

Le 21 novembre 2013



Analyse en bref

Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales

Sommaire

Les comparaisons internationales entre le système de santé du Canada et ceux des autres pays suscitent de plus en plus d'intérêt. L'amélioration de la responsabilisation ainsi que la promotion de l'analyse comparative et de l'apprentissage mutuel, entre autres, motivent l'étude de la variation de la performance des systèmes de santé d'un pays à l'autre. Même si l'homogénéité et la comparabilité des données posent des défis sur le plan de la méthodologie, il est utile de comprendre comment se comparent les résultats du Canada à l'échelle internationale.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) représente une source fiable et exhaustive de données internationales sur les soins de santé. Tous les deux ans, l'OCDE publie *Panorama de la santé*, un rapport qui établit une comparaison des pays membres à l'égard d'indicateurs de santé importants. La présente Analyse en bref porte sur les résultats du Canada pour une sélection d'indicateurs de l'OCDE, ainsi qu'il présente les secteurs précis où le Canada affiche une bonne performance et ceux qu'il peut améliorer.

Voici quelques-unes des principales constatations :

- Aucune tendance claire ne se dégage des résultats canadiens. Pour beaucoup d'indicateurs, le Canada se situe dans la fourchette des pays affichant une performance moyenne (entre le 25^e et le 75^e percentile). Il affiche parfois la meilleure performance, mais parfois la pire. Les autres pays de l'OCDE affichent aussi des résultats variables, mais aucun pays ne dépasse le Canada dans tous les indicateurs.

Performance du système de santé

Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

- Le Canada, par rapport à d'autres pays de l'OCDE, se classe bien en ce qui concerne plusieurs indicateurs, dont les admissions potentiellement évitables pour le diabète et l'asthme, le taux global de mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), les taux de tabagisme et la consommation de fruits et légumes.
- Le Canada se classe moins bien au chapitre des taux de diabète et d'obésité et pour ce qui est de la majorité des indicateurs de la sécurité des patients, particulièrement les traumatismes obstétricaux et les corps étrangers laissés dans l'organisme au cours d'une intervention. Même si les résultats sur la sécurité des patients peuvent s'expliquer en partie par des différences dans la collecte des données, des améliorations sont certainement possibles dans ce secteur.
- Le Canada présente de bons résultats pour ce qui est de nombreux indicateurs liés au dépistage et au traitement du cancer. Toutefois, il n'affiche qu'une performance moyenne quant au taux global de mortalité due au cancer, surtout en raison des taux élevés de mortalité due au cancer du poumon au Canada par rapport à d'autres pays de l'OCDE, particulièrement chez les femmes. Les taux élevés de mortalité due au cancer du poumon peuvent s'expliquer en partie par les taux élevés de tabagisme avant les années 1990. Ces taux ont diminué depuis, ce qui porte à croire que le taux de mortalité due au cancer du poumon au Canada régressera à l'avenir.

Introduction

Les comparaisons internationales de la performance des systèmes de santé suscitent de plus en plus d'intérêt. Même si l'homogénéité et la comparabilité des données entre les pays posent des défis sur le plan de la méthodologie, il peut s'avérer fort utile de bien comprendre les résultats du Canada par rapport à ceux d'autres pays. Les comparaisons internationales peuvent aider les Canadiens à évaluer l'efficacité du système de santé et à déterminer les secteurs à améliorer.

Il n'existe pas deux systèmes de santé identiques, puisque chaque pays a façonné son système en fonction de son histoire, de ses établissements, de sa population, de son économie et de sa culture. De telles différences ont une incidence sur les aspects du système de santé qui importent aux citoyens et sur les ressources disponibles pour les soins de santé¹. Les pays présentent aussi des différences en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé, aux caractéristiques démographiques, au soutien social et aux facteurs environnementaux, lesquelles influent à leur tour fortement sur la santé et sur ce qu'un système de santé peut accomplir¹.

Malgré les différences entre les pays et entre les populations, il est possible d'obtenir de l'information utile en comparant un éventail d'indicateurs de santé entre les pays. Les comparaisons internationales aident à cerner les problèmes de performance du système de santé et à déterminer dans quelle mesure d'autres pays connaissent aussi de tels problèmes². Une fois les problèmes connus, les pays peuvent se tourner vers ceux qui affichent une performance élevée pour trouver des pistes de solutions. De plus, comme elles offrent un point de vue international, les comparaisons peuvent orienter les gouvernements nationaux et provinciaux dans l'établissement de points de référence et de cibles.

Pourquoi les statistiques de l'OCDE sur le Canada diffèrent-elles de celles des rapports de l'ICIS et de Statistique Canada?

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en collaboration avec Statistique Canada, publie régulièrement des rapports sur un certain nombre d'indicateurs de santé. Ces indicateurs ont été créés pour assurer la plus grande comparabilité qui soit à l'échelle du Canada, tandis que la méthodologie de l'OCDE a été conçue aux fins de la comparaison internationale des systèmes de santé, c'est-à-dire ceux de nombreux pays. Par conséquent, les statistiques figurant dans les rapports de l'ICIS peuvent différer de celles présentées par l'OCDE en raison des différences méthodologiques. Voici deux exemples de ces différences :

- Les indicateurs de l'ICIS sont normalisés en fonction de l'âge et du sexe à partir des données du Recensement de la population canadienne de 1991, tandis que les indicateurs de l'OCDE sont normalisés à partir de la population de 2010 de l'ensemble des pays de l'OCDE.
- L'ICIS ajuste les résultats de certains indicateurs en fonction des risques. Par exemple, l'indicateur de l'ICIS permettant de calculer le taux de *mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde* est ajusté selon les comorbidités tels le cancer, le diabète, l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque, ce qui fait augmenter le risque de décès. La méthodologie de l'OCDE ne comporte pas d'ajustement en fonction des comorbidités.

Il faut déterminer les pays qui offrent le plus d'éléments de comparaison utiles afin de tirer pleinement profit des comparaisons internationales. En ce sens, le présent rapport examine la performance du Canada dans l'ensemble des 34 pays de l'OCDE (voir l'annexe A), mettant l'accent sur les pays qui ont le plus de caractéristiques communes avec le Canada. Le système de santé du Canada est souvent comparé à ceux de l'Allemagne, de l'Australie, des États-Unis, de la France, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suèdeⁱ. À l'instar du Canada, ces pays de l'OCDE ont les économies les plus importantes et développées, et allouent des ressources comparables à la santé.

i. Fondé sur l'examen de 26 études internationales compilées par l'ICIS.

Tableau 1 : Éléments descripteurs du système de santé, pays semblables, 2012 (ou l'année la plus près)

	Canada	Allemagne	Australie	États-Unis	France	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	Moyenne de l'OCDE (fourchette)
Population										
Population totale (millions de personnes)	34,9	81,8	22,7	311,6	63,2	4,4	16,7	62,2	9,4	36,5 (0,32-311,6)
Pourcentage de la population de plus de 65 ans	14,7 %	20,7 %	13,7 %	13,2 %	17,1 %	13,3 %	15,9 %	16,2 %	19,3 %	15,4 % (6,1-23,3)
Pourcentage de la population vivant en région urbaine	56,1 %	56,9 %	57,3 %	42,2 %	34,7 %	44,5 %	85,0 %	70,8 %	21,6 %	48,3 % (0,0-85,0)
Inégalité de revenu (coefficient de Gini)	0,32	0,29	0,33	0,38	0,30	0,32	0,29	0,34	0,27	0,31 (0,24-0,50)
Dépenses										
Dépenses actuelles de santé (dépenses en immobilisations exclues) (pourcentage du PIB)	10,6 %	11,0 %	8,5 %	17,0 %	11,2 %	10,3 %	11,1 %	9,1 %	8,9 %	9,1 % (5,8-17,0)
Dépenses directes de soins de santé par habitant (\$ US, PPA ajustée)	667 \$	538 \$	733 \$	987 \$	307 \$	348 \$	298 \$	n.d.	636 \$	588 \$ (229-1 455)
Activités liées aux soins de santé										
Sorties des hôpitaux (toutes causes confondues, par 100 000 habitants)	8 249	24 417	15 945	12 549	16 853	14 654	12 201	13 640	16 251	15 650 (5 051-27 347)
Durée moyenne du séjour à l'hôpital (toutes causes confondues, jours)	7,7	9,3	5,0	4,8	5,6	8,3	5,3	7,3	6,0	7,2 (3,9-16,4)
Lits en soins de courte durée (par 1 000 habitants)	1,7	5,3	3,4	2,6	3,4	2,6	3,3	2,4	2,0	3,4 (1,6-8,0)
Consultations de médecin par habitant	7,4	9,7	6,9	4,1	6,8	3,7	6,6	5,0	3,0	6,8 (2,7-13,2)
Déterminants non médicaux										
Pourcentage de fumeurs quotidiens (données autodéclarées)	16 %	22 %	15 %	15 %	23 %	17 %	21 %	20 %	13 %	21 % (13-32)
Prévalence de l'obésité (données autodéclarées)	18 %	15 %	n.d.	29 %	13 %	n.d.	11 %	n.d.	11 %	15 % (2-29)

Remarques

PPA : parité des pouvoirs d'achat.

n.d. : non disponible.

Le coefficient de Gini est une mesure normalisée de l'inégalité des revenus qui se situe entre 0 (tous les habitants ont un revenu égal) et 1 (une seule personne reçoit la totalité du revenu).

L'obésité correspond à un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama des statistiques de l'OCDE 2013 : économie, environnement et société*. Paris, France : OCDE; 2013. <http://www.oecd-ilibrary.org/fr/economics/panorama-des-statistiques-de-l-ocde-2013> factbook-2013-fr.

Lors de la comparaison des pays de l'OCDE, les différences dans les résultats des indicateurs peuvent découler d'un certain nombre de facteurs, notamment les suivants³ :

- La collecte (méthodes de collecte et de codification), la qualité (données manquantes et couverture) et l'actualité des données. Pour réduire ces différences au maximum, les données les plus récentes et les données obtenues au moyen de systèmes de collecte semblables ont été utilisées dans la mesure du possible.
- Les caractéristiques démographiques, comme la structure de l'âge et la répartition urbaine et rurale. Par exemple, le Canada compte une population plus jeune que celle de nombreux pays de l'OCDE. Pour atténuer cette source de variabilité, de nombreux indicateurs ont été ajustés afin de tenir compte des différences d'âge.
- Les systèmes de santé, ce qui comprend la centralisation du système de santé, le financement et les types de services offerts⁴. Ces différences ne peuvent être ajustées dans le calcul des indicateurs. Par exemple, le Canada, parmi les pays semblables, est l'un de ceux où les dépenses directes sont les plus élevées par personne, après les États-Unis et l'Australie. Au Canada, ces dépenses vont principalement aux médicaments et aux soins dentaires⁵. Le Canada fait partie d'un petit groupe de pays semblables où moins de 75 % des médicaments sont couverts et où la couverture publique des soins dentaires est limitée. De tels facteurs doivent être pris en compte dans la comparaison des résultats des indicateurs à l'échelle internationale si l'on veut comprendre les raisons des variations dans la performance.

Comment interpréter les profils de performance

Les profils de performance (figures 1 à 4) relatifs à chaque dimension (groupe d'indicateurs) indiquent comment le Canada se compare à la moyenne et aux 25^e et 75^e percentiles des pays de l'OCDE pour chaque indicateur. L'échelle verticale présente un résultat normalisé illustrant l'écart relatif par rapport à la moyenne de l'OCDE (0,0) pour chaque indicateur. Par exemple, une note normalisée de 1,5 est trois fois plus éloignée de la moyenne de l'OCDE qu'une note de 0,5. Les indicateurs situés au-dessus de la ligne de la moyenne de l'OCDE indiquent une meilleure performance que la moyenne et ceux se trouvant en dessous de la ligne de la moyenne, une performance inférieure à la moyenne de l'OCDE. La zone ombragée montre l'écart entre le 75^e et le 25^e percentile. La présence d'un point au-dessus de cette zone indique que le Canada se classe dans le quart supérieur de l'ensemble des pays de l'OCDE. L'utilisation de notes normalisées permet d'illustrer dans un même graphique les résultats d'indicateurs calculés à l'aide d'échelles différentes.

Ces graphiques illustrent la performance relative du Canada comparativement à celle d'autres pays. Toutefois, ils n'indiquent pas une performance absolue élevée par rapport à des points de référence ou à des lignes directrices. Il y a donc lieu de faire preuve de prudence dans l'interprétation des figures. Par exemple, le Canada fait bonne figure en matière d'activité physique chez les jeunes comparativement à d'autres pays : 14 % des filles et 25 % des garçons de 15 ans ont déclaré faire 60 minutes ou plus d'activité physique modérée à vigoureuse par jour. Or, selon les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* à l'intention des jeunes de 12 à 17 ans, **tous** les jeunes devraient faire chaque jour 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée⁶. Par conséquent, la majorité des jeunes canadiens n'atteint pas le minimum recommandé d'activité physique par jour.

Les indicateurs sont déclarés par sexe lorsqu'on note une différence dans la performance relative chez les hommes et les femmes, ou lorsque des valeurs globales n'étaient pas disponibles (c'est-à-dire pour les déterminants non médicaux de la santé chez les jeunes). L'annexe B présente une description détaillée des indicateurs.

Méthodes

L'OCDE, fondé en 1961, est un organisme international dont la mission est d'améliorer le bien-être économique et social partout dans le monde⁷. L'organisme recueille une variété d'indicateurs sur la performance des systèmes de santé de ses 34 pays membres. Les données canadiennes utilisées pour ces indicateurs proviennent principalement de l'ICIS et de Statistique Canada.

Les données les plus récentes de la période 2009-2012 ont été utilisées pour chaque indicateur afin d'améliorer la comparabilité à l'échelle internationale. Les variables présentées dans les tableaux téléchargés en août 2013 du site Web StatExtractsⁱⁱ de l'OCDE ont été utilisées. Les données relatives à certaines mesures n'étaient pas accessibles en ligne. Dans ces cas, nous avons utilisé les tableaux que l'OCDE nous a fournis. Pour en savoir davantage sur la méthodologie et la comparabilité des résultats des différents pays, consultez le rapport de l'ICIS *Apprendre des meilleurs : analyse comparative du système de santé du Canada*² et le document sur la méthodologie de l'OCDE intitulé *Health Data Definitions, Sources and Methods*⁸.

La présente Analyse en bref, qui porte sur les résultats du Canada pour une sélection d'indicateurs de l'OCDE, présente les secteurs précis où le Canada affiche une bonne performance et ceux qu'il pourrait améliorer. Le rapport expose les profils de la performance pour quatre dimensions du cadre d'évaluation du système de santé de l'OCDE : état de santé, déterminants non médicaux de la santé, accès aux soins et qualité des soins. Ces dimensions ont été choisies parce qu'elles contiennent des indicateurs directionnels. Ainsi, on peut affirmer que des valeurs élevées (dans le cas de l'espérance de vie) ou faibles (dans le cas de la mortalité) sont synonymes d'une meilleure performance. De plus, dans le cas de ces dimensions, les résultats du Canada sont disponibles et déclarés pour tous les indicateurs présentés.

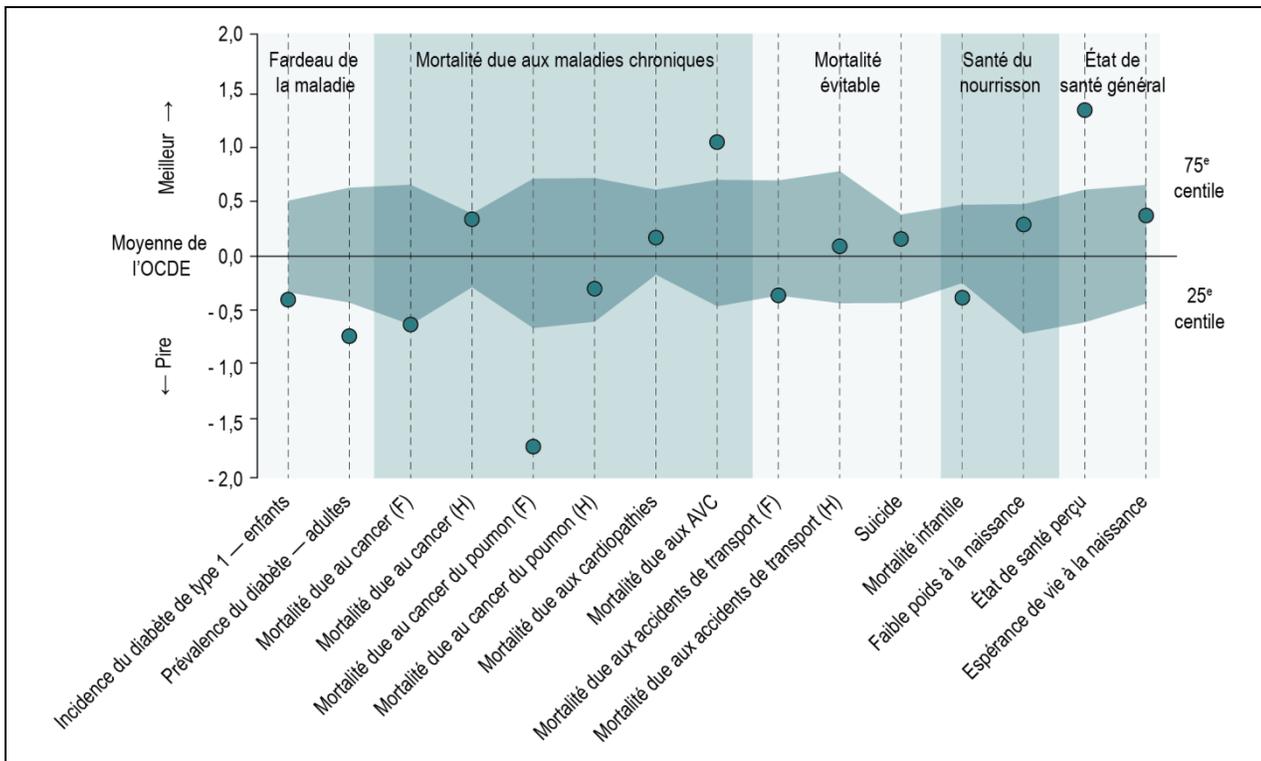
La section Point de mire du rapport met en évidence le fait qu'un grand nombre d'indicateurs sont interconnectés et illustrent une variété de mesures de la performance du système de santé. Cette section explore plus en détail les résultats du Canada au chapitre de la mortalité due au cancer du poumon et établit des liens vers d'autres indicateurs de manière à ajouter des éléments d'information sur le cancer du poumon au Canada.

État de santé

Les mesures de l'état de santé couvrent divers aspects allant de la santé du nourrisson, comme le faible poids à la naissance, à la mortalité due aux maladies chroniques, comme les décès attribuables au cancer. De nombreux facteurs influent sur l'état de santé dans un pays, notamment les caractéristiques des soins de santé et les déterminants sociaux de la santé (p. ex. l'éducation, l'inégalité des revenus et les conditions de vie). Dans l'ensemble, les mesures relatives à cette dimension permettent de dresser un portrait général de la santé des Canadiens.

ii. Accessible au http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Figure 1 : Profil de la performance relative à l'état de santé, Canada



Remarques

F : femmes; H : hommes.

AVC : accident vasculaire cérébral.

Prévalence et incidence du diabète : Les taux ont été estimés par la Fédération internationale du diabète et dérivés de sources de données à l'échelle des pays. La prévalence du diabète comprend le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Mortalité infantile : Certaines variations du taux de mortalité infantile et néonatale à l'échelle internationale peuvent être attribuables aux variations entre les pratiques nationales d'inscription des prématurés⁹.

État de santé perçu : Les résultats du Canada (ainsi que ceux du Chili, des États-Unis, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie) sont biaisés à la hausse en raison des différences de conception de l'enquête.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Fédération internationale du diabète. *Atlas du diabète de la FID 2011*. Bruxelles, Belgique : FID; 2011. <http://www.idf.org>.

- Le Canada présente une **bonne performance** quant à la mortalité due aux AVC et à l'état de santé perçu :
 - Le taux global de *mortalité due aux AVC*ⁱⁱⁱ du Canada est inférieur à ceux de la majorité des pays de l'OCDE (43 par 100 000 habitants) et figure parmi les plus faibles parmi les pays semblables. Malgré ce faible taux, le Canada détient un taux de *mortalité à l'hôpital* après un AVC ischémique plus élevé que ceux des autres pays de l'OCDE (déclaré dans la dimension de la qualité des soins). Les différences dans la performance relative du Canada à ce chapitre ne peuvent être expliquées avec certitude. Toutefois, une hypothèse veut qu'au Canada, une grande proportion des patients ayant subi un AVC léger soient traités en milieu communautaire. D'autres rapports font état de possibilités d'amélioration des soins aux personnes ayant subi un AVC au Canada, puisque la majorité des patients n'arrivent pas assez rapidement à l'hôpital pour être traités à temps¹⁰. Les spécialistes sont d'avis que la présence d'unités spécialisées en AVC dans les hôpitaux, entre autres, permet de réduire davantage les taux de mortalité due aux AVC¹⁰.

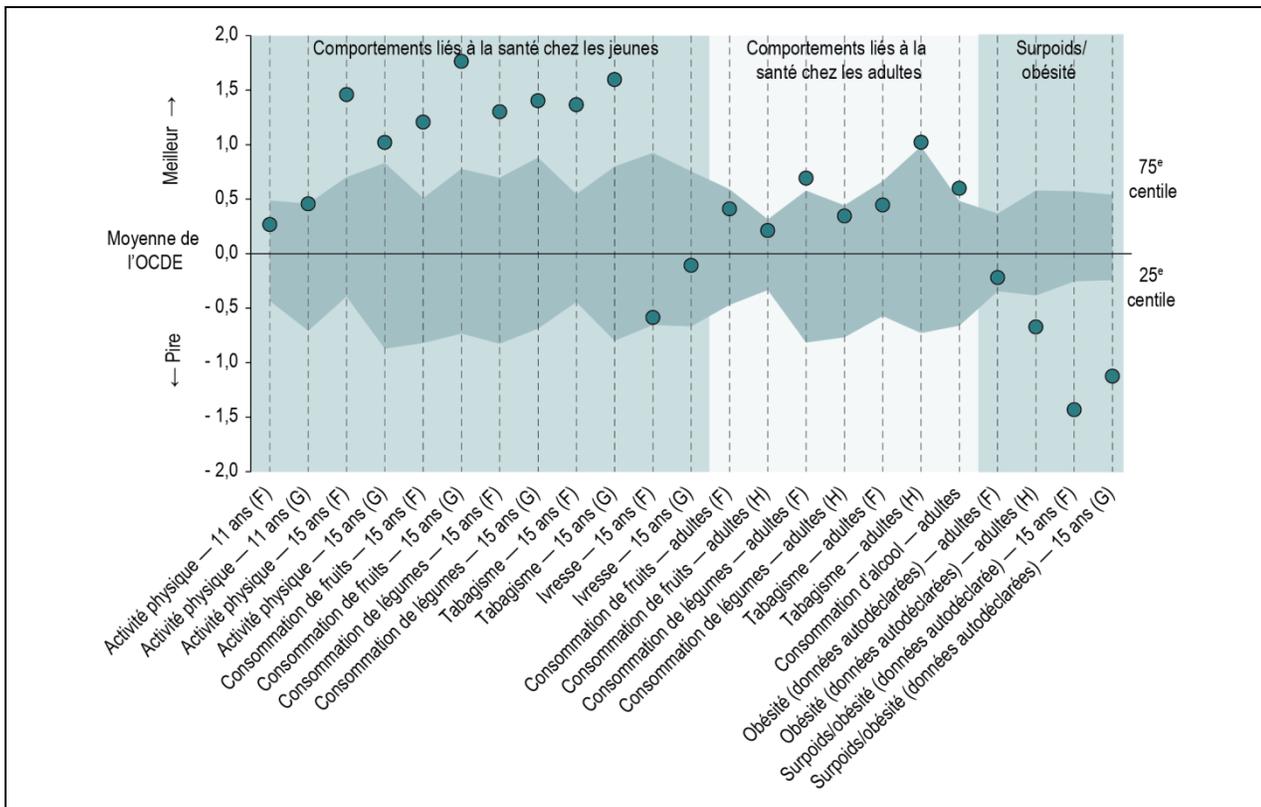
iii. Ce taux englobe les décès causés par des maladies cérébrovasculaires précises, dont l'AVC hémorragique, l'AVC ischémique, l'athérosclérose cérébrale, l'occlusion et la sténose des artères cérébrales et précérébrales ainsi que certaines autres maladies cérébrovasculaires.

- Les Canadiens semblent avoir une meilleure *perception de leur état de santé* que les habitants des autres pays de l'OCDE, puisque près de 9 Canadiens sur 10 ont déclaré être en « bonne », « très bonne » ou « excellente » santé. Il importe de souligner que les enquêtes utilisées au Canada sont différentes de celles en place dans la plupart des autres pays. Le Canada et quatre autres pays de l'OCDE (le Chili, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis) utilisent une échelle de cinq points comportant trois possibilités de réponse positive (bonne, très bonne et excellente), tandis que les échelles des autres pays en comptent deux (bonne et très bonne). Cette différence entre les échelles semble influencer à la hausse les résultats. Quatre des cinq pays qui emploient trois qualificatifs positifs affichent des résultats parmi les meilleurs de l'OCDE. Le Canada se classe au milieu des cinq pays ayant des structures d'enquête semblables.
- Le Canada affiche une **faible performance** en ce qui a trait à la mortalité due au cancer du poumon, à la mortalité infantile et à la prévalence du diabète :
 - Le taux de *mortalité due au cancer du poumon* au Canada (58 décès par 100 000 habitants) est supérieur à la moyenne de l'OCDE (43 décès par 100 000 habitants). Tous les pays semblables, à l'exception des Pays-Bas (aussi 58 décès par 100 000 habitants) affichent un meilleur résultat que le Canada pour cet indicateur, ce qui comprend l'Allemagne (41 décès par 100 000 habitants), l'Australie (38 décès par 100 000 habitants) et la France (43 décès par 100 000 habitants). Le Canada fait particulièrement piètre figure en ce qui concerne la mortalité due au cancer du poumon chez les femmes; cette différence entre les sexes est explorée plus en détail dans la section Point de mire du présent rapport.
 - La performance relative du Canada au chapitre de la *mortalité infantile* se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE; le taux de mortalité infantile est demeuré le même au Canada depuis les 10 dernières années. Certaines données probantes démontrent que les cas de très faible poids à la naissance et de naissances à un âge gestationnel très précoce sont susceptibles d'être enregistrés plus souvent au Canada (et aux États-Unis) que dans les autres pays de l'OCDE⁹. Si on exclut ces naissances, la performance relative du Canada se compare à celle des autres pays de l'OCDE⁹. La mortalité infantile est particulièrement préoccupante dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, où les taux sont trois fois plus élevés que la moyenne canadienne¹¹.
 - La *prévalence du diabète (types 1 et 2)* au Canada figure parmi les plus élevées de l'ensemble des pays de l'OCDE (8,7 %) et de tous les pays semblables, sauf les États-Unis (9,6 %) et la Nouvelle-Zélande (8,8 %). Le diabète non diagnostiqué constitue un problème courant dans la majorité des pays, dont le Canada, où 1 % de plus de Canadiens vivent avec un diabète non diagnostiqué¹². La prévalence du diabète a presque doublé au Canada depuis 2000¹³. Cette maladie est plus fréquente au sein de certaines populations : la prévalence du diabète chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada, par exemple, est trois fois supérieure à celle enregistrée au sein de la population non autochtone¹².

Déterminants non médicaux de la santé

Les déterminants non médicaux de la santé sont ceux qui se trouvent hors du contrôle direct du système de santé. Ils englobent les facteurs comportementaux, économiques, sociaux et environnementaux ainsi que les facteurs liés aux habitudes de vie qui influent grandement sur la santé des personnes. On estime que les déterminants non médicaux constituent la cause principale de la moitié des maladies¹⁴. L'OCDE s'intéresse à cinq de ces facteurs : les taux de tabagisme, l'activité physique (chez les jeunes seulement), la consommation de fruits et légumes, la prévalence de l'obésité et du surpoids ainsi que la consommation d'alcool. Comme ces facteurs ont une incidence importante sur le risque de maladie, la mesure de ces indicateurs chez les jeunes fournit une indication des maladies chroniques futures.

Figure 2 : Profil de la performance relative aux déterminants non médicaux de la santé, Canada



Remarques

F : filles/femmes; G : garçons; H : hommes.

Obésité (données autodéclarées) — adultes : Les taux d'obésité sont calculés selon les données autodéclarées sur le poids et la taille. Les taux autodéclarés et non mesurés ont été utilisés parce que les taux mesurés d'obésité chez les adultes ne sont pas disponibles dans tous les pays.

Surpoids/obésité (données autodéclarées) — 15 ans : Les taux d'obésité sont calculés selon les données autodéclarées sur le poids et la taille. Les taux autodéclarés et non mesurés ont été utilisés parce que les taux mesurés d'obésité ne sont pas disponibles dans tous les pays et qu'ils comprennent les enfants et les jeunes de différents groupes d'âge. Les taux autodéclarés proviennent de l'étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC).

Comportements liés à la santé chez les jeunes : Ces mesures sont basées sur les données autodéclarées de l'Enquête HBSC.

Tabagisme — adultes : Les taux de tabagisme sont basés sur les données autodéclarées. Il existe des variations entre les pays de l'OCDE quant à l'évaluation des habitudes de tabagisme dans les enquêtes par entrevue relatives à la santé.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Currie C, et al., dir. *Social Determinants of Health and Well-Being Among Young People*. Copenhague, Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2012. <http://www.hbsc.org/>.

- Le Canada présente de **bons résultats** dans la plupart des mesures des comportements liés à la santé chez les jeunes et les adultes :
 - Parmi les pays semblables, le Canada affiche une performance élevée dans presque tous les *comportements liés à la santé autodéclarés* par les jeunes, ce qui comprend l'activité physique, le tabagisme et la consommation de fruits et légumes. Seuls les États-Unis présentent généralement de meilleurs résultats.
 - Le pourcentage de *fumeurs quotidiens* (16 %) est moins élevé au Canada que dans la majorité des pays de l'OCDE, se rapprochant de ceux de plusieurs pays semblables, dont la Suède (13 %), l'Australie (15 %) et les États-Unis (15 %). Il y a 20 ans, les résultats du Canada n'étaient pas aussi bons que ceux des autres pays de l'OCDE. L'amélioration des taux de tabagisme devrait donc se traduire par une baisse du taux de mortalité due au cancer du poumon dans un avenir rapproché.

- Au nombre des déterminants non médicaux de la santé, la *consommation d'alcool* est celui qui contribue le plus au fardeau des maladies en Amérique du Nord¹⁵. La performance du Canada se situe au-dessus de la moyenne en ce qui a trait à la consommation d'alcool chez les adultes. La consommation excessive d'alcool est associée à un grand nombre de problèmes sociaux et du développement, ainsi qu'à plusieurs affections chroniques comme les maladies cardiovasculaires et certains cancers¹⁵. Chez les enfants, la consommation d'alcool est mesurée d'après l'état d'ivresse : ils doivent avoir été ivres au moins à deux occasions à l'âge de 15 ans ou avant. La performance du Canada, malgré son bon résultat au chapitre de la consommation d'alcool chez les adultes, se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE quant à l'état d'ivresse observé chez les enfants, particulièrement chez les filles. Le Canada fait partie du petit nombre de pays de l'OCDE où le taux d'ivresse autodéclarée est plus élevé chez les filles que chez les garçons de 15 ans ou moins. Partout dans le monde, des campagnes axées sur la réduction de la consommation d'alcool ont porté leurs fruits, entraînant notamment l'établissement d'un âge minimum pour acheter de l'alcool, l'adoption d'une réglementation sur la conduite en état d'ébriété et l'accès à des traitements abordables offerts aux personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool¹⁵.
- La *consommation de fruits et légumes* au Canada, particulièrement chez les jeunes, est supérieure à celle de la majorité des pays de l'OCDE. Chez les garçons et les filles de 15 ans, elle figure parmi les plus élevées des pays inclus dans l'indicateur. Il a été démontré que la consommation de fruits et légumes par les jeunes réduit le risque de maladies chroniques futures et entraîne souvent des habitudes alimentaires saines plus tard dans la vie. Selon les recommandations du Guide alimentaire canadien, les enfants de 14 à 18 ans devraient consommer 7 ou 8 portions de fruits et légumes par jour et les adultes, 7 à 10 portions par jour¹⁶. Les études ont démontré que la situation socioéconomique, les préférences et le fait d'avoir à la maison des collations saines, comme les fruits et les légumes, influent grandement sur les habitudes alimentaires des jeunes¹⁷. Plusieurs municipalités et conseils scolaires au Canada ont interdit la vente de boissons sucrées, comme les boissons gazeuses, dans les machines distributrices des écoles afin d'améliorer la santé des jeunes¹⁸. En 2009, la Commission européenne a instauré un programme de distribution aux jeunes élèves de fruits et légumes gratuits, lequel a contribué efficacement à accroître la consommation de fruits et légumes chez les élèves¹⁹.
- Le Canada fait **mauvaise figure** pour ce qui est des mesures du surpoids et de l'obésité, dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes :
 - À l'échelle mondiale, le taux d'*obésité* a doublé depuis 1980. L'obésité est à l'origine de près de la moitié du fardeau du diabète ainsi que du quart des diagnostics de cardiopathie ischémique et de certains cancers, comme ceux de l'œsophage, du sein et du côlon^{20, 21}. Le taux d'obésité chez les Canadiens adultes (17,7 %) figure parmi les plus élevés parmi les pays semblables. Le Canada n'est devancé que par les États-Unis (28,5 %) à ce chapitre. Il pourrait s'agir de l'un des facteurs contribuant à la faible performance du Canada concernant la prévalence du diabète. Ce taux est basé sur les données autodéclarées sur le poids et la taille, qui tendent à présenter une sous-estimation de l'indice de masse corporelle. Lorsque le taux est obtenu à partir du poids et de la taille réels, environ 25 % des Canadiens sont considérés comme étant obèses, ce qui place également le Canada en dessous de la moyenne de l'OCDE, de 23 %. Les politiques internationales qui préviennent l'obésité avec succès comprennent l'activité physique régulière et l'accès à des choix alimentaires sains, ainsi que la sensibilisation de l'industrie alimentaire à la réduction des gras et du sucre dans les aliments²⁰. Le dépistage de l'obésité par les médecins a également été recommandé dans certains pays pour susciter un dialogue sur les changements recommandés dans les habitudes de vie et l'alimentation²².

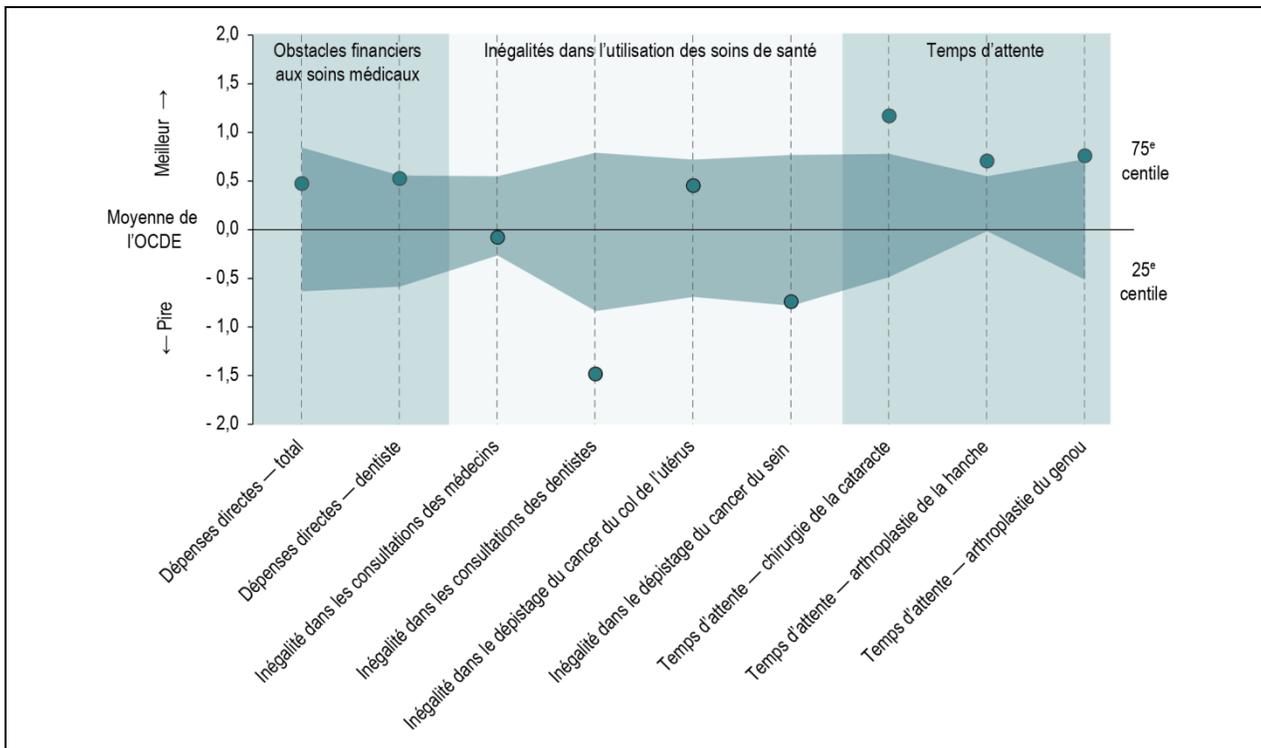
- Le Canada se situe également en dessous de la moyenne de l'OCDE pour ce qui touche le pourcentage d'enfants considérés *en surpoids ou obèses* : 17 % des filles et 24 % des garçons de 15 ans ont un indice de masse corporelle supérieur aux limites établies en fonction de l'âge et du sexe. Par rapport aux pays semblables, le Canada affiche l'une des pires performances, tout comme les États-Unis. Les valeurs de l'indice de masse corporelle mesuré chez les enfants sont très semblables; le quart des enfants de 5 à 17 ans sont en surpoids ou obèses. Les stratégies visant à réduire l'obésité chez les enfants, bien que nombreuses, ciblent le plus souvent les enfants de 6 à 11 ans et sont rarement appliquées à la maison, où les enfants se trouvent le plus souvent²³. Selon les résultats de recherche, les programmes axés sur la hausse de l'activité physique favoriseraient la prévention et le traitement de l'obésité chez les enfants²⁴.

A priori, les constatations peuvent sembler contre-intuitives. En effet, le Canada se classe bien pour ce qui est de la majorité des activités liées à la santé, par exemple la consommation de fruits et légumes et l'activité physique, mais ses taux d'obésité sont parmi les plus élevés de l'ensemble des pays de l'OCDE. Une analyse plus approfondie de ces indicateurs permettrait d'expliquer les cotes de performance contradictoires du Canada. Par exemple, le Guide alimentaire canadien recommande de consommer **sept ou huit** portions de fruits et légumes par jour. Or, les indicateurs de la consommation de fruits et légumes permettent de calculer le pourcentage de personnes qui mangent **au moins un** fruit ou légume par jour. Il est donc possible que les Canadiens ne consomment pas le nombre de portions de fruits et légumes recommandé pour améliorer la qualité de leur alimentation¹⁶. La situation est la même en ce qui concerne les indicateurs de l'activité physique. En effet, la proportion d'enfants qui ont déclaré faire le nombre de minutes recommandées d'activité physique est plus élevée au Canada que dans la majorité des pays de l'OCDE. Pourtant, la majorité des enfants canadiens n'atteignent pas les 60 minutes d'activité physique par jour recommandées dans les *Directives canadiennes en matière d'activité physique*¹. De plus, il importe de tenir compte des comportements sédentaires, comme regarder la télévision ou jouer à des jeux vidéo, des facteurs qui se sont avérés grandement prédictifs des taux d'obésité chez les enfants et les adultes²⁵.

Accès aux soins

Les indicateurs de l'accès aux soins témoignent de la disponibilité des soins appropriés, à l'endroit et au moment où ils sont requis. C'est là un concept complexe qu'il est difficile de mesurer et de comparer d'un pays à l'autre. L'une des mesures de l'accès aux soins qui préoccupe particulièrement le Canada touche les temps d'attente. En 2004, les premiers ministres du Canada ont convenu de réduire les temps d'attente dans cinq domaines cliniques prioritaires : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, la restauration de la vue et les arthroplasties²⁶. Depuis, les temps d'attente ont diminué dans les cinq domaines. Les mesures de l'OCDE portant sur l'accès aux soins couvrent non seulement les temps d'attente, mais aussi les dépenses directes et les inégalités dans l'utilisation des soins de santé en fonction du revenu. Bien qu'il ne s'agisse pas de mesures de l'accès aux soins comme telles, elles signalent les obstacles financiers qui pourraient surgir en l'absence des mécanismes de protection appropriés.

Figure 3 : Profil de la performance relative à l'accès aux soins, Canada



Remarques

Inégalités dans l'utilisation des soins de santé : Les données ayant servi à établir les indicateurs d'inégalité des revenus proviennent d'entrevues sur la santé ou d'enquêtes nationales auprès des ménages effectuées de 2005 à 2009. Il s'agit de données autodéclarées. Le résultat du Canada est fondé sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-2008. Toutes les données des pays déclarants ont été incluses, peu importe l'année de déclaration (les données de quatre pays sont antérieures à celles du Canada). Il existe des différences dans les questions des enquêtes, les groupes d'âge des répondants et les mesures employées pour établir les groupes de revenu. Les inégalités dans l'utilisation des soins de santé entre les pays doivent donc être interprétées avec prudence. L'inégalité dans les consultations des médecins a été mesurée selon l'indice d'iniquité horizontale (indice de concentration) relative aux probabilités de consultation d'un médecin dans les 12 derniers mois, et a été ajustée en fonction du besoin. Les inégalités dans le dépistage du cancer et les consultations de dentistes ont été mesurées au moyen des différences dans les taux entre le quintile de revenu le plus élevé et le quintile de revenu le plus faible.

Temps d'attente : Ces indicateurs sont basés sur les données administratives pour sept pays (Australie, Canada, Estonie, Finlande, Nouvelle-Zélande, Portugal et Royaume-Uni). Étant donné les nouveaux indicateurs de cette année, il peut y avoir davantage de divergences dans la façon dont chaque pays déclare ses résultats.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Devaux M, de Looer M. *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009*. Paris, France : OCDE; 2012.

OECD Health Working Papers, n° 58. <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.

- Le Canada affiche une **bonne performance** concernant les indicateurs de temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte et pour une arthroplastie :
 - Les longs *temps d'attente* pour recevoir des services de santé constitue un enjeu stratégique important sur le plan de la santé dans de nombreux pays de l'OCDE. L'attente peut susciter l'insatisfaction des patients et entraîner des résultats négatifs pour la santé à court et à long terme. Le Canada devance les six autres pays^{iv} qui présentent des données comparables sur les temps d'attente pour trois types de chirurgies non urgentes. Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, une arthroplastie de la hanche et une arthroplastie du genou figurent en tête de liste de l'ensemble des pays participants, les temps d'attente médians étant respectivement de 46, 87 et 106 jours. La bonne performance du Canada découle sans doute du fait que ces trois indicateurs correspondent aux procédures établies comme étant prioritaires par les premiers ministres en 2004²⁶. Contrairement à ce qui s'est produit dans la plupart des autres pays, les temps d'attente n'ont pas diminué au Canada depuis 2008. Les temps d'attente médians pour une arthroplastie de la hanche et une arthroplastie du genou étaient d'ailleurs plus longs en 2011. On a toutefois observé d'importantes baisses entre 2004 et 2008. Au moment d'interpréter ces résultats, il importe de prendre en considération le fait que les indicateurs rendent compte du délai entre l'évaluation par un spécialiste et le traitement, et qu'ils ne comprennent pas le temps d'attente avant de consulter un spécialiste. Selon les enquêtes internationales, le Canada affiche les temps d'attente les plus élevés pour les services de spécialistes; 41 % des Canadiens qui nécessitent une consultation avec un spécialiste doivent attendre plus de deux mois, contre 9 % des Américains et 7 % des Allemands²⁷.
- Le Canada présente de **faibles résultats** au chapitre de l'inégalité dans les visites chez le dentiste en fonction du revenu :
 - Le taux d'*inégalité dans les consultations des dentistes* au Canada est supérieur à celui de la plupart des pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu étant presque deux fois moins susceptibles de se rendre chez le dentiste que les personnes à revenu plus élevé^v. Parmi les Canadiens du groupe de revenu le plus faible, moins de la moitié (47 %) des personnes s'étaient rendues chez le dentiste dans les 12 mois précédents, comparativement à près de quatre personnes sur cinq (79 %) dans le groupe de revenu le plus élevé. Même si ces différences peuvent être en partie attribuées à des préférences et des attentes individuelles, elles font ressortir les obstacles disproportionnés auxquels peuvent faire face les personnes à faible revenu quant à l'accès aux soins. Ce résultat n'est pas surprenant, car la plupart des soins dentaires constituent des dépenses directes des particuliers ou sont couverts par les régimes d'assurance privée, que souvent les Canadiens à faible revenu n'ont pas²⁸.

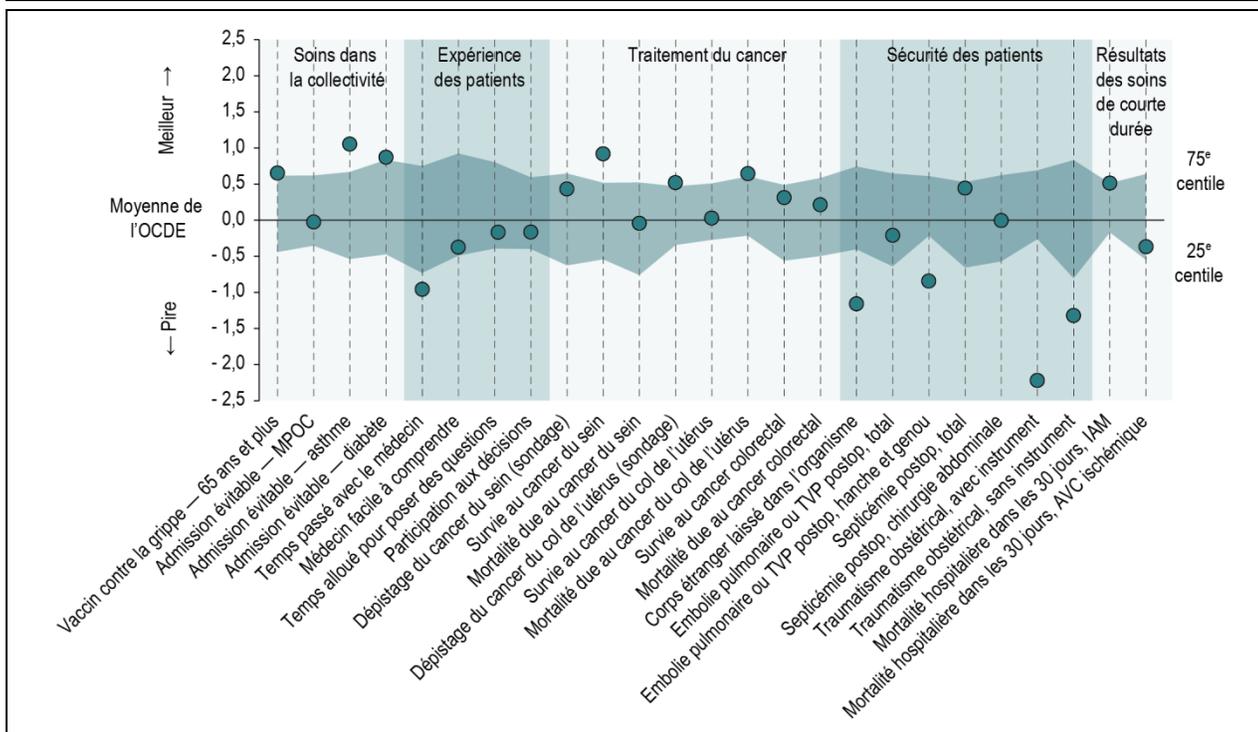
iv. Les six autres pays qui fournissent des données sur les temps d'attente médians pour ces mesures sont l'Australie, l'Estonie, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, le Portugal et le Royaume-Uni.

v. Les données sur l'inégalité dans les visites chez le dentiste sont disponibles pour 16 pays et celles sur l'inégalité dans le dépistage du cancer sont disponibles pour 15 pays. Les données de nombreux pays, dont le Canada, sont antérieures à 2009.

Qualité des soins

La qualité des soins désigne une vaste catégorie d'indicateurs qui portent sur l'efficacité, la sécurité et l'efficience des soins. Il peut s'agir, par exemple, de mesures de l'expérience des patients ainsi que du pourcentage de personnes qui bénéficient de programmes efficaces et bénéfiques, comme la vaccination contre la grippe et le dépistage de certains cancers. Même dans des pays comme le Canada et les pays semblables, où les systèmes de santé sont bien structurés et pourvus en ressources, la qualité demeure préoccupante²⁹. Les résultats attendus ne sont pas toujours obtenus et souvent, les normes relatives à la prestation des soins de santé sont fort différentes d'un pays à l'autre²⁹.

Figure 4 : Profil de la performance relative à la qualité des soins, Canada



Remarques

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

TVP : thrombose veineuse profonde.

Postop : postopératoire.

IAM : Infarctus aigu du myocarde.

AVC : accident vasculaire cérébral.

Dépistage du cancer : Les résultats se limitent aux données autodéclarées.

Mortalité hospitalière dans les 30 jours — IAM ou AVC ischémique : Idéalement, les taux sont basés sur des patients individuels, mais seuls quelques pays sont en mesure de suivre les patients entre les hôpitaux et de saisir les décès survenus à l'extérieur du milieu hospitalier. Les taux sont donc basés sur les admissions à l'hôpital. Les différences quant aux pratiques d'autorisation de la sortie et de transfert des patients peuvent avoir une incidence sur les résultats.

Expérience des patients : Les données des indicateurs relatifs à l'expérience des patients de la plupart des pays sont extraites de l'enquête International Health Policy Survey 2010 du Fonds du Commonwealth. D'autres enquêtes nationales ont été utilisées pour les données de l'Australie, de la Tchéquie, d'Israël, du Luxembourg et de la Nouvelle-Zélande. Il existe des différences quant à la taille des échantillons, à la représentativité et aux taux de réponse. Les résultats des pays relatifs à l'expérience des patients doivent être interprétés avec prudence.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE, 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Fonds du Commonwealth. *International Health Policy Survey*. 2010. Et autres sources nationales.

Les résultats globaux du Canada pour cette dimension sont mitigés, allant du meilleur au pire.

- Le Canada fait **bonne figure** en ce qui concerne les admissions évitables, le dépistage du cancer du sein et la survie au cancer du sein :
 - Les *admissions évitables* représentent les hospitalisations qui auraient pu être évitables. Constituant une proportion importante des hospitalisations totales, elles sont généralement considérées comme la conséquence de soins inadéquats dans la collectivité. Les taux d'admission pour le diabète et l'asthme au Canada sont parmi les plus faibles des pays de l'OCDE. Cependant, les taux d'admission pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) se rapprochent de la moyenne de l'OCDE. La performance relativement bonne du Canada peut s'expliquer par la prise en charge adéquate de ces affections dans la collectivité, ce qui permet d'éviter les hospitalisations. Toutefois, elle peut aussi témoigner du fait que le Canada affiche un taux d'hospitalisation (8 sorties par 100 habitants) généralement plus faible que la plupart des pays de l'OCDE (la moyenne de l'OCDE étant de 15 sorties par 100 habitants).
 - Les indicateurs de la *survie au cancer* mesurent la probabilité qu'un patient atteint du cancer soit encore en vie cinq ans après l'annonce du diagnostic, par rapport à un membre de la population générale. Le Canada affiche une bonne performance en ce qui concerne le taux de survie relative à cinq ans au cancer du sein et dépasse les pays semblables. Ce résultat peut être attribuable en partie au dépistage précoce et à l'efficacité des traitements. Le *taux de dépistage* du cancer du sein autodéclaré du Canada figure parmi les plus élevés, ce qui pourrait mener à une détection plus précoce et à de meilleurs pronostics. Toutefois, malgré la bonne performance du Canada en ce sens, il subsiste des inégalités dans le taux de dépistage du cancer du sein. Même si l'OCDE ne recueille pas d'indicateurs sur le traitement du cancer, d'énormes progrès ont été réalisés dans le traitement de divers types de cancer, ce qui pourrait aussi contribuer au taux de survie élevé du Canada^{30, 31}.
- Le Canada fait **piètre figure** quant aux mesures de l'expérience des patients et à plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les traumatismes obstétricaux et les corps étrangers laissés dans l'organisme :
 - Presque tous les patients des pays de l'OCDE, dont les Canadiens, ont fourni des réponses positives concernant l'*expérience des patients*. Or, la majorité des pays de l'OCDE ont déclaré de meilleurs résultats que le Canada relativement à ces indicateurs. Par exemple, 81 % des Canadiens ont indiqué que leur médecin leur avait consacré suffisamment de temps en consultation, ce qui classe le Canada en dessous de la moyenne de l'OCDE (87 %). La performance relative du Canada le place également sous la moyenne de l'OCDE pour trois autres indicateurs de l'expérience des patients, même si les écarts entre les pays sont faibles. La performance du Canada est inférieure d'un point de pourcentage à celle des pays de l'OCDE en ce qui a trait aux indicateurs *médecin facile à comprendre* (90 %), *temps alloué pour poser des questions* (88 %) et *participation aux décisions* (85 %). Certains pays, comme le Royaume-Uni, utilisent les mesures de l'expérience des patients pour offrir des incitatifs financiers aux dispensateurs de soins axés sur le patient³².
 - Le Canada présente l'un des pires résultats concernant les *corps étrangers laissés dans l'organisme au cours d'une chirurgie*. Ces corps étrangers comprennent principalement les éponges et les pièces d'instruments médicaux³³. Presque tous les pays semblables devançant le Canada, à l'exception de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie. L'usage de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, par exemple, qui favoriserait la sécurité des chirurgies, a été recommandé dans toutes les salles d'opération au Canada. Cette liste rappellerait au personnel du bloc opératoire d'effectuer un dénombrement final du matériel, p. ex. des éponges et des instruments, pour s'assurer qu'aucun corps étranger n'est laissé dans l'organisme. Le programme Soins de santé plus sécuritaires maintenant! de l'Institut canadien pour la sécurité des patients fournit des ressources aux organismes de soins de santé afin d'orienter leurs efforts d'amélioration de la sécurité des chirurgies au moyen de la liste de contrôle³⁴.

- Le Canada présente une mauvaise performance relativement à un nouvel indicateur de l'OCDE qui porte sur les cas d'*embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde postopératoire*, ou thrombo-embolie veineuse, lors des arthroplasties de la hanche et du genou. La thrombo-embolie veineuse est l'une des complications les plus courantes et évitables lors des hospitalisations. La mise en place de protocoles visant à l'éviter constitue une pratique organisationnelle requise (essentielle au sein des organismes) pour l'agrément des hôpitaux³⁵. Le Canada a enregistré le troisième taux le plus élevé pour cet incident parmi les pays de l'OCDE, derrière la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Cet indicateur de la sécurité des patients revêt une importance particulière étant donné la hausse des taux d'arthroplasties de la hanche et du genou au Canada. En effet, de 2010 à 2012, le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou au Canada s'est accru de 15 %, ce qui représente un coût de plus de 100 millions de dollars pour le système de santé³⁶. Il importe de souligner que ces mesures dépendent de l'exactitude de l'enregistrement des diagnostics et des interventions dans les dossiers hospitaliers. Les normes de codification mises au point par l'ICIS et exigées par les ministères provinciaux de la Santé ainsi que les pratiques en vigueur dans la plupart des hôpitaux canadiens peuvent favoriser, pour certains de ces événements, une saisie et une déclaration des données plus exhaustives au Canada que dans les autres pays. L'Institut canadien pour la sécurité des patients offre aux organismes de soins de santé à l'échelle du Canada des ressources pour minimiser les cas de thrombo-embolie veineuse³⁴.
- Le Canada affiche une mauvaise performance en ce qui concerne les indicateurs de l'OCDE liés aux cas de *traumatisme obstétrical*, enregistrant des taux de 17 % d'accouchements vaginaux avec instrument et de 3 % d'accouchements sans instrument qui entraînent une lacération ou déchirure du périnée. Ces deux taux sont plus élevés au Canada que dans tous les pays semblables (à l'exception de la Suède, qui a déclaré un taux de 4 % d'accouchements sans instrument ayant entraîné une déchirure). Au Canada, les taux de traumatismes lors des accouchements avec instrument sont près de six fois plus élevés que dans le cas des accouchements sans instrument. Les taux d'accouchements assistés varient considérablement entre les provinces et territoires³⁷. Le taux d'accouchements avec instrument au Canada est environ 20 % plus élevé chez les femmes des régions rurales que chez celles des régions urbaines³⁸. Les programmes de formation sur la protection du périnée et la surveillance continue durant l'accouchement figurent parmi les facteurs ayant eu un effet notable sur la diminution des taux de traumatismes obstétricaux^{39, 40}. Comme dans le cas d'autres indicateurs de la sécurité des patients, la faible performance du Canada relativement à cet indicateur peut aussi découler de ses rigoureuses méthodes de collecte de données.

Point de mire — portrait global de la mortalité due au cancer du poumon

Le présent rapport porte sur un large éventail d'indicateurs qui mesurent les diverses dimensions de la santé et de la performance du système de santé. Un grand nombre d'indicateurs, qui sont reliés entre eux, peuvent servir à expliquer la performance globale du Canada et à déterminer les domaines à améliorer. La section Point de mire explore la performance du Canada au chapitre de la mortalité due au cancer du poumon, établissant des liens vers d'autres indicateurs pour fournir des éléments d'information sur l'évolution du cancer du poumon au Canada⁴¹⁻⁴⁶.

Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la principale cause de décès au pays, représentant 30 % de tous les décès⁴¹. Chaque jour, 500 Canadiens reçoivent un diagnostic de cancer et 200 en meurent⁴¹. Le cancer constitue un groupe hétérogène d'affections ayant des causes et des résultats cliniques différents⁴⁷. Certains cancers, comme le cancer des testicules et le cancer de la thyroïde, réagissent fortement au traitement médical, alors que d'autres, comme le cancer du poumon et le cancer de la gorge, exigent un important volet de prévention. Le tiers de tous les décès causés par le cancer au Canada pourraient être prévenus et un autre tiers des victimes pourraient être guéries si le cancer était diagnostiqué plus tôt^{48, 49}.

Le Canada se classe au milieu des pays de l'OCDE quant au taux global de mortalité due au cancer, avec un taux tout juste inférieur à la moyenne de l'OCDE. La note globale moyenne est le résultat d'une forte performance au chapitre de la mortalité due au cancer du col de l'utérus, au cancer colorectal et au cancer de la prostate, mais cette note est amoindrie en raison de la mortalité due au cancer du poumon qui est plus élevée que dans la plupart des autres pays. La plupart des pays, dont les États-Unis, la Suède, l'Australie et l'Allemagne, s'en tirent mieux que le Canada en ce qui concerne la mortalité due au cancer du poumon. La grande majorité des décès causés par le cancer du poumon découlent du tabagisme⁵⁰. L'analyse du taux de tabagisme au Canada fournit donc d'importants éléments permettant de comprendre la faible performance du Canada quant à la mortalité due au cancer du poumon.

Le tabagisme au Canada : des progrès importants

Le tabagisme demeure la principale cause de maladies et de décès évitables au Canada. Plus des trois quarts des cas de cancer du poumon et 17 % de tous les décès au Canada peuvent être attribués au tabagisme^{50, 51}. À l'échelle mondiale, on estime que la consommation de tabac a causé 100 millions de décès au 20^e siècle et qu'elle entraînera 1 milliard de décès au 21^e siècle si la tendance actuelle se maintient⁵². La performance du Canada se classe parmi les meilleures des pays membres de l'OCDE en ce qui concerne le taux de tabagisme chez les jeunes et les adultes. En 2011, 16 % des adultes canadiens étaient des fumeurs quotidiens, ce qui se compare aux taux des États-Unis (15 %) et de l'Australie (15 %), eux aussi en deçà de la moyenne de l'OCDE de 21 %.

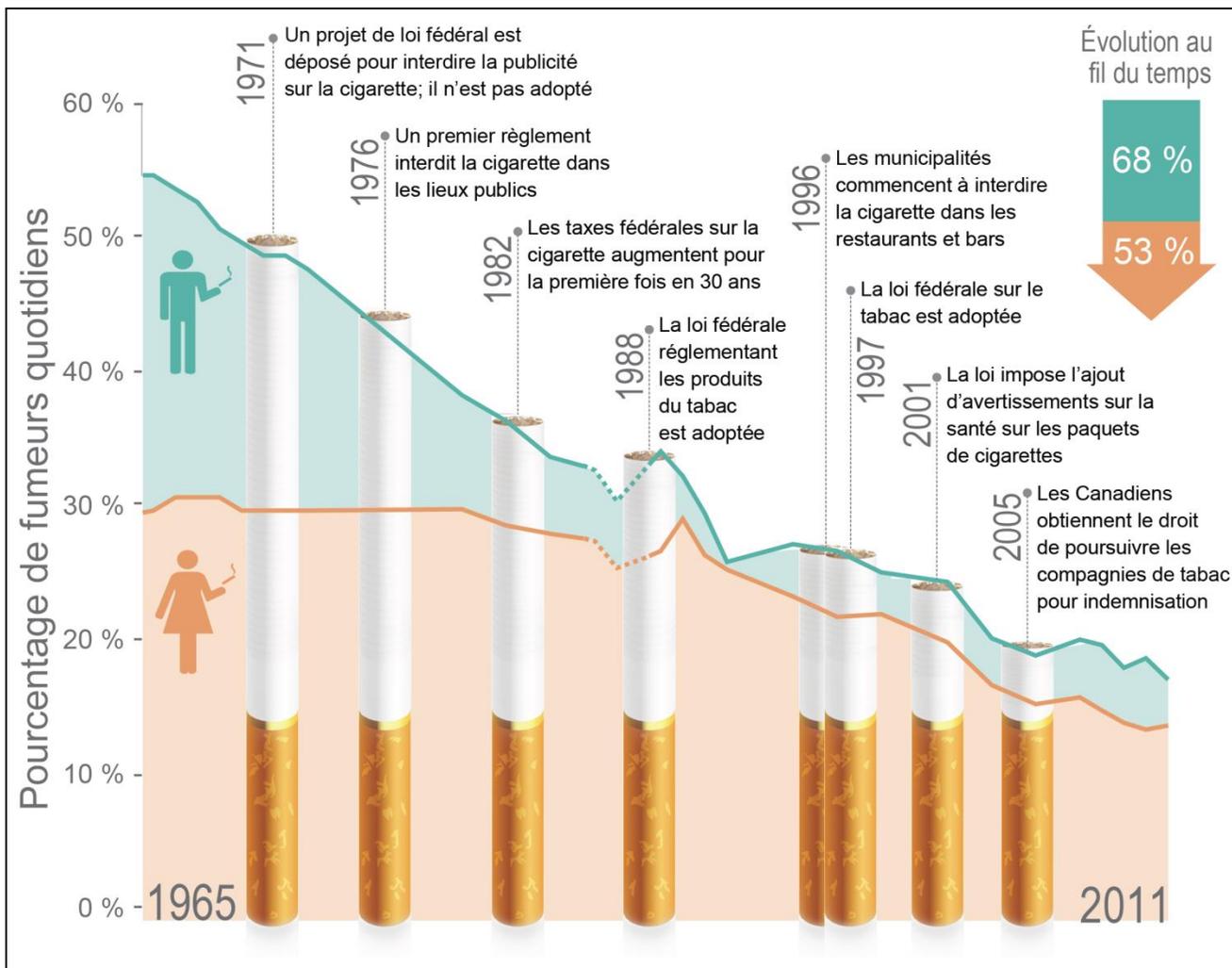
Le cancer du poumon au Canada

Selon les estimations, 188 000 Canadiens recevront un diagnostic de cancer en 2013; dans plus de un cas sur 10, il s'agira d'un cancer du poumon⁴¹. L'incidence du cancer du poumon au Canada est de 56 cas par 100 000 habitants, soit plus que dans la plupart des autres pays^{42, 43}. Le taux est plus élevé chez les hommes (60 cas par 100 000 habitants) que chez les femmes (47 cas par 100 000 habitants). Cependant, depuis les années 1980, le taux d'incidence du cancer du poumon diminue de façon constante chez les hommes, mais augmente chez les femmes⁴¹. Le cancer du poumon est souvent diagnostiqué à un stade avancé, de sorte que le taux de survie est moins élevé que dans le cas de la majorité des cancers (le taux de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon étant de 15 %)^{44, 45}. Même si le taux de survie relative à cinq ans n'est pas déclaré dans le rapport *Panorama de la santé* de l'OCDE, il a été démontré qu'il est plus élevé au Canada que dans les autres pays⁴⁶.

Le taux de tabagisme au Canada n'a pas toujours été faible. Depuis le milieu des années 1960, le pourcentage d'hommes qui fument quotidiennement a diminué considérablement, et le taux actuel de fumeurs est à moins de la moitié de ce qu'il était en 1965 (figure 5). Chez les femmes, le tabagisme a commencé à diminuer presque une décennie plus tard, au milieu des années 1970, pour régresser à son tour d'environ 50 %. Le taux global de tabagisme a toujours été plus faible chez les femmes que chez les hommes, un écart qui s'est toutefois amoindri au fil du temps. Des données probantes récentes montrent que le taux de tabagisme chez les femmes de 15 à 19 ans est maintenant semblable à celui des hommes du même âge⁵³. Il subsiste aussi des disparités dans les taux de tabagisme en fonction du revenu, le tabagisme étant deux fois plus élevé dans le groupe de revenu le plus faible que dans le groupe de revenu le plus élevé⁵⁴.

Plusieurs politiques et campagnes publiques de lutte contre le tabagisme ont contribué à réduire le taux de tabagisme au Canada au cours des quatre dernières décennies. Le Canada a d'ailleurs été un précurseur dans ce domaine. Au début des années 1990, l'âge légal pour acheter des cigarettes est passé de 16 à 18 ans⁵⁵. À l'heure actuelle, il est de 18 ou 19 ans, selon la province ou le territoire⁵⁶. En 1997, la *Loi sur le tabac* interdisait l'affichage et la promotion des cigarettes, en plus d'imposer une uniformité dans l'étiquetage et l'accès aux produits du tabac⁵⁷. En 2001, le Canada a été le premier pays à exiger l'ajout sur les paquets de cigarettes de pictogrammes d'avertissements sur la santé devant recouvrir la moitié de l'avant et de l'arrière du paquet. À compter de 2004, les gouvernements provinciaux ont instauré des politiques d'interdiction de fumer en public et en 2010, des lois restreignant la consommation de tabac dans les lieux publics étaient adoptées uniformément dans l'ensemble des provinces et territoires⁵⁷. Des programmes de renoncement au tabac, comme les lignes d'aide et les programmes en ligne, sont offerts partout au pays. Cependant, il a été démontré que l'accès à de tels programmes varie entre les populations au Canada (par exemple, l'accès à ces programmes est réduit chez les Premières Nations du pays)⁵⁸.

Figure 5 : Taux de tabagisme chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus, Canada, de 1965 à 2011



Remarque

La source des données du Canada ayant changé entre 1985 et 1988, les données ne sont pas directement comparables. Veuillez consulter les notes méthodologiques de l'OCDE pour obtenir des précisions.

Sources

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://www.ccnpps.ca/timelineFR.html>. Consulté le 11 septembre 2013.

La mortalité due au cancer du poumon au Canada : les effets du tabagisme

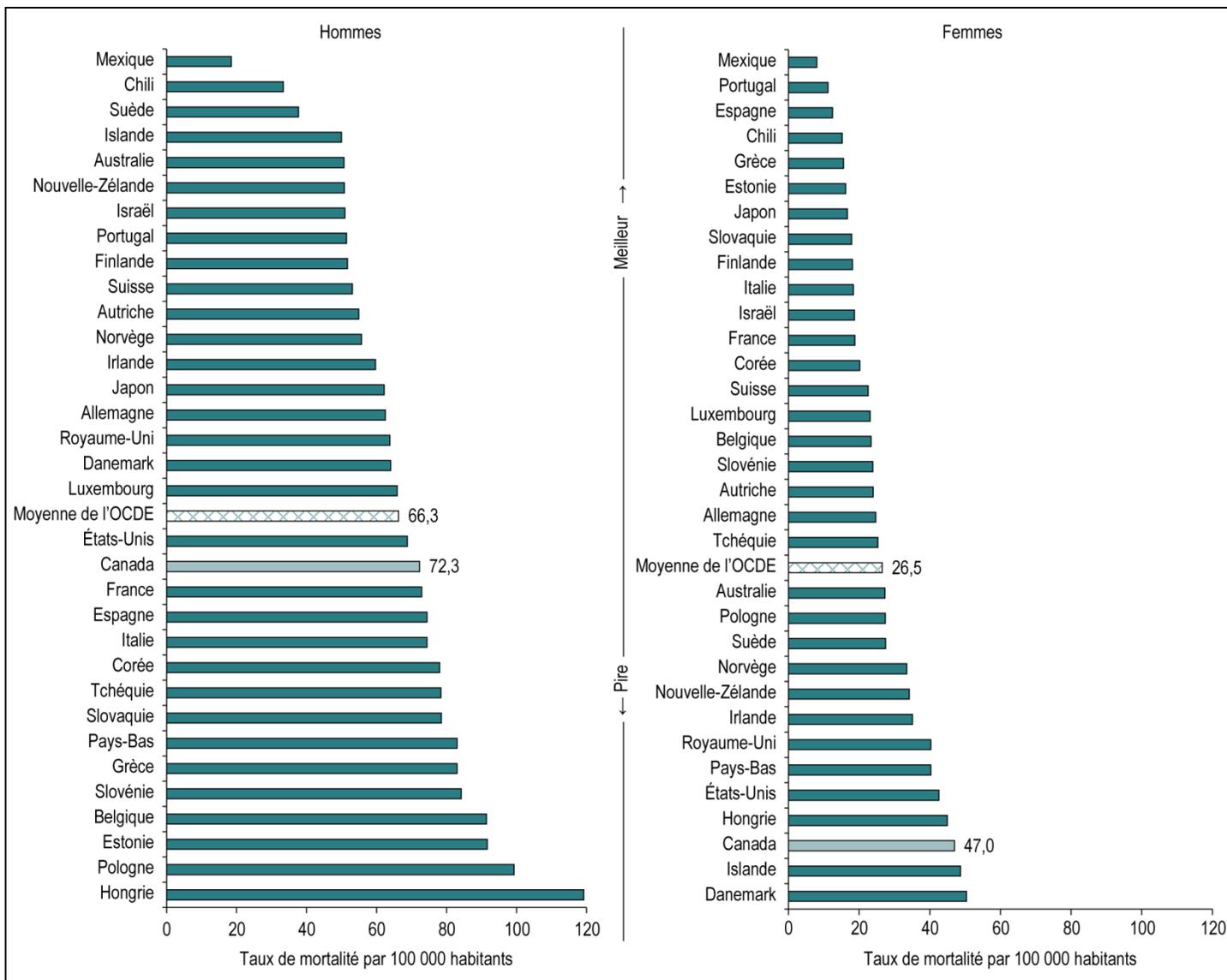
Malgré un faible taux de tabagisme, le Canada présente l'un des taux de mortalité due au cancer du poumon les plus élevés parmi les pays de l'OCDE, particulièrement chez les femmes. Seuls la Hongrie et les Pays-Bas ont enregistré plus de décès dus au cancer du poumon que le Canada. Le cancer du poumon constitue le deuxième type de cancer le plus répandu chez les Canadiens, et la première cause de décès parmi tous les cancers. En effet, plus de gens meurent des suites du cancer du poumon que du cancer de la prostate, du cancer du sein et du cancer colorectal combinés⁵⁹. En 2009, le cancer du poumon a été à l'origine de 19 110 décès, soit 8 % de tous les décès au Canada⁶⁰.

Comme dans le cas de nombreux carcinogènes, un délai s'écoule entre l'exposition au tabac et l'apparition du cancer. Les recherches ont démontré que le délai entre l'exposition au tabac et l'apparition du cancer du poumon se situe entre 20 et 30 ans⁶¹. Par conséquent, la mortalité actuelle due au cancer du poumon rend davantage compte du taux de tabagisme de 1990 que du taux actuel. Il y a 30 ans, le taux de tabagisme était beaucoup plus élevé au Canada qu'il l'est actuellement, ce qui explique en partie le taux si élevé de mortalité au Canada aujourd'hui. En 1990, près de deux fois plus de personnes fumaient quotidiennement. Étant donné le délai du développement pathologique du cancer du poumon, les effets des baisses du tabagisme sur l'apparition du cancer du poumon et sur la mortalité devraient bientôt se faire sentir.

La mortalité due au cancer du poumon au Canada : les différences entre les sexes

Dans tous les pays de l'OCDE, le taux de mortalité due au cancer du poumon est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Selon les recherches, cela s'explique principalement par le taux plus élevé de tabagisme chez les hommes. Cependant, d'autres facteurs comme les différences génétiques, la présence d'autres maladies et les comportements liés à la santé contribuent à cette différence⁶¹. Le cancer du poumon se développe différemment chez les femmes et les hommes. Les recherches montrent que les femmes tendent à contracter la maladie plus jeunes⁶¹. Les femmes qui n'ont jamais fumé ont aussi un risque plus élevé d'être atteintes du cancer du poumon que les hommes qui n'ont jamais fumé, ce qu'on peut sans doute attribuer à des facteurs génétiques et à une exposition accrue à la fumée secondaire⁶¹. Cinq pour cent des Canadiens ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire à la maison en 2012⁶².

Figure 6 : Taux de mortalité due au cancer du poumon par 100 000 habitants, par sexe, pays de l'OCDE, 2012 (ou l'année la plus près)



Remarque

Les taux de mortalité sont normalisés selon l'âge en fonction de la population des pays de l'OCDE en 2010.

Source

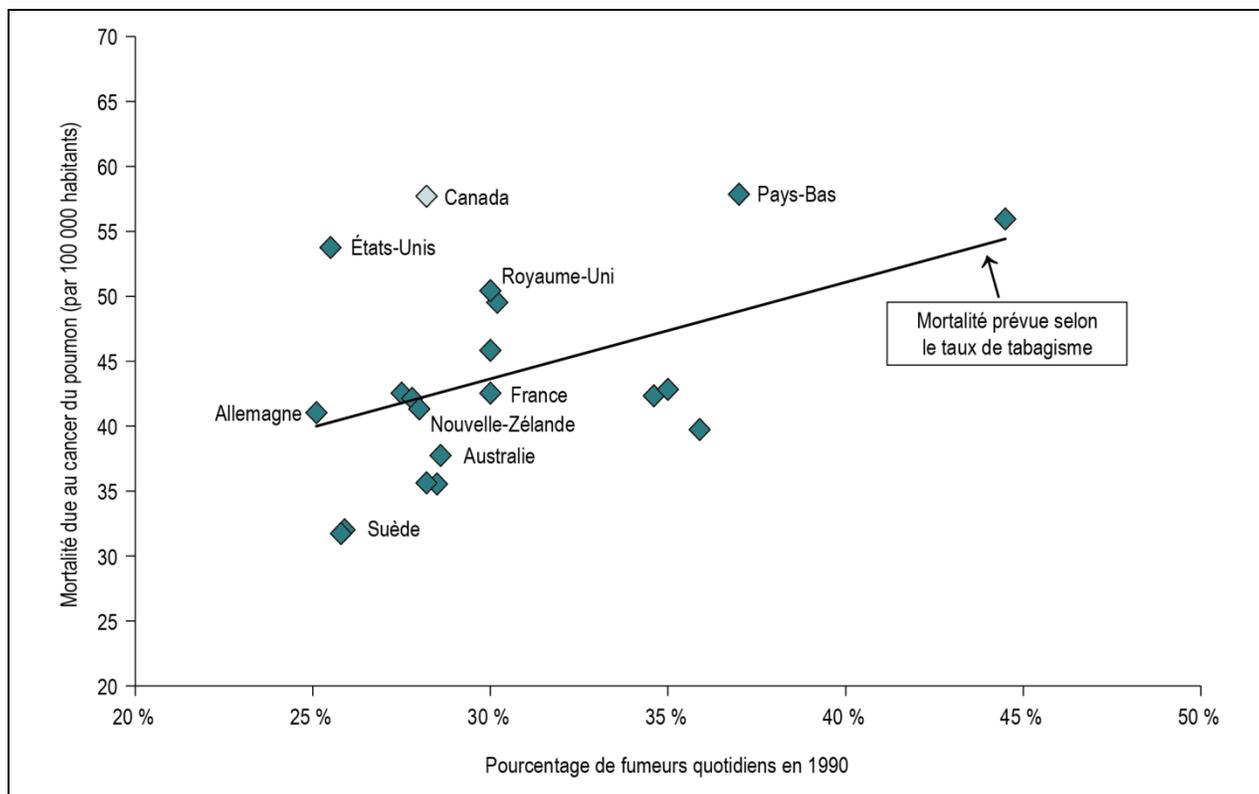
Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Même si le taux de mortalité due au cancer du poumon est plus faible chez les femmes que chez les hommes (47 décès contre 72 par 100 000 habitants), par rapport à d'autres pays, le Canada fait meilleure figure au chapitre de la mortalité due au cancer du poumon chez les hommes que chez les femmes (figure 6). Au cours des 30 dernières années, le taux de tabagisme chez les hommes a été invariablement plus faible au Canada que dans les autres pays de l'OCDE, tandis que le taux de tabagisme chez les femmes a parfois dépassé la moyenne de l'OCDE. Voilà qui aide à comprendre pourquoi le Canada, au chapitre de la mortalité due au cancer du poumon, affiche de meilleurs résultats chez les hommes que chez les femmes par rapport à la moyenne de l'OCDE (voir la figure 1), même si ce taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes au pays.

Les taux historiques de tabagisme peuvent expliquer les écarts dans la mortalité due au cancer du poumon chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, le tabagisme n'expliquerait pas à lui seul les taux de mortalité élevés chez les deux sexes (figure 7). D'autres facteurs de risque associés au cancer du poumon influent également sur les taux de mortalité. La deuxième principale cause de cancer du poumon est l'exposition au radon, un gaz radioactif produit dans la roche et le sol⁶³. Au Canada, le taux d'exposition au radon est faible par rapport à d'autres pays, les taux les plus élevés ayant été déclarés par le Mexique et la Tchéquie⁶⁴. L'exposition à l'amiante, un matériau fibreux utilisé pour l'isolation, l'ignifugation et la construction, représente une autre cause environnementale majeure de cancer⁶⁵. Le Canada est l'un des plus grands producteurs d'amiante au monde⁶⁶. L'utilisation de ce matériau a atteint des sommets dans les années 1960, puis dans les années 1980⁶⁷. Il a aussi été démontré que des facteurs de risque professionnel, par exemple l'exposition prolongée aux hydrocarbures aromatiques polycycliques provenant de l'exploitation du charbon, sont cancérigènes⁶⁵. En plus du tabagisme, ces facteurs environnementaux et professionnels pourraient expliquer le taux de mortalité élevé au Canada.

Figure 7 : Taux actuel de mortalité due au cancer du poumon par 100 000 habitants (2012 ou année la plus proche) et taux historique de tabagisme par 100 habitants (1990 ou année la plus proche) parmi les pays de l'OCDE



Remarques

Seuls les pays semblables sont désignés.

Les taux de mortalité sont normalisés selon l'âge en fonction de la population des pays de l'OCDE en 2010. Le taux attendu ne tient pas compte des autres facteurs de risque de cancer du poumon.

Source

Organisation de coopération et de développement économiques. *Base de données de l'OCDE sur la santé 2013*. Paris, France : OCDE; 2013.

<http://stats.oecd.org>.

Un avenir prometteur : le pouvoir de la prévention

De nombreux facteurs peuvent contribuer à réduire le taux de mortalité due au cancer du poumon au Canada, notamment la détection précoce ainsi que les soins préventifs et curatifs efficaces. Le Canada a été un précurseur de la prévention du cancer du poumon grâce à diverses politiques et campagnes de lutte contre le tabagisme. En raison de ces mesures, qui ont permis de réduire efficacement le tabagisme au Canada, et du délai de développement du cancer du poumon, la mortalité attribuable à ce cancer devrait régresser dans un avenir proche. Selon les estimations du Partenariat canadien contre le cancer, si le taux de tabagisme du Canada diminuait de moitié, 33 000 décès causés par le cancer du poumon seraient évités d'ici 2030⁶⁸. Plus une personne commence à fumer jeune, plus elle présente un risque accru de développer un cancer du poumon et plus elle aura de la difficulté à cesser de fumer⁶⁹. Le taux de tabagisme chez les jeunes Canadiens compte parmi les plus faibles au sein de l'OCDE; 8 % des jeunes fument, soit un taux équivalant à celui des États-Unis (8 % également). Les effets de cette baisse du tabagisme se répercuteront probablement sur l'apparition du cancer du poumon à l'avenir, et la performance du Canada au chapitre de la mortalité, inférieure à la moyenne, devrait s'améliorer.

La prévention du cancer du poumon grâce à la réduction du tabagisme fait appel à un éventail de politiques, de campagnes et de travaux de recherche. La réussite d'une telle approche à volets multiples pourrait éclairer les stratégies futures ciblant d'autres facteurs de risque, dans des domaines qui peuvent être améliorés au Canada. Par exemple, le taux d'obésité chez les enfants canadiens est parmi les plus élevés au sein de l'OCDE et continue d'augmenter. Une approche à volets multiples pourrait renverser cette tendance et permettre d'améliorer les résultats futurs du Canada concernant diverses maladies, dont le cancer, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires.

Conclusions

Les comparaisons internationales, malgré les limites potentielles des données et des méthodologies qu'impose la comparaison des indicateurs de performance du système de santé d'un pays à l'autre, ont une valeur inestimable. La comparaison de la performance du Canada par rapport à celle des autres pays de l'OCDE et des pays semblables fait ressortir des écarts considérables. Par ailleurs, aucun pays n'affiche une performance supérieure à celle du Canada pour tous les indicateurs. Dans le cas des indicateurs pour lesquels des améliorations importantes pourraient être apportées, le Canada peut se tourner vers les pays en tête de classement dans un contexte d'apprentissage partagé en vue d'instaurer de nouvelles initiatives stratégiques.

Les indicateurs présentés dans le présent rapport portent sur un large éventail de dimensions de la performance du système de santé, dont beaucoup sont étroitement reliées. Les longs temps d'attente, par exemple, peuvent influencer sur les résultats de la qualité des soins, notamment ceux ayant trait à l'expérience des patients et aux soins de courte durée. Les déterminants non médicaux de la santé sont fortement liés aux résultats de l'état de santé général et des soins de santé, ce qui démontre l'importance de la prévention et d'une action gouvernementale plus vaste. À titre d'exemple, le taux actuel de mortalité due au cancer du poumon au Canada témoigne des taux historiques de tabagisme. Les facteurs de risques de maladie chez les enfants suscitent des préoccupations particulières, puisqu'ils laissent présager l'utilisation du système de santé dans les années à venir. Il est possible, en s'inspirant des autres pays pour instaurer des stratégies visant à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, de réduire le fardeau futur des maladies chroniques au Canada et d'ainsi améliorer la santé des Canadiens.

Remerciements

L'ICIS aimerait remercier les personnes et les organismes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, notamment Lee Fairclough (Partenariat canadien contre le cancer), Niek Klazinga (OCDE), Sandi Kossey (Institut canadien pour la sécurité des patients), Gaétan Lafortune (OCDE) et Terry Sullivan (Université de Toronto). Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'OCDE ni des personnes et des organismes ayant contribué au rapport. Nous souhaitons également remercier l'équipe Indicateurs de santé et d'autres membres du personnel de l'ICIS pour leur rétroaction tout au long de la production du rapport. Les membres de l'ICIS responsables de la rédaction du rapport sont Jennifer D'Silva, Katerina Gapanenko, Jihee Han, Kristen Hart, Olga Krylova, Mark McPherson, Kathleen Morris, Ali Moses-McKeag, Luigi Vedovat et Jeremy Veillard.

Annexe A : Pays membres de l'OCDE

- Allemagne*
- Australie*
- Autriche
- Belgique
- Canada
- Chili
- Corée
- Danemark
- Espagne
- Estonie
- États-Unis*
- Finlande
- France*
- Grèce
- Hongrie
- Irlande
- Islande
- Israël
- Italie
- Japon
- Luxembourg
- Mexique
- Norvège
- Nouvelle-Zélande*
- Pays-Bas*
- Pologne
- Portugal
- Royaume-Uni*
- Slovaquie
- Slovénie
- Suède*
- Suisse
- Tchéquie
- Turquie

Remarque

* Pays comparables pour les besoins du présent rapport.

Annexe B : Noms et définitions des indicateurs

Tableau B1 : Noms et descriptions des indicateurs	
Indicateur	Description
État de santé	
Incidence du diabète de type 1 — enfants	Nombre estimé de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, par 100 000
Prévalence du diabète — adultes	Pourcentage estimé d'adultes âgés de 20 à 79 ans atteints de diabète sucré (type 1 et type 2)*
Mortalité due au cancer (F)	Nombre de décès dus au cancer par 100 000 habitants, déclaré séparément pour les femmes et les hommes [†]
Mortalité due au cancer (H)	
Mortalité due au cancer du poumon (F)	Nombre de décès dus au cancer du poumon par 100 000 habitants, déclaré séparément pour les femmes et les hommes [†]
Mortalité due au cancer du poumon (H)	
Mortalité due aux cardiopathies	Nombre de décès dus aux cardiopathies ischémiques par 100 000 habitants [†]
Mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux	Nombre de décès dus aux maladies cérébrovasculaires par 100 000 habitants [†]
Mortalité due aux accidents de transport (F)	Nombre de décès dus aux accidents de transport par 100 000 habitants, déclaré séparément pour les femmes et les hommes [†]
Mortalité due aux accidents de transport (H)	
Suicide	Nombre de décès dus au suicide par 100 000 habitants [†]
Mortalité infantile	Nombre de décès d'enfants de moins d'un an par 1 000 naissances vivantes
Faible poids à la naissance	Nombre de naissances vivantes de moins de 2 500 grammes en pourcentage du nombre total de naissances vivantes
État de santé perçu	Pourcentage d'adultes ayant déclaré que leur état de santé était « bon » ou mieux
Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie moyenne si le taux de mortalité selon l'âge demeure constant
Déterminants non médicaux de la santé	
Activité physique — 11 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 11 ans ayant déclaré faire au moins une heure d'activité physique modérée à vigoureuse par jour, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Activité physique — 11 ans (G)	
Activité physique — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans ayant déclaré faire au moins une heure d'activité physique modérée à vigoureuse par jour, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Activité physique — 15 ans (G)	
Consommation de fruits — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans ayant déclaré manger des fruits au moins chaque jour ou plus d'une fois par jour, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Consommation de fruits — 15 ans (G)	
Consommation de légumes — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans ayant déclaré manger des légumes au moins chaque jour ou plus d'une fois par jour, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Consommation de légumes — 15 ans (G)	
Tabagisme — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans ayant déclaré fumer au moins une fois par semaine, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Tabagisme — 15 ans (G)	
Ivresse — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans ayant déclaré avoir été ivres au moins à deux occasions dans leur vie, déclaré séparément pour les filles et les garçons
Ivresse — 15 ans (G)	
Consommation de fruits — adultes (F)	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant déclaré manger des fruits au moins une fois par jour, déclaré séparément pour les femmes et les hommes
Consommation de fruits — adultes (H)	
Consommation de légumes — adultes (F)	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant déclaré manger des légumes au moins une fois par jour, déclaré séparément pour les femmes et les hommes
Consommation de légumes — adultes (H)	
Tabagisme — adultes (F)	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant déclaré être des fumeurs quotidiens, déclaré séparément pour les femmes et les hommes
Tabagisme — adultes (H)	

(suite à la page suivante)

Tableau B1 : Noms et descriptions des indicateurs (suite)

Indicateur	Description
Déterminants non médicaux de la santé (suite)	
Consommation d'alcool — adultes	Consommation annuelle moyenne d'alcool en litres par habitant (15 ans et plus)
Obésité (données autodéclarées) — adultes (F)	Pourcentage d'adultes obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m ²), données autodéclarées, déclaré séparément pour les femmes et les hommes
Obésité (données autodéclarées) — adultes (H)	
Surpoids/obésité déclaré — 15 ans (F)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 ans qui souffrent de surpoids ou d'obésité (selon la taille et le poids autodéclarés et les seuils d'IMC de l'International Obesity Task Force), déclaré séparément pour les filles et les garçons
Surpoids/obésité déclaré — 15 ans (G)	
Accès aux soins	
Dépenses directes — total	Pourcentage des dépenses totales du ménage correspondant aux dépenses directes liées aux soins de santé
Dépenses directes — dentiste	Pourcentage des dépenses totales pour les soins dentaires correspondant aux dépenses directes consacrées aux soins dentaires
Inégalité dans les consultations des médecins	Indice d'iniquité horizontale relative aux probabilités de consultation de médecin (0 = même probabilité en fonction du revenu), ajusté selon le besoin
Inégalité dans les consultations des dentistes	Différence quant à la probabilité de visite chez le dentiste entre le quintile de revenu le moins élevé et le quintile de revenu le plus élevé
Inégalité dans le dépistage du cancer du col de l'utérus	Différence quant au dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années entre le quintile de revenu le moins élevé et le quintile de revenu le plus élevé (parmi les femmes âgées de 20 à 69 ans)
Inégalité dans le dépistage du cancer du sein	Différence quant au dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années entre le quintile de revenu le moins élevé et le quintile de revenu le plus élevé (parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans)
Temps d'attente — chirurgie de la cataracte	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et la chirurgie de la cataracte
Temps d'attente — arthroplastie de la hanche	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie de la hanche
Temps d'attente — arthroplastie du genou	Temps d'attente médian (en jours) entre l'évaluation par un spécialiste et l'arthroplastie du genou
Qualité des soins	
Vaccin contre la grippe — 65 ans et plus	Pourcentage d'adultes de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe durant la dernière année
Admission évitable — MPOC	Nombre de sorties des hôpitaux liées aux maladies pulmonaires obstructives chroniques pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants [‡]
Admission évitable — asthme	Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants [‡]
Admission évitable — diabète	Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants [‡]
Temps passé avec le médecin	Pourcentage d'adultes considérant que leur médecin habituel leur consacre assez de temps [‡]
Médecin facile à comprendre	Pourcentage d'adultes considérant que leur médecin habituel leur fournit des explications faciles à comprendre [‡]
Temps alloué pour poser des questions	Pourcentage d'adultes considérant que leur médecin habituel leur permet de poser des questions ou d'exprimer leurs inquiétudes [‡]
Participation aux décisions	Pourcentage d'adultes considérant que leur médecin habituel leur permet de participer autant qu'ils le souhaitent aux décisions relatives à leurs soins et à leur traitement [‡]
Dépistage du cancer du sein (sondage)	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie au cours des deux dernières années (ou selon la fréquence de dépistage recommandée dans chaque pays)
Survie au cancer du sein	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer du sein [§]
Mortalité due au cancer du sein	Nombre de décès dus au cancer du sein, par 100 000 femmes [‡]

(suite à la page suivante)

Tableau B1 : Noms et descriptions des indicateurs (suite)

Indicateur	Description
Qualité des soins (suite)	
Dépistage du cancer du col de l'utérus (sondage)	Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années (ou selon la fréquence de dépistage recommandée dans chaque pays)
Survie au cancer du col de l'utérus	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer du col de l'utérus [§]
Mortalité due au cancer du col de l'utérus	Nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus, par 100 000 femmes [†]
Survie au cancer colorectal	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer colorectal [§]
Mortalité due au cancer colorectal	Nombre de décès dus au cancer colorectal, par 100 000 habitants [†]
Corps étranger laissé dans l'organisme	Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme par 100 000 sorties médicales et chirurgicales, patients de 15 ans et plus ^{**}
Embolie pulmonaire ou TVP postopératoire — total	Taux de cas d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde postopératoire, par 100 000 sorties postopératoires (15 ans et plus) ^{**}
Embolie pulmonaire ou TVP postopératoire — hanche et genou	Taux de cas d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde postopératoire, par 100 000 sorties relatives à une arthroplastie de la hanche ou du genou (15 ans et plus) ^{**}
Septicémie postopératoire — total	Taux de cas de septicémie postopératoire, par 100 000 sorties postopératoires (15 ans et plus)
Septicémie postopératoire — chirurgie abdominale	Taux de cas de septicémie postopératoire, par 100 000 sorties relatives à des chirurgies abdominales (15 ans et plus) ^{**}
Traumatisme obstétrical — avec instrument	Pourcentage d'accouchements vaginaux ayant entraîné un traumatisme obstétrical de 3 ^e ou de 4 ^e degré; déclarés séparément pour les accouchements vaginaux avec et sans instrument
Traumatisme obstétrical — sans instrument	
Mortalité hospitalière dans les 30 jours — IAM	Pourcentage de patients de 45 ans et plus décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission avec un diagnostic principal d'infarctus aigu du myocarde ^{††}
Mortalité hospitalière dans les 30 jours — AVC ischémique	Pourcentage de patients de 45 ans et plus décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission avec un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral ischémique ^{‡‡}

Remarques

* Normalisé selon l'âge d'après la structure de la population type mondiale.

† Normalisé selon l'âge d'après la structure de la population des pays de l'OCDE en 2010.

‡ Normalisé selon l'âge et le sexe d'après la structure de la population des pays de l'OCDE en 2010.

§ Normalisé selon l'âge d'après la structure de la population des International Cancer Survival Standards.

** Ajusté selon le nombre moyen de diagnostics secondaires.

†† Normalisé selon l'âge et le sexe d'après la structure de la population de 45 ans et plus hospitalisée en raison d'un IAM dans les pays de l'OCDE en 2010.

‡‡ Normalisé selon l'âge et le sexe d'après la structure de la population de 45 ans et plus hospitalisée en raison d'un AVC dans les pays de l'OCDE en 2010.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Learning From the Best: Benchmarking Canada's Health Care System*. Ottawa, ON : ICIS; 2011.
2. McPake B., Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):811-818.
3. Australian Institute of Health and Welfare. *A Working Guide to International Comparisons of Health*. Canberra, Australie : AIHW; 2012.
4. Hines S., Joshi M.S. Variation in quality of care within health systems. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(6):326-332.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health Care System Is Financed*. Ottawa, ON : ICIS; 2005.
6. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Canadian Physical Activity Guidelines. http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_youth_en.pdf. Dernière modification en 2013. Consulté le 25 juin 2013.
7. Organisation de coopération et de développement économiques. About the OECD. <http://www.oecd.org/about/>. Dernière modification en 2013. Consulté le 24 juin 2013.
8. Organisation de coopération et de développement économiques. *OECD Health Data*. Paris, France : OCDE; 2013.
9. Joseph K.S.et al. Influence of definition based versus pragmatic birth registration on international comparisons of perinatal and infant mortality: population based retrospective study. *BMJ*. 2012;334
10. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. *The Quality of Stroke Care in Canada*. Ottawa, ON : RCCACV; 2011.
11. Statistique Canada. Infant Mortality rates, by province and territory. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/health21a-eng.htm>. Dernière modification en 2012. Consulté le 15 août 2013.
12. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. Ottawa, ON : ASPC; 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-eng.php>.
13. Association canadienne du diabète et Diabète Québec. *Diabetes: Canada at the Tipping Point*. Toronto, ON : ACD; 2011.
14. Tarlov A.R. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999;896:281-293.
15. Organisation mondiale de la santé. Alcohol. http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/. Dernière modification en 2013.
16. Sa majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé du Canada. *Canada's Food Guide*. 2011.

17. Rasmussen M. et al. Determinants of Fruit and Vegetable Consumption among Children and Adolescents: A Review of the Literature. Part 1: Quantitative Studies. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2006;3(22)
18. Smith D. *Policies in Schools and School Boards in Canada Which Encourage the Availability of Healthy and/or Local Foods and the Factors That Influence Their Implementation*. Ottawa, ON : L'Hôpital d'Ottawa; 2010. <http://www.justfood.ca/foodforall/wp-content/uploads/documents/School%20Food%20Policies%20in%20Canada.pdf>.
19. Commission européenne. *Report From the Commission to the European Parliament and the Council*. Bruxelles, Belgique : EU; 2012.
20. Organisation mondiale de la santé. Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Dernière modification en 2013. Consulté le 24 juin 2013.
21. National Cancer Institute. Obesity and Cancer Risk. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity>. Dernière modification en 2013. Consulté le 24 juin 2013.
22. Brill, A. The Long-Term Returns of Obesity Prevention Policies. <http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2013/04/the-long-term-returns-of-obesity-prevention-programs.html>. Robert Wood Johnson Fund. Dernière modification en 2013.
23. Flynn M.A. et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*. 2006;7(Suppl 1):7-66. http://publichealth.lacounty.gov/nut/Evidence-basedStrategies/2005%20Obes%20Res_Review%20Article.pdf.
24. Janssen I. et al. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*. 2005;6(2):123-132.
25. Sheilds M. et Tremblay M.S. *Sedentary Behaviour and Obesity*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2008.
26. Santé Canada. *First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004*. 2004. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.
27. Fonds du Commonwealth. *International Health Policy Survey in Eleven Countries*. New York, USA : 2010. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2010/Nov/Int%20Survey/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FINAL_white_bkgd_111610_ds.pdf.
28. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Report on Access to Dental Care and Oral Health Inequalities in Ontario*. Toronto, ON : Queen's Printer for Ontario; 2012.
29. Organisation mondiale de la santé. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Genève, Suisse : OMS; 2006.
30. Ayoub J.P.M. et al. Advances in the management of metastatic breast cancer: options beyond first-line chemotherapy. *Current Oncology*. 2012;19(2) Consulté le 24 juin 2013.
31. Goss G.D. et al. Recent advances in the treatment of non-small cell lung cancer. *Anticancer Drugs*. 1996;7(4):363-385. <http://www.cancer.org/cancer/lungcancer-non-smallcell/detailedguide/non-small-cell-lung-cancer-after-lifestyle-changes>. Consulté le 24 juin 2013.
32. Department of Health. *The Operating Framework for the NHS in England 2012/13*. Angleterre : 2011.

33. Chen Q. et al. Detecting patient safety indicators: How valid is "foreign body left during procedure" in the Veterans Health Administration? *J Am Coll Surg*. 2011;212(6):977-983. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489830>.
34. Institut canadien pour la sécurité des patients. Safer Healthcare Now! <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/SafeSurgery/Pages/default.aspx>. Dernière modification en 2012. Consulté le 19 août 2013.
35. Agrément Canada. *Required Organizational Practices Handbook*. Ottawa, ON : Agrément Canada; 2013.
36. Institut canadien d'information sur la santé. *Wait Times for Priority Procedures in Canada, 2013*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.
37. Institut canadien d'information sur la santé. *Quick Stats: Childbirth Indicators by Place of Residence 2011-2013*. 2013. Consulté le 19 août 2013.
38. Institut canadien d'information sur la santé. *Hospital Births in Canada: A Focus on Women Living in Rural and Remote Areas*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.
39. Laine K. et al. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(e001649)
40. Jander C., Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor Factors in a referral hospital. *Acta Obstet Scand*. 2001;80(3):229-234.
41. Société canadienne du cancer. Canadian Cancer Statistics 2013. Dernière modification en 2013.
42. Cancer Research UK. Cancer Incidence Worldwide. <http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/Product/worldmap.pdf>. Dernière modification en 2011. Consulté le 19 août 2013.
43. Statistique Canada. New cases and age-standardized rate for ICD-O-3 primary sites of cancer (based on the July 2011 CCR tabulation file), by sex, Canada, provinces and territories. Dernière modification en 2013. Consulté le 19 août 2013.
44. Leatherman S. and Sutherland K. *Quality of Healthcare in Canada: A Chartbook*. Ottawa, ON : FCRSS; 2010.
45. Walters S. et al. Lung Cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: a population-based study, 2004-2007. *Thorax*. 2013;68:551-564.
46. Coleman M.P. et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011;8(377):127-138. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018568/>.
47. Organisation mondiale de la santé. Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. Dernière modification en 2013. Consulté le 24 juin 2013.
48. Organisation mondiale de la santé. Cancer Prevention. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>. Dernière modification en 2013. Consulté le 24 juin 2013.
49. Worldwide Breast Cancer. Breast Cancer Statistics Worldwide. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 juillet 2013.
50. Action cancer Ontario. Facts About Tobacco. Dernière modification en 2013. Consulté le 5 juillet 2013.

51. Santé Canada. Health Concerns: Smoking and Mortality. Dernière modification en 2013. Consulté le 5 juillet 2013.
52. Organisation mondiale de la santé. Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Dernière modification en 2013. Consulté le 5 juillet 2013.
53. Propel Centre for Population Health Impact. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends 2013 Edition*. Waterloo, ON : Propel; 2013.
54. Conference Board du Canada. *Profile of Tobacco Smokers in Canada*. Ottawa, ON : Conference Board du Canada; 2013. http://www.conferenceboard.ca/press/newsrelease/13-04-11/smoking_still_prevalent_in_segments_of_canadian_society.aspx.
55. Chenier N.M. et Robertson J. Tobacco Smoking. <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/8622-e.htm>. Dernière modification en 1997. Consulté le 25 juin 2013.
56. Propel Centre for Population Health Impact. Tobacco Use in Canada Patterns and Trends - 2012 Edition. http://www.tobaccoreport.ca/2012/ytu_soc_age15_19.cfm. Dernière modification en 2012. Consulté le 25 juin 2013.
57. Propel Centre for Population Health Impact. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends Supplement: Tobacco Control Policies in Canada*. Waterloo, ON : Propel; 2013.
58. L'Association pulmonaire. *Making Quit Happen: Canada's Challenges to Smoking Cessation*. Ottawa, ON : L'Association pulmonaire; 31 mai 2008.
59. Partenariat canadien contre le cancer. *Lung Cancer in Canada: A Supplemental System Performance Report*. Toronto, ON : PCCC; mai 2011. <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Lung-Cancer-in-Canada-A-Supplemental-System-Performance-Report.pdf>.
60. Statistique Canada. *Mortality, Summary List of Causes*. 2009.
61. Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. *Out of the Shadows: Women and Lung Cancer*. Boston, Mass. : Brigham and Women's Hospital; 2010.
62. Statistique Canada. Exposure to second-hand smoke at home, 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11460-eng.htm>. Dernière modification en 2011. Consulté le 25 juin 2013.
63. Santé Canada. Environmental and Workplace Health: Radon. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/index-eng.php>. Dernière modification en 2013. Consulté le 25 juin 2013.
64. Organisation mondiale de la santé. *WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective*. Genève, Suisse : OMS; 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547673_eng.pdf.
65. Motorykin O. et al. Association of Carcinogenic Polycyclic Aromatic Hydrocarbon Emissions and Smoking with Lung Cancer Mortality Rates on a Global Scale. *Environmental Science and Technology*. 2013;47:3410-3416.
66. The National Conversation on Asia. *Backgrounder: Canada and Asbestos: A Historical Survey of Canadian Asbestos Production*. 2013. http://www.asiapacific.ca/sites/default/files/2_-_canada_and_asbestos_final_v2_sept_6_0.pdf.

67. Marrett L. *Asbestos and Cancer in Ontario and The Occupational Research Centre*. 3 mars 2010. <http://occupationalcancer.ca/wp-content/uploads/2010/06/Marrett-L.-Asbestos-and-cancer-in-Ontario-and-the-OCRC.-Asbestos-Think-Tank.-03.03.10.pdf>.
68. Partenariat canadien contre le cancer. *Sustained Action: Toward a Shared Vision*. Toronto, ON : PCCC; 2012. <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Sustaining-Action-Toward-a-Shared-Vision-Full-Document.pdf>.
69. Institut national du cancer. Smoking Initiation. http://progressreport.cancer.gov/doc_detail.asp?pid=1&did=2007&chid=71&coid=703&mid. Dernière modification en 2012. Consulté le 24 juin 2013.