Pap.

Le test de Papanicolaou (ou test de Pap) permet de déceler les lésions prémalignes avant que le cancer du col de l'utérus ne se manifeste.

36. A un médecin régulier

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un médecin régulier.

37. Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures)

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPCP), ICIS, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche \(proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures\)](#)

Proportion des chirurgies pratiquées dans les 48 heures : Proportion des patients de 65 ans et plus qui ont subi une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche dans les 48 heures suivant leur admission à l'hôpital, ajustée selon les risques.

Les patients plus âgés ayant subi une fracture de la hanche et qui font face à des temps d'attente avant leur intervention courent un risque plus élevé de complications postopératoires et de mortalité. Le temps d'attente pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche permet de mesurer l'accès aux soins. Les états comorbides, les transferts à un autre hôpital et les différences sur le plan de la pratique ayant trait à certains types de médicaments, comme les anticoagulants, peuvent influencer sur les temps d'attente. Toutefois, des attentes plus longues peuvent indiquer un manque de ressources, le manque de disponibilité des médecins ou (et) d'autres problèmes liés à l'accès aux soins.

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

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

38. Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (le jour même ou le lendemain)

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche \(le jour même ou le lendemain\)](#)

Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain : proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée ou le lendemain de leur admission, ajustée selon le risque.

Le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche permet d'évaluer l'accès aux soins. Bien que certains patients souffrant d'une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux pour stabiliser leur état avant de subir leur chirurgie, la recherche suggère que généralement, les patients tirent meilleur parti d'une chirurgie pratiquée en temps opportun, c'est-à-dire une réduction de la morbidité, de la mortalité, de la douleur et de la durée du séjour à l'hôpital, de même qu'une meilleure réadaptation.

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

Veuillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

39. Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche (le jour même, le lendemain ou le surlendemain)

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche \(le jour même, le lendemain ou le surlendemain\)](#)

Proportion des chirurgies pratiquées le jour même ou le lendemain : proportion des patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche la journée, le lendemain ou le surlendemain de leur admission, ajustée selon le risque.

Le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche permet d'évaluer l'accès aux soins. Bien que certains patients souffrant d'une fracture de la hanche aient besoin de traitements médicaux pour stabiliser leur état avant de subir leur chirurgie, la recherche suggère que généralement, les patients tirent meilleur parti d'une

chirurgie pratiquée en temps opportun, c'est-à-dire une réduction de la morbidité, de la mortalité, de la douleur et de la durée du séjour à l'hôpital, de même qu'une meilleure réadaptation.

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

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Pertinence

40. Césariennes

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril, 2009 au 31 mars, 2010.

Données reliées : [Césariennes](#)

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

Le taux de césariennes renseigne sur la fréquence des accouchements chirurgicaux par rapport à toutes les méthodes d'accouchement. Étant donné que les accouchements par césarienne sont coûteux et augmentent la morbidité et la mortalité des mères, le taux de césariennes sert souvent à contrôler les pratiques cliniques, étant implicitement entendu que de faibles taux signifient des soins plus adéquats et plus efficaces.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

41. Pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du 1er avril 2008 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale](#)

Pourcentage des personnes ayant connu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée¹, ajusté selon les risques, par rapport à tous ceux ayant connu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée dans les hôpitaux généraux au cours d'un exercice donné. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites en chirurgie d'un jour successives dans les hôpitaux généraux.

On considère cet indicateur comme une mesure indirecte du caractère approprié des soins, puisque la nécessité de recourir à des admissions fréquentes dépend du patient et du type de maladie. La difficulté d'obtenir des soins et un soutien adéquats au sein de la collectivité ou d'obtenir des médicaments appropriés entraîne souvent des hospitalisations fréquentes. Les variations dans cet indicateur selon les provinces et les territoires peuvent refléter les différences dans les services offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale pour les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité sans les hospitaliser.

Cet indicateur peut contribuer à identifier une population d'utilisateurs fréquents, et des recherches plus poussées permettraient d'en établir les caractéristiques. Une meilleure compréhension de cette population peut aider à l'élaboration ou à l'amélioration de programmes qui pourraient réduire le recours aux hospitalisations fréquentes.

¹Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Effacité

42. Conditions propices aux soins ambulatoires

Source : Base de données sur les congés des patients (BDGP), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril, 2009 au 31 mars, 2010.

Données reliées : [Conditions propices aux soins ambulatoires](#)

Taux d'hospitalisation en soins de courte durée ajusté en fonction de l'âge pour des conditions où des soins ambulatoires appropriés évitent ou réduisent la nécessité d'une hospitalisation, par 100 000 personnes de moins de 75 ans.

L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins de santé primaires appropriés. Bien que les admissions pour des conditions propices aux soins ambulatoires ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires préalables appropriés pourraient prévenir le début de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique. On estime qu'un taux disproportionnellement élevé témoigne d'une difficulté d'accès aux soins primaires.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

43. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans, soit du 1er avril 2007 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde \(IAM\)](#)

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'Infarctus aigu du myocarde (IAM).

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Les taux de mortalité rajustés suivant un IAM peuvent refléter, entre autres, l'efficacité initiale du traitement et la qualité des soins. Les variations interrégionales dans le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission peuvent être attribuables à des différences dans les normes de soins à l'échelle des provinces, des territoires et des établissements ainsi qu'à d'autres facteurs qui n'étaient pas compris dans l'ajustement.

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

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

44. Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC)

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS. Les taux sont établis selon des données totalisées sur trois ans, soit du 1er avril 2007 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un accident vasculaire cérébral \(AVC\)](#)

Taux de mortalité à l'hôpital (toutes causes confondues), ajusté pour le risque, dans les 30 jours suivant l'admission initiale à un hôpital de soins de courte durée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC).

Afin de permettre les comparaisons entre régions, on s'est servi d'un modèle statistique pour tenir compte des différences d'âge, de sexe et d'états comorbides. Les taux ajustés de mortalité à la suite d'un AVC peuvent, par exemple, révéler l'efficacité du traitement et la qualité des soins. Les variations interrégionales dans le taux peuvent être attribuables à des différences dans les normes de soins à l'échelle des provinces, des territoires et des établissements ainsi qu'à d'autres facteurs qui n'étaient pas compris dans l'ajustement.

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

Veuillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

45. Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), SIOSM, SNISA, ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée](#)

Taux d'hospitalisation dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée par 100 000 habitants, normalisé selon l'âge.

Les blessures auto-infligées sont définies comme des blessures corporelles volontaires qui peuvent ou non entraîner la mort. Les blessures de ce type résultent de comportements suicidaires ou d'automutilation, ou des deux. Il est possible dans de nombreux cas de prévenir les blessures auto-infligées grâce à la détection précoce, à l'intervention et au traitement des maladies mentales. Bien que certains facteurs de risque ne peuvent être contrôlés par le système de santé, on peut interpréter des taux d'hospitalisation à la suite de blessures auto-infligées élevés comme une conséquence d'une incapacité dans le système de prévenir les blessures auto-infligées suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

SIOSM : Système d'information ontarien sur la santé mentale

Continuité

46. Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), SIOSM, SNISA, ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale](#)

Taux de réadmission après un congé de l'hôpital en raison d'une maladie mentale, ajusté selon les risques. Le terme « réadmission » est réservé aux cas où un patient atteint d'une maladie mentale sélectionnée¹ est de nouveau hospitalisé dans les 30 jours suivant l'épisode indice de soins. Par « épisode de soins », on entend l'ensemble des hospitalisations et des visites en chirurgie d'un jour successives dans les hôpitaux généraux.

Une réadmission aux soins pour patients hospitalisés peut constituer un indicateur de rechute ou de complications après un séjour aux soins pour patients hospitalisés. Les soins aux patients hospitalisés qui vivent avec une maladie mentale visent à stabiliser les symptômes aigus. Une fois son état stabilisé, la personne obtient son congé; elle reçoit des soins ultérieurs dans le cadre de programmes de traitement offerts dans la collectivité ou en consultation externe afin de prévenir une rechute ou des complications. Des taux élevés de réadmission dans les 30 jours pourraient être interprétés comme une conséquence directe d'une mauvaise coordination des services ou comme une conséquence indirecte d'une mauvaise continuité des services offerts après la sortie du patient.

¹Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

SIOSM : Système d'information ontarien sur la santé mentale

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires

Sécurité

47. Taux d'événements de fracture de la hanche menant à une hospitalisation

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'événements de fracture de la hanche menant à une hospitalisation](#)

Taux normalisé selon l'âge de nouveaux événements de fracture de la hanche avec admission dans un hôpital de soins de courte durée pour 100 000 personnes de 65 ans et plus. Un nouvel événement s'entend d'une première hospitalisation pour une fracture de la hanche ou d'une hospitalisation survenue plus de 28 jours après l'admission pour l'événement précédent au cours de la période de référence. Une personne peut avoir plus d'un événement de fracture de la hanche pendant la période de référence.

Les fractures de la hanche constituent un problème de santé important pour les personnes âgées et pour le système de santé. Non seulement elles constituent une cause d'invalidité et de mortalité, mais elles peuvent avoir une incidence importante sur l'autonomie et la qualité de vie. Il est important de mesurer la prévalence des fractures de la hanche dans la population afin de pouvoir planifier et évaluer les stratégies de prévention, répartir les ressources en santé et estimer les coûts.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Facteurs environnementaux

48. Exposition à la fumée secondaire au domicile

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur domicile tous les jours ou presque tous les jours.

L'usage du tabac englobe la cigarette, le cigare et la pipe.

49. Exposition à la fumée secondaire au cours du dernier mois, dans des véhicules et/ou des lieux publics

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés et/ou des lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

L'usage du tabac englobe la cigarette, le cigare et la pipe.

50. Exposition à la fumée secondaire, dans des véhicules

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés et/ou des lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

51. Exposition à la fumée secondaire, dans des lieux publics

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés et/ou des lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

52. Fumeurs priés de s'abstenir de fumer dans la maison

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2008.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré que les fumeurs étaient priés de s'abstenir de fumer dans la maison. Les données pour cet indicateur ne sont pas disponibles en 2009 et 2010.

Remarque : Cet indicateur n'est offert que dans le téléchargement intégral.

Décès

53. Mortalité infantile

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et sur les décès, 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4305](#)

La mortalité infantile correspond au décès d'un enfant de moins d'un an. Exprimée par un taux pour 1 000 naissances vivantes.

Mesure, établie de longue date, non seulement de la santé infantile, mais aussi du bien-être d'une société. Reflète le niveau de mortalité, d'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.

54. Espérance de vie à la naissance

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4307](#)

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

Indicateur de la santé d'une population d'usage très répandu. L'espérance de vie est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie.

55. Espérance de vie à 65 ans

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4307](#)

L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue.

Indicateur de la santé d'une population d'usage très répandu. L'espérance de vie est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie.

56. Total, toutes les causes de décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès, toutes causes confondues pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Toutes les causes de décès [A00-Y89].

57. Tous les cancers, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Toutes les tumeurs malignes (cancers) [C00-C97].

58. Cancer colorectal, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Cancer colorectal [C18-C21].

59. Cancer du poumon, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Cancer du poumon [C33-C34].

60. Cancer du sein, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Cancer du sein [C50].

Les taux pour le cancer du sein (code C50 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10)) ont été calculés pour les femmes seulement.

61. Cancer de la prostate, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Cancer de la prostate [C61].

Les taux pour le cancer de la prostate (code C61 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10)) ont été calculés pour les hommes seulement.

62. Maladies de l'appareil circulatoire, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Maladies de l'appareil circulatoire [I00-I99].

63. Cardiopathies ischémiques, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Cardiopathies ischémiques [I20-I25].

64. Maladies vasculaires cérébrales, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Maladies vasculaires cérébrales [I60-I69].

65. Toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Tous les autres maladies de l'appareil circulatoire [I00-I02, I05-I09, I10-I15, I26-I28, I30-I52, I70-I79, I80-I89, I95-I99].

66. Maladies de l'appareil respiratoire, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Maladies de l'appareil respiratoire (excluant les maladies infectueuses et parasitaires) [J00-J99].

67. Pneumonie et grippe, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Pneumonie et grippe [J10-J18].

68. Bronchite, emphysème et asthme, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Bronchite, emphysème et asthme [J40-J43, J45-J46].

69. Toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Toutes les autres maladies de l'appareil respiratoire [J00-J06, J20-J22, J30-J39, J44, J47, J60-J70, J80-J84, J85-J86, J90-J94, J95-J99].

70. Blessures accidentelles, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Blessures accidentelles [V01-X59, Y85-Y86].

Les causes extérieures de blessures accidentelles incluent les accidents de transport, les chutes, l'empoisonnement, la noyade et les incendies mais pas les complications de soins médicaux et chirurgicaux (codes V01 à X59, Y85 à Y86 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10)).

71. Suicides et blessures auto-infligées, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Suicides et blessures auto-infligées [X60-X84, Y87.0].

72. Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine, décès

Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population), 2005-2007.

Tableau CANSIM n° : [102-4309](#)

Taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10). Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] [B20-B24].

Ressources personnelles

73. Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort. La recherche montre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

74. Satisfaction à l'égard de la vie, satisfait(e) ou très satisfait(e)

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être satisfait(e) ou très satisfait(e) de leur vie en général. À partir de 2009, cet indicateur est basé sur une variable groupée. En 2009, cette question est passée d'une échelle de 5 catégories à une échelle à 11 catégories. Il a été établi qu'il y avait une bonne correspondance entre ces deux échelles.

Conditions de vie et de travail

75. Titulaires d'un diplôme d'études secondaires de 25 à 29 ans

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Les questions du recensement relatives à la scolarité ont été considérablement modifiées entre 2001 et 2006, principalement pour tenir compte des innovations dans le système d'éducation du Canada. La partie du questionnaire portant sur la scolarité n'avait pas changé depuis de nombreuses années, même si le système d'éducation avait beaucoup évolué. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter « [Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : changements importants apportés aux questions du recensement relatives à la scolarité](#) » à <http://www12.statcan.ca/francais/census06/analysis/education/changes.cfm>.

Personnes de 25 à 29 ans qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent.

« Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent » comprend les personnes en possession d'un diplôme d'études secondaires ou de l'équivalent, peu importe si la personne possède ou non d'autres titres scolaires. Les données sur les titulaires d'un diplôme d'études secondaires excluent les personnes placées en établissement.

76. Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires de 25 à 54 ans

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Les questions du recensement relatives à la scolarité ont été considérablement modifiées entre 2001 et 2006, principalement pour tenir compte des innovations dans le système d'éducation du Canada. La partie du questionnaire portant sur la scolarité n'avait pas changé depuis de nombreuses années, même si le système d'éducation avait beaucoup évolué. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter « [Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : changements importants apportés aux questions du recensement relatives à la scolarité](#) » à <http://www12.statcan.ca/francais/census06/analysis/education/changes.cfm>.

Personnes de 25 à 54 ans qui ont obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires.

« Plus haut certificat, diplôme ou grade » renvoie au plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu selon une hiérarchie généralement liée au temps passé en classe. Dans le cas des études postsecondaires, on considère qu'un diplôme universitaire est plus élevé qu'un diplôme collégial et qu'un diplôme collégial est plus élevé qu'un diplôme d'une école de métiers. Même si certains programmes d'écoles de métiers peuvent durer aussi longtemps ou plus longtemps que certains programmes collégiaux ou universitaires, la majorité des heures des programmes de métiers sont consacrées à la formation en cours d'emploi et un moins grand nombre d'heures sont consacrées à la formation en classe. Les données sur les titulaires d'un certificat ou d'un diplôme d'études postsecondaires excluent les personnes placées en établissement.

77. Taux de chômage chez les adultes, 15 ans et plus

Source : Enquête sur la population active (totalisations spéciales), Statistique Canada, 2010.

Tableau CANSIM n° : [109-5324](#)

Population active de 15 ans et plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.

La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de travailler durant la période de référence et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines. La période de référence correspond à une période d'une semaine (du dimanche au samedi) qui inclut habituellement le quinzième jour du mois.

Le taux de chômage est une mesure classique de l'activité économique. Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes occupées.

78. Taux de chômage chez les jeunes

Source : Enquête sur la population active (totalisations spéciales), Statistique Canada, 2010.

Tableau CANSIM n° : [109-5324](#)

Population active des jeunes, âgés de 15 à 24 ans, qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence.

La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de travailler durant la période de référence et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines. La période de référence correspond à une période d'une semaine (du dimanche au samedi) qui inclut habituellement le quinzième jour du mois.

Le taux de chômage est une mesure classique de l'activité économique. Les chômeurs ont tendance à éprouver plus de problèmes de santé que les personnes occupées

79. Chômeurs de longue durée

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Les chômeurs de longue durée sont des personnes qui sont sans emploi salarié et ayant travaillé la dernière fois avant ou pendant 2005.

Les données sur le chômage de longue durée excluent les personnes placées en établissement.

80. Personnes dans les ménages privés à faible revenu

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Une famille économique représente un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. En revanche, pour former une famille de recensement, les membres d'une famille doivent nécessairement être un époux ou une épouse, un(e) partenaire en union libre de sexe masculin ou féminin, un parent seul de sexe masculin ou féminin ou un enfant vivant avec un parent. Par conséquent, la famille économique peut comprendre un plus grand nombre de personnes que la famille de recensement. Tous les membres d'une famille de recensement appartiennent également à une famille économique. En 2006, les enfants en famille d'accueil sont considérés comme des membres d'une famille économique. Notez que, depuis 2001, les couples formés de partenaires de même sexe sont considérés comme étant des partenaires en union libre et donc considérés comme étant apparentés et membres de la même famille économique.

À partir de 1971, les statistiques publiées sur les familles comprenaient les familles vivant dans des ménages privés (y compris celles dénombrées à l'extérieur du Canada) et tous les ménages collectifs.

En 2006, les couples mariés peuvent être de sexe opposé ou de même sexe.

Les personnes hors famille économique représentent les membres d'un ménage qui ne sont pas membres d'une famille économique. Les personnes qui vivent seules sont comprises dans cette catégorie.

L'âge se rapporte au dernier anniversaire de naissance (à la date de référence du recensement, le 16 mai 2006). Cette variable est établie d'après la réponse à la question sur la date de naissance.

Le seuil de faible revenu (SFR) correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le seuil de faible revenu est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation et les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'Indice des prix à la consommation. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) excluent les personnes placées en établissement. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) n'ont été calculées ni pour les familles économiques ni pour les personnes hors famille économique des territoires ou des réserves indiennes. Les taux de prévalence du faible revenu sont calculés à partir des chiffres arrondis des personnes ou des familles ayant un faible revenu et du nombre total de personnes ou de familles. Ces chiffres ont été arrondis séparément des chiffres arrondis indiqués dans le tableau; il peut donc y avoir une petite différence entre le taux indiqué et celui calculé avec les chiffres indiqués. Il est conseillé aux utilisateurs d'interpréter avec prudence les taux de prévalence du faible revenu établis en fonction de petits chiffres. Pour de plus amples renseignements et un tableau des seuils de faible revenu, veuillez consulter le Dictionnaire du Recensement de 2006, numéro 92-566-XWF au catalogue.

81. Enfants de 17 ans et moins vivant dans des familles à faible revenu

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Une famille économique représente un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. En revanche, pour former une famille de recensement, les membres d'une famille doivent nécessairement être un époux ou une épouse, un(e) partenaire en union libre de sexe masculin ou féminin, un parent seul de sexe masculin ou féminin ou un enfant vivant avec un parent. Par conséquent, la famille économique peut comprendre un plus grand nombre de personnes que la famille de recensement. Tous les membres d'une famille de recensement appartiennent également à une famille économique. En 2006, les enfants en famille d'accueil sont considérés comme des membres d'une famille économique. Notez que, depuis 2001, les couples formés de partenaires de même sexe

sont considérés comme étant des partenaires en union libre et donc considérés comme étant apparentés et membres de la même famille économique.

À partir de 1971, les statistiques publiées sur les familles comprenaient les familles vivant dans des ménages privés (y compris celles dénombrées à l'extérieur du Canada) et tous les ménages collectifs.

En 2006, les couples mariés peuvent être de sexe opposé ou de même sexe.

Les personnes hors famille économique représentent les membres d'un ménage qui ne sont pas membres d'une famille économique. Les personnes qui vivent seules sont comprises dans cette catégorie.

L'âge se rapporte au dernier anniversaire de naissance (à la date de référence du recensement, le 16 mai 2006). Cette variable est établie d'après la réponse à la question sur la date de naissance.

Le seuil de faible revenu (SFR) correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le seuil de faible revenu est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation et les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'Indice des prix à la consommation. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) excluent les personnes placées en établissement. Les données sur les seuils de faible revenu (SFR) n'ont été calculées ni pour les familles économiques ni pour les personnes hors famille économique des territoires ou des réserves indiennes. Les taux de prévalence du faible revenu sont calculés à partir des chiffres arrondis des personnes ou des familles ayant un faible revenu et du nombre total de personnes ou de familles. Ces chiffres ont été arrondis séparément des chiffres arrondis indiqués dans le tableau; il peut donc y avoir une petite différence entre le taux indiqué et celui calculé avec les chiffres indiqués. Il est conseillé aux utilisateurs d'interpréter avec prudence les taux de prévalence du faible revenu établis en fonction de petits chiffres. Pour de plus amples renseignements et un tableau des seuils de faible revenu, veuillez consulter le Dictionnaire du Recensement de 2006, numéro 92-566-XWF au catalogue.

Collectivité

82. Population totale

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Données reliées : Ne s'applique pas.

Nombre de personnes vivant dans un secteur géographique, selon le sexe.

La taille et la composition âge?sexe d'une population ont un effet sur l'état de santé et sur le besoin de services de santé dans la région concernée. Les chiffres de population représentent aussi les « dénominateurs » entrant dans le calcul des taux pour la plupart des indicateurs de la santé et des indicateurs sociaux.

Population de 2006 selon les données intégrales (100 %).

Statistique Canada pose les mêmes questions de base à tous les ménages et à toutes les personnes au Canada. Les données tirées des réponses à ces questions de base sont appelées données intégrales, car elles sont recueillies pour toutes les personnes et tous les ménages du Canada.

Pour les estimations les plus récentes, voir Tableau CANSIM no : [109-5325](#)

Les utilisateurs devraient noter que les chiffres de population de 2006 les plus appropriés pour le Canada, les provinces et les territoires sont les [estimations démographiques postcensitaires actuelles](#).

83. Personnes vivant en grand centre de population urbain

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Données reliées : Ne s'applique pas.

Le terme centre de population a remplacé le terme région urbaine. Les centres de population désignent une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population continuent d'être appelées régions rurales.

Les centres de population sont classés en trois groupes selon la taille de leur population, afin de refléter l'existence d'un continuum entre urbain et rural :

- les petits centres de population, comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants;
- les moyens centres de population, comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants;
- les grands centres de population urbains, comptent une population de 100 000 habitants et plus.

Ces chiffres et taux excluent les résidents d'un établissement institutionnel. La somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %.

84. Personnes vivant en moyen centre de population

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Données reliées : Ne s'applique pas.

Le terme centre de population a remplacé le terme région urbaine. Les centres de population désignent une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population continuent d'être appelées régions rurales.

Les centres de population sont classés en trois groupes selon la taille de leur population, afin de refléter l'existence d'un continuum entre urbain et rural :

- les petits centres de population, comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants;
- les moyens centres de population, comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants;
- les grands centres de population urbains, comptent une population de 100 000 habitants et plus.

Ces chiffres et taux excluent les résidents d'un établissement institutionnel. La somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %.

85. Personnes vivant en petit centre de population

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Données reliées : Ne s'applique pas.

Le terme centre de population a remplacé le terme région urbaine. Les centres de population désignent une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population continuent d'être appelées régions rurales.

Les centres de population sont classés en trois groupes selon la taille de leur population, afin de refléter l'existence d'un continuum entre urbain et rural :

- les petits centres de population, comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants;
- les moyens centres de population, comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants;
- les grands centres de population urbains, comptent une population de 100 000 habitants et plus.

Ces chiffres et taux excluent les résidents d'un établissement institutionnel. La somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %.

86. Personnes vivant en région rurale

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Données reliées : Ne s'applique pas.

Le terme centre de population a remplacé le terme région urbaine. Les centres de population désignent une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population continuent d'être appelées régions rurales.

Les centres de population sont classés en trois groupes selon la taille de leur population, afin de refléter l'existence d'un continuum entre urbain et rural :

- les petits centres de population, comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants;
- les moyens centres de population, comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants;
- les grands centres de population urbains, comptent une population de 100 000 habitants et plus.

Ces chiffres et taux excluent les résidents d'un établissement institutionnel. La somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %.

87. Densité de la population au kilomètre carré

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

La densité de la population est le nombre de personnes au kilomètre carré. Pour obtenir la densité de la population, on divise la population totale par la superficie des terres. La superficie des terres correspond à la surface en kilomètres carrés des parties terrestres des régions géographiques normalisées.

88. Rapport de dépendance

Source : Division de la démographie, Statistique Canada. Les chiffres sont calculés d'après les données de recensement et les données administratives sur la natalité, la mortalité et la migration, 2010.

Tableau CANSIM n° : [109-5326](#)

Population âgée entre 0 à 19 ans et population âgée de 65 ans et plus que l'on rapporte sur la population âgée entre 20 et 64 ans.

Ce rapport est habituellement présenté comme le nombre de personnes à charge pour chaque tranche de 100 personnes en âge de travailler.

89. Population ayant une identité autochtone

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Sont incluses dans la population ayant une identité autochtone les personnes ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis, ou Inuit, et/ou les personnes ayant déclaré être des Indiens des traités ou des Indiens inscrits tel que défini par la *Loi sur les Indiens du Canada*, et/ou les personnes ayant déclaré appartenir à une bande indienne ou à une Première nation.

Les données sur les Autochtones excluent les personnes placées en établissement.

Autochtones vivant dans un secteur géographique, en proportion de la population totale.

90. Population immigrante

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Aux recensements de 1991 à 2006, le terme « immigrants » désigne les personnes qui sont ou qui ont déjà été des immigrants reçus au Canada. Un immigrant reçu est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Certains immigrants résident au Canada depuis un certain nombre d'années, alors que d'autres sont arrivés récemment. La plupart des immigrants sont nés à l'extérieur du Canada, mais un petit nombre d'entre eux sont nés ici. Les données sur la population d'immigrants reçus sont recueillies au moyen d'une question directe depuis le Recensement de 1991. Aux recensements de 1981 et de 1986, la population des immigrants était formée des personnes qui n'étaient pas citoyens canadiens de naissance alors qu'avant le Recensement de 1981, elle comprenait toutes les personnes nées à l'extérieur du Canada. Les changements apportés à la définition de la population des immigrants depuis 1981 ne devraient pas avoir d'incidence majeure sur la comparabilité dans le temps des données du recensement sur les immigrants. Les données sur la population immigrante excluent les personnes placées en établissement.

91. Migrants internes sur un an

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Nombre ou proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente un an avant le recensement courant (migrants internes sur un an) ou au moment du recensement précédent (migrants internes sur cinq ans). La mobilité est déterminée d'après le lien entre le domicile habituel d'une personne le jour du recensement et son domicile habituel cinq ans plus tôt. Il s'agit d'une personne n'ayant pas déménagé si son domicile n'a pas changé dans l'intervalle; sinon, il s'agit d'une personne ayant déménagé. Cette catégorisation correspond à la mobilité (5 ans auparavant). Dans la catégorie des personnes ayant déménagé, on peut également distinguer les non-migrants et les migrants; cette distinction correspond au statut migratoire. Les personnes n'ayant pas déménagé sont celles qui, le jour du recensement, demeuraient à la même adresse que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les personnes ayant déménagé sont celles qui, le jour du recensement, demeuraient à une autre adresse que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les non-migrants sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient à une autre adresse mais dans la même subdivision de recensement (SDR) que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les migrants sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une SDR autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt (migrants internes) ou qui résidaient à l'extérieur du Canada cinq ans plus tôt (migrants externes). Les migrants infraprovinciaux sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une subdivision de recensement autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt, dans la même province. Les migrants interprovinciaux sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une subdivision de recensement autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt, dans une province différente.

Les migrants externes qui vivaient à l'extérieur du Canada sont exclus.

Les Canadiens membres de ménages établis à l'extérieur du Canada (personnel militaire et gouvernemental) et les personnes placées en établissement au Canada sont exclus.

92. Migrants internes sur cinq ans

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Nombre ou proportion de personnes qui vivaient dans une municipalité canadienne différente un an avant le recensement courant (migrants internes sur un an) ou au moment du recensement précédent (migrants internes sur cinq ans). La mobilité est déterminée d'après le lien entre le domicile habituel d'une personne le jour du recensement et son domicile habituel cinq ans plus tôt. Il s'agit d'une personne n'ayant pas déménagé si son domicile n'a pas changé dans l'intervalle; sinon, il s'agit d'une personne ayant déménagé. Cette catégorisation correspond à la mobilité (5 ans auparavant). Dans la catégorie des personnes ayant déménagé, on peut également distinguer les non-migrants et les migrants; cette distinction correspond au statut migratoire. Les personnes n'ayant pas déménagé sont celles qui, le jour du recensement, demeuraient à la même adresse que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les personnes ayant déménagé sont celles qui, le jour du recensement, demeuraient à une autre adresse que celle où elles résidaient cinq

ans plus tôt. Les non-migrants sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient à une autre adresse mais dans la même subdivision de recensement (SDR) que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les migrants sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une SDR autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt (migrants internes) ou qui résidaient à l'extérieur du Canada cinq ans plus tôt (migrants externes). Les migrants infraprovinciaux sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une subdivision de recensement autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt, dans la même province. Les migrants interprovinciaux sont des personnes ayant déménagé qui, le jour du recensement, demeuraient dans une subdivision de recensement autre que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt, dans une province différente.

Les migrants externes qui vivaient à l'extérieur du Canada sont exclus.

Les Canadiens membres de ménages établis à l'extérieur du Canada (personnel militaire et gouvernemental) et les personnes placées en établissement au Canada sont exclus.

93. Population vivant dans des régions Métropolitaines de recensement, des agglomérations de recensement et des Zones d'Influence des régions Métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement fortes.

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Zone d'Influence des régions Métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement (ZIM) forte est la population ou la proportion de la population qui vit dans les régions métropolitaines de recensement (RMR), les agglomérations de recensement (AR), ainsi que les collectivités non incluses dans les RMR et/ou AR dont au moins 30 % de la population active occupée se rend dans une RMR et/ou AR pour travailler. La Classification des secteurs statistiques (CSS) regroupe les subdivisions de recensement selon qu'elles font partie d'une région métropolitaine de recensement, d'une agglomération de recensement, d'une zone d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM forte, ZIM modérée, ZIM faible ou ZIM sans influence) ou des territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). La CSS est utilisée aux fins de la diffusion des données. Il faudra faire preuve de discernement pour appliquer le concept de ZIM dans les trois territoires. En effet, de nombreuses SDR comprises dans ces territoires sont très grandes et peu peuplées, de sorte que le rapport entre le lieu de travail et la population, autour duquel le concept de ZIM est construit, est instable.

Les régions Métropolitaines de recensement (RMR) et agglomérations de recensement (AR) sont de grandes zones urbaines auxquelles se rattachent des régions urbaines et rurales adjacentes dont l'intégration économique et sociale à la zone urbaine est forte.

Les régions Métropolitaines de recensement (RMR) et agglomérations de recensement (AR) sont des zones urbaines qui entourent des centres urbains dont la population a atteint un certain seuil : 100 000 habitants pour les RMR et 10 000 habitants pour les AR.

Les nombres de navetteurs sont déterminés d'après le fichier des lieux de travail du Recensement de 2006.

94. Familles monoparentales

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Par famille de recensement, on entend un couple marié ou en union libre ou un parent seul partageant un logement avec au moins un fils ou une fille n'ayant jamais été marié(e).

95. Minorités visibles

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Tableau CANSIM n° : [109-0300](#)

Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». Les minorités visibles n'incluent pas les personnes placées en établissement ni les Autochtones.

Systeme de santé

96. Consultation auprès d'un médecin au cours des 12 derniers mois

Source : Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, Statistique Canada, 2009-2010.

Tableau CANSIM n° : [105-0502](#)

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois.

Médecin inclut les médecins de famille ou les omnipraticiens, ainsi que les spécialistes, comme les chirurgiens, les allergologues, les orthopédistes, les gynécologues ou les psychiatres. Pour les personnes de 12 à 17 ans, les pédiatres sont inclus.

97. Pontages aortocoronariens par greffe

Source : Base de données sur les congés des patients (BDCP), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril, 2009 au 31 mars, 2010.

Données reliées : [Pontages aortocoronariens par greffe](#)

Taux de pontage aortocoronarien par greffe ajusté en fonction de l'âge des patients hospitalisés en centre de soins de courte durée par 100 000 personnes de 20 ans et plus.

Comme dans le cas d'autres interventions chirurgicales, les écarts dans les taux de pontage aortocoronarien peuvent être attribués à de nombreux facteurs, dont les différences dans les caractéristiques démographiques, les schémas de pratique des médecins et la disponibilité des services. Les variations dans l'étendue de l'utilisation de l'ICP peuvent causer des variations dans les taux de pontages aortocoronariens.

Veuillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

98. Interventions coronariennes percutanées

Source : Base de données sur les congés des patients (BDCP), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness, 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Interventions coronariennes percutanées](#)

Taux ajusté selon l'âge d'interventions coronariennes percutanées effectuées sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme, par 100 000 personnes de 20 ans et plus.

Dans de nombreux cas, les interventions coronariennes percutanées constituent une alternative non chirurgicale au pontage aortocoronarien et sont pratiquées dans le but de dégager des artères coronaires obstruées. Bien que les interventions coronariennes percutanées couvrent plusieurs techniques, l'angioplastie est l'intervention la plus souvent utilisée. Le choix de la méthode de revascularisation (c'est-à-dire, intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) dépend de nombreux facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, les préférences du médecin, la disponibilité des services, les pratiques d'acheminement des patients, et les différences dans la santé et le statut socioéconomique de la population.

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

Veuillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

99. Revascularisation cardiaque

Source : Base de données sur les congés des patients (BDCP), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness, 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Revascularisation cardiaque](#)

Taux ajusté selon l'âge de pontages aortocoronariens pratiqués sur des patients hospitalisés en soins de courte durée ou d'interventions coronariennes percutanées effectuées sur des patients hospitalisés dans un hôpital de soins de courte durée, une unité de chirurgie d'un jour ou un laboratoire de cathétérisme, par 100 000 personnes de 20 ans ou plus.

Le choix de la méthode de revascularisation (c'est-à-dire, intervention coronarienne percutanée ou pontage aortocoronarien) dépend de divers facteurs, dont la gravité de la coronaropathie, les préférences du médecin, la disponibilité des services, les pratiques d'acheminement des patients, et les différences dans la santé et le statut socioéconomique de la population. Le taux combiné de revascularisation cardiaque représente l'ensemble des activités de revascularisation cardiaque dans une région sanitaire, une province ou un territoire.

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

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

100. Arthroplasties de la hanche

Source : Base de données sur les congés des patients (BDCP), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Arthroplasties de la hanche](#)

Taux d'arthroplasties de la hanche (unilatérale ou bilatérale) chez les patients hospitalisés en soins de courte durée pour 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge.

L'arthroplastie de la hanche peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de la vie liés à l'état de santé. Au cours des vingt dernières années, les taux d'arthroplasties de la hanche ont augmenté de façon importante. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties de la hanche pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment l'accès aux services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

Depuis l'année de données 2005-2006, cet indicateur est calculé pour les personnes de 20 ans ou plus. Par conséquent, il ne peut pas être comparé aux taux rapportés au cours des années précédentes. Les taux des années précédentes, calculés en fonction de la nouvelle définition, sont présentés afin de permettre les comparaisons au fil du temps.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

101. Arthroplasties du genou

Source : Base de données sur les congés des patients (BDPC), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux; 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Arthroplasties du genou](#)

Taux d'arthroplasties du genou (unilatérale ou bilatérale) chez les patients dans les hôpitaux de soins de courte durée ou les établissements de chirurgies d'un jour pour 100 000 personnes de 20 ans ou plus, ajusté selon l'âge.

L'arthroplastie du genou peut améliorer considérablement l'état fonctionnel, soulager la douleur et améliorer d'autres aspects de la qualité de la vie liés à l'état de santé. Au cours des vingt dernières années, les taux d'arthroplasties du genou ont augmenté de façon importante. Une forte variation interrégionale du taux d'arthroplasties du genou pourrait tenir à de nombreux facteurs, notamment l'accès aux services, le profil de pratique du dispensateur de soins et les préférences du patient.

Depuis l'année de données 2005-2006, cet indicateur est calculé pour les personnes de 20 ans ou plus et comprend les chirurgies d'un jour. Par conséquent, il ne peut pas être comparé aux taux rapportés au cours des années précédentes. Les taux des années précédentes, calculés en fonction de la nouvelle définition, sont présentés afin de permettre les comparaisons au fil du temps.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

102. Hystérectomies

Source : BDPC, SNISA, ICIS; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux; 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Hystérectomies](#)

Taux d'hystérectomies pratiquées chez des patientes hospitalisées en soins de courte durée, ajusté en fonction de l'âge, par 100 000 femmes de 20 ans ou plus.

Les taux peuvent refléter le degré d'incertitude au sujet de l'utilisation appropriée de cette intervention chirurgicale. On ne connaît pas le « bon » niveau d'utilisation.

Depuis 2006-2007, les taux d'hystérectomies comprennent les hystérectomies totales et partielles, comme c'était le cas dans les déclarations antérieures à 2001-2002.

L'hystérectomie partielle n'était pas identifiée séparément dans les versions de 2001 et 2003 de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Pour cette raison, les taux d'hystérectomies déclarées entre 2001-2002 à 2005-2006 ne comprenaient que les hystérectomies totales.

Depuis la version de 2006 de la CCI, il est à nouveau possible de signaler les hystérectomies partielles. Dans les provinces et territoires ayant des volumes élevés d'hystérectomies partielles, cette modification pourrait influencer sur la comparabilité des données avec les années précédentes.

Depuis l'année de données 2005-2006, cet indicateur inclut les chirurgies d'un jour. Toutefois, en raison du faible nombre de telles chirurgies, cette modification n'influera pas sur la comparabilité avec les années antérieures.

Veuillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

BDCP : Base de données sur les congés des patients

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires

103. Ratio d'entrées et de sorties - Ratio global

Source : BDCP, SNISA, ICIS; Alberta Ambulatory Care Database, Alberta Health and Wellness; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux; 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Ratio d'entrées et de sorties - Ratio global](#)

Ratio du nombre de sorties des hôpitaux de soins de courte durée dans une région donnée divisé par le nombre de congés des hôpitaux pour les résidents de cette région. Un ratio global est calculé pour les congés associés à tous les diagnostics et les interventions, et séparément pour les pontages aortocoronariens, les arthroplasties de la hanche et du genou et les hystérectomies.

Cet indicateur reflète l'équilibre entre le nombre de séjours à l'hôpital des résidents et des non-résidents dans tous les hôpitaux de soins de courte durée d'une région donnée, et l'ampleur de l'utilisation des soins de courte durée des résidents de cette région, qu'ils

reçoivent des soins dans la région ou à l'extérieur. Un ratio inférieur à 1 indique que les séjours à l'hôpital des résidents d'une région sont supérieurs aux soins hospitaliers dispensés dans cette région, ce qui laisse supposer un effet de sorties. Un ratio supérieur à 1 indique que les séjours à l'hôpital dans une région sont supérieurs à la quantité de séjours de ses résidents, ce qui laisse supposer un effet d'entrées. Un ratio de 1 indique que le volume de congés dans la région est égal à ceux générés par ses résidents, ce qui laisse supposer que l'activité d'entrées et de sorties, si elle existe, est équilibrée. Un ratio de zéro signifie qu'aucun des établissements de la région n'a fourni le service et que les habitants ont reçu des soins à l'extérieur de la région.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

BDCP : Base de données sur les congés des patients

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires

104. Taux d'hospitalisation liée à la maladie mentale

Source : Base de données sur les congés des patients (BDCP), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux d'hospitalisation liée à la maladie mentale](#)

Taux de sorties des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à une maladie mentale sélectionnée¹ par 100 000 habitants, normalisé selon l'âge.

Le taux d'hospitalisation est une mesure partielle de l'utilisation des services dans les hôpitaux généraux. Elle ne tient pas compte des patients admis qui utilisent les soins hospitaliers, mais qui ne sont pas sortis de l'hôpital durant l'exercice concerné. Cet indicateur peut refléter des différences entre les provinces et les territoires telles que la santé de la population, les modèles de prestation de services de santé ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés, en hébergement, ambulatoires et communautaires.

La surveillance de l'utilisation des services hospitaliers porte uniquement sur la proportion relativement petite de personnes dans la phase aiguë de leur maladie qui doivent être hospitalisées et néglige la proportion beaucoup plus grande de personnes qui reçoivent (ou ne reçoivent pas) des services ambulatoires ou communautaires. Ainsi, cet indicateur ne peut pas servir à estimer la prévalence des troubles mentaux chez la population en général.

L'indicateur n'inclut pas les données sur les établissements psychiatriques autonomes. Il importe toutefois de savoir que dans certaines provinces et certains territoires, par exemple en Alberta, il y a substitution directe entre les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques. On ignore l'étendue de cette pratique. L'indicateur présente donc une vue partielle de l'utilisation des hôpitaux pour des problèmes de santé mentale dans un milieu de soins de courte durée.

¹Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

105. Taux de jours-patients associés à une maladie mentale

Source : Base de données sur les congés des patients (BDGP), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010.

Données reliées : [Taux de jours-patients associés à une maladie mentale](#)

Taux du nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux pour une maladie mentale sélectionnée¹ par 10 000 habitants, ajusté selon l'âge.

Le taux de jours-patients est une mesure partielle de l'utilisation des services dans les hôpitaux généraux. Il ne tient pas compte des patients admis qui utilisent les soins hospitaliers, mais qui ne sont pas sortis de l'hôpital durant l'exercice concerné. Le nombre d'hospitalisations et la durée du séjour ont une incidence sur les jours-patients. Pour un même nombre d'hospitalisations, le taux de jours-patients augmentera à mesure que la durée du séjour augmente. Cet indicateur peut refléter des différences entre les provinces et les territoires telles que la santé de la population, les modèles de prestation de services de santé ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services spécialisés, en hébergement, ambulatoires et communautaires

L'indicateur n'inclut pas les données sur les établissements psychiatriques autonomes. Il importe toutefois de savoir que dans certaines provinces et certains territoires, par exemple en Alberta, il y a substitution directe entre les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques. On ignore l'étendue de cette pratique. L'indicateur présente donc une vue partielle de l'utilisation des hôpitaux pour des problèmes de santé mentale dans un milieu de soins de courte durée.

¹Les maladies mentales sélectionnées pour cet indicateur sont les troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non

organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Consultez les [notes techniques](#) pour en savoir plus.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

Ressources

106. Médecins - médecins de famille

Source : Base de données médicales Scott's, ICIS; Du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009.

Données reliées : [Médecins](#)

Le nombre de médecins comprend tous les médecins actifs au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins en pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins non agréés qui ont demandé que l'information les concernant ne soit pas publiée. En général, les médecins spécialistes comprennent les médecins certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou par le Collège des médecins du Québec (CMQ), sauf dans le cas de la Saskatchewan, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Yukon, où les spécialistes comprennent aussi les médecins agréés en tant que spécialistes mais non certifiés par le CRMCC ou le CMQ (c'est-à-dire les spécialistes non agréés). Dans les autres provinces et territoires, les spécialistes non agréés sont considérés comme des médecins de famille. À l'exception des critères mentionnés ci-dessus, tous les autres médecins, y compris les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada, sont comptés comme étant des médecins de famille. Pour plus de renseignements sur les méthodes de calcul des médecins, veuillez consulter les rapports de l'ICIS suivants : « Nombre, répartition et migration des médecins canadiens » et « Spécialistes agréés et non agréés : Comprendre les chiffres » (www.icis.ca).

Les ratios entre les médecins et les habitants sont d'utiles indicateurs publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Cependant, en raison de différences dans la méthodologie de collecte, de traitement et de déclaration des données, les résultats de l'ICIS peuvent différer des données provinciales et territoriales. Les lecteurs ne devraient pas tirer de conclusions sur la suffisance des ressources offertes en se fondant uniquement sur les ratios de médecins.

Note : La Base de données médicales Scott's (BDMS) pourrait contenir moins de médecins qu'en réalité à cause des interruptions dans les données fournies par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation. Les données de la BDMS ne reflètent pas les mises à jour apportées par les organismes de réglementation relativement

aux années, aux provinces et aux territoires suivants : Colombie-Britannique 2004, Québec 2003, Ontario 2002, Alberta et Yukon 2000.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

ICIS : Institut canadien pour l'information sur la santé

107. Médecins - médecins spécialistes

Source : Base de données médicales Scott's, ICIS; Du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009.

Données reliées : [Médecins spécialistes](#)

Le nombre de médecins comprend tous les médecins actifs au 31 décembre de l'année de référence. Les données comprennent les médecins en pratique clinique et non clinique. Elles excluent les résidents et les médecins non agréés qui ont demandé que l'information les concernant ne soit pas publiée. En général, les médecins spécialistes comprennent les médecins certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou par le Collège des médecins du Québec (CMQ), sauf dans le cas de la Saskatchewan, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et du Yukon, où les spécialistes comprennent aussi les médecins agréés en tant que spécialistes mais non certifiés par le CRMCC ou le CMQ (c'est-à-dire les spécialistes non agréés). Dans les autres provinces et territoires, les spécialistes non agréés sont considérés comme des médecins de famille. À l'exception des critères mentionnés ci-dessus, tous les autres médecins, y compris les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada, sont comptés comme étant des médecins de famille. Pour plus de renseignements sur les méthodes de calcul des médecins, veuillez consulter les rapports de l'ICIS suivants : « Nombre, répartition et migration des médecins canadiens » et « Spécialistes agréés et non agréés : Comprendre les chiffres » (www.icis.ca).

Les ratios entre les médecins et les habitants sont d'utiles indicateurs publiés par divers organismes aux fins de soutien de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Cependant, en raison de différences dans la méthodologie de collecte, de traitement et de déclaration des données, les résultats de l'ICIS peuvent différer des données provinciales et territoriales. Les lecteurs ne devraient pas tirer de conclusions sur la suffisance des ressources offertes en se fondant uniquement sur les ratios de médecins.

Note : La Base de données médicales Scott's (BDMS) pourrait contenir moins de médecins qu'en réalité à cause des interruptions dans les données fournies par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation. Les données de la BDMS ne reflètent pas les mises à jour apportées par les organismes de réglementation relativement aux années, aux provinces et aux territoires suivants : Colombie-Britannique 2004, Québec 2003, Ontario 2002, Alberta et Yukon 2000.

Veillez consulter les [notes techniques](#) pour obtenir de plus amples renseignements.

Symboles

- Indisponible pour toute période de référence
- Indisponible pour une période de référence précise
- N'ayant pas lieu de figurer
- E À utiliser avec prudence
- F Trop peu fiable pour être publié
- x Confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

Source : *Statistique Canada. 2011. Profil de la santé
Produit n° 82-228-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le
28 juin 2011.*

<http://codwebdeva.statcan.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>