



## Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada

Définition des indicateurs

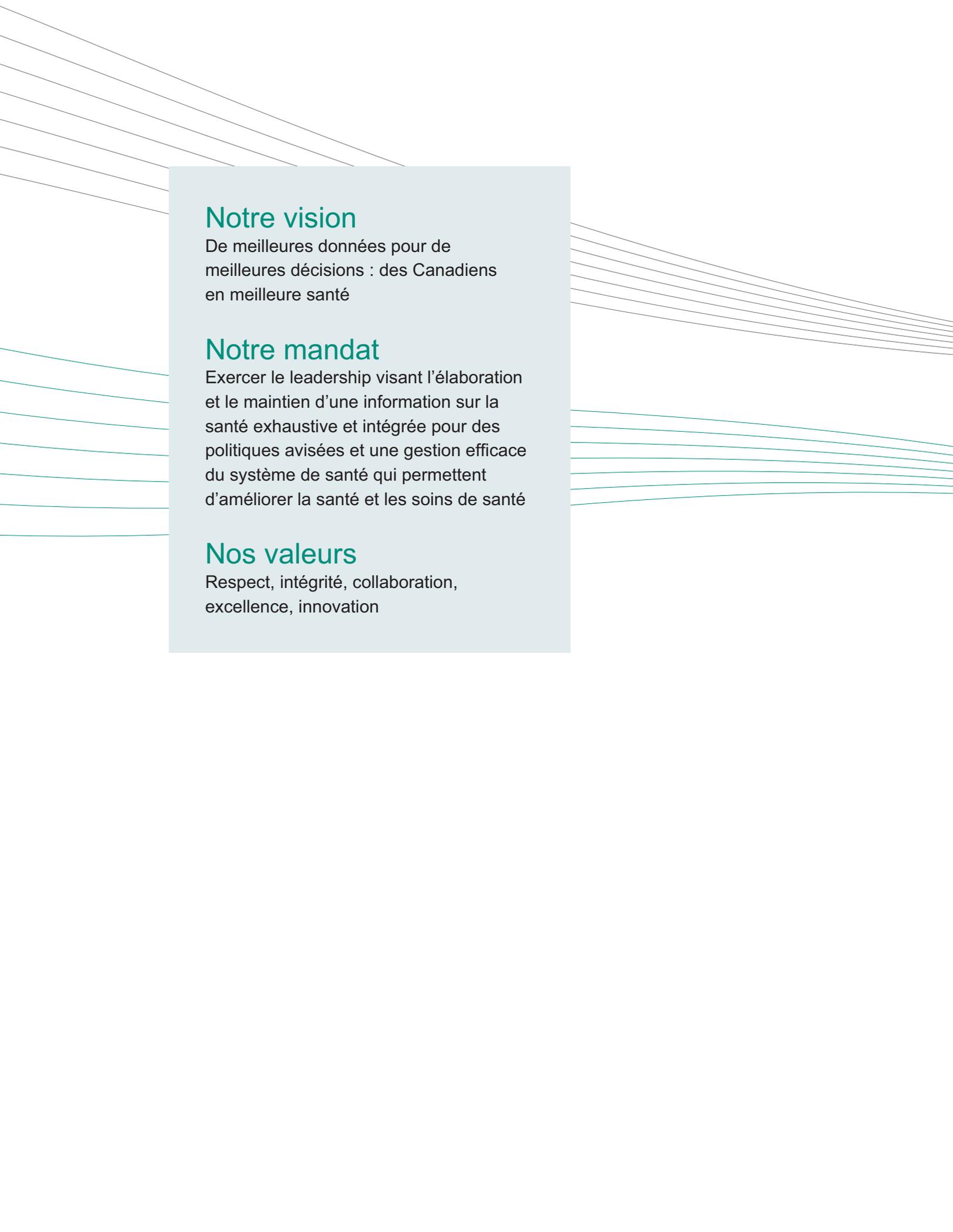
Révisé en avril 2016

Facteurs qui influent sur la santé



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information



## 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

30 mars 2016

## Correction apportée à *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définition des indicateurs*

La correction suivante a été apportée à la page 42 de *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définition des indicateurs*, publié initialement le 18 novembre 2015. La correction ne concerne que la définition de l'indicateur Hospitalisations liées à une maladie mentale.

### Texte original :

**Affectation géographique** : Province de résidence du patient selon le code postal dans la base de données.

### Texte corrigé :

**Affectation géographique** : Endroit où les services ont été offerts au patient<sup>i</sup>.

Voir la nouvelle version de la section Indicateur : Hospitalisations liées à une maladie mentale, à la page 42 du document susmentionné.

---

i. Les résultats basés sur une affectation géographique au moyen de la province de résidence du patient seront communiqués sur demande.

# Table des matières

Indicateur : Revenu personnel après impôt .....	4
Indicateur : Participation aux études universitaires.....	5
Indicateur : Taux de chômage.....	7
Indicateur : Revenu personnel après impôt (valeur médiane).....	9
Indicateur : Besoins impérieux en matière de logement .....	11
Indicateur : Insécurité alimentaire des ménages .....	15
Indicateur : Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel .....	19
Indicateur : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance .....	21
Indicateur : Tabagisme.....	24
Indicateur : Obésité.....	26
Indicateur : Vaccination antigrippale des personnes âgées .....	29
Indicateur : Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans .....	32
Indicateur : Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées .....	35
Indicateur : Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur.....	38
Indicateur : Hospitalisations liées à une maladie mentale .....	42
Indicateur : Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool.....	45
Indicateur : Crise cardiaque menant à une hospitalisation .....	49
Indicateur : Diabète.....	52
Indicateur : Autoévaluation de la santé mentale .....	54
Indicateur : Mortalité infantile .....	56

## Indicateur : Revenu personnel après impôt

**Années de données :** 1976 à 2011

**Description de l'indicateur :** Revenu moyen du ménage après impôt, par adulte, en dollars canadiens constants de 2011

*Remarque :* Le terme « revenu après impôt » désigne le revenu total pour une année civile, toutes sources confondues, moins l'impôt fédéral, provincial et territorial payé cette année-là.

**Justification :** Le revenu influe sur la santé puisqu'il détermine la quantité et la qualité des ressources matérielles (p. ex. logement de qualité, éducation et aliments nutritifs) qu'une personne peut consacrer à sa santé<sup>1</sup>.

**Source des données :** Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), Division de la statistique du revenu, Statistique Canada

**Facteur de subdivision des inégalités :** Quintiles (fondés sur la répartition du revenu personnel après impôt)

**Affectation géographique :** Province de résidence du répondant selon le code postal

**Couverture géographique :** 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation :** Un revenu élevé est souhaitable.

### Description de la source des données :

*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu :* L'EDTR était une source importante de données sur le revenu des familles, des ménages et des particuliers canadiens. L'enquête était de type longitudinal : les ménages échantillonnés ont été interrogés chaque année pendant 6 ans. La population cible de l'EDTR englobait tous les Canadiens, sauf les résidents des territoires, les pensionnaires d'un établissement institutionnel et les personnes vivant dans des réserves indiennes<sup>2</sup>.

*Taux de réponse (2011) :* 67,3 %

*Remarque :* La dernière EDTR a été menée en 2011. À compter de 2012, les estimations transversales du revenu seront tirées de l'Enquête canadienne sur le revenu.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : OMS; 2010. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
2. Statistique Canada. Survey of Labour and Income Dynamics (SLID). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3889>. Modifié le 26 juin 2013. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Participation aux études universitaires

**Années de données :** 1993 à 2011

**Description de l'indicateur :** Proportion de Canadiens âgés de 18 à 24 ans qui étudiaient à l'université au cours de l'année de référence, parmi tous les Canadiens âgés de 18 à 24 ans qui vivaient avec au moins un parent (taux par 100)<sup>1</sup>

**Justification :** L'indicateur Participation aux études universitaires rend compte d'un aspect de la scolarité après l'achèvement des études secondaires. Le niveau de scolarité est l'une des dimensions du statut socioéconomique. Un niveau de scolarité élevé améliore les perspectives d'emploi et augmente le revenu potentiel. L'augmentation de la sécurité du revenu et la mobilité sociale ascendante éventuelle sont associées à une réduction du stress et à une amélioration de l'état de santé<sup>2,3</sup>. La scolarité peut également avoir un effet sur la santé en intervenant dans diverses facettes de l'hygiène de vie, comme l'alimentation et l'activité physique<sup>2</sup>.

**Source des données :** Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), Division de la statistique du revenu, Statistique Canada

**Facteur de subdivision des inégalités :** Les quintiles du revenu parental sont fondés sur le revenu en dollars constants de 2011 provenant des déclarations de revenus de l'année précédant l'enquête, si l'accès aux déclarations de revenus a été autorisé. Dans le cas contraire, le revenu déclaré par les répondants a été utilisé.

**Description du dénominateur :** Répondants à l'EDTR de 18 à 24 ans ne fréquentant plus l'école primaire ou secondaire et habitant avec au moins un parent

### Exclusions :

1. Non-répondants (pour certaines analyses antérieures, de nombreux non-répondants ont été considérés comme « ne fréquentant pas » l'école)
2. Répondants ayant déjà obtenu un certificat ou un diplôme d'études postsecondaires

**Description du numérateur :** Répondants à l'EDTR de 18 à 24 ans ayant fréquenté l'université durant l'année de référence, ne fréquentant plus l'école primaire ou secondaire et habitant avec au moins un parent

**Poids d'enquête :** Transversal, niveau individuel

**Affectation géographique :** Regroupement à l'échelle nationale

**Couverture géographique :** 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation :** Un taux élevé est souhaitable.

### **Description de la source des données :**

*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* : L'EDTR était une source importante de données sur le revenu des familles, des ménages et des particuliers canadiens. L'enquête était de type longitudinal : les ménages échantillonnés ont été interrogés chaque année pendant 6 ans. La population cible de l'EDTR englobait tous les Canadiens, sauf les résidents des territoires, les pensionnaires d'un établissement institutionnel et les personnes vivant dans des réserves indiennes<sup>4</sup>.

*Taille de l'échantillon (dénominateur)* : 3 000 répondants de 1993 à 1995; 6 500 et 7 100 répondants de 1996 à 2001<sup>1</sup>

*Taux de réponse (2011)* : 67,3 %

*Remarque* : La dernière EDTR a été menée en 2011. À compter de 2012, les estimations transversales du revenu seront tirées de l'Enquête canadienne sur le revenu.

## **Références**

1. Drolet M. *Participation in Post-Secondary Education in Canada: Has the Role of Parental Income and Education Changed Over the 1990s?* Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2005. <http://publications.gc.ca/Collection/Statcan/11F0019MIE/11F0019MIE2005243.pdf>. Consulté le 20 février 2015.
2. Clark D, Royer H. *The Effect of Education on Adult Health and Mortality: Evidence From Britain*. Cambridge, États-Unis : National Bureau of Economic Research; 2010.
3. Organisation de coopération et de développement économiques. *Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*. Paris, France : OCDE; 2012. <http://www.oecd.org/edu/school/50293148.pdf>. Consulté le 15 octobre 2014.
4. Statistique Canada. Survey of Labour and Income Dynamics (SLID). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3889>. Modifié le 26 juin 2013. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Taux de chômage

**Description de l'indicateur :** Le taux de chômage correspond au pourcentage de la population active qui ne travaille pas. La population active ne comprend que les personnes aptes au travail. Aux fins du rapport, les taux de chômage ont été dérivés du recensement et de l'Enquête sur la population active (EPA) de la façon décrite ci-dessous. Les définitions exactes du concept de chômage varient légèrement entre le recensement et l'EPA. Dans les données du recensement, le taux de chômage correspond au pourcentage de la population active qui était sans emploi dans la semaine précédant le jour du recensement. Dans l'EPA, l'indicateur Taux de chômage inclut également les personnes qui, durant la semaine de référence, avaient été mises à pied temporairement, mais s'attendaient à être rappelées au travail, celles qui étaient sans emploi, mais avaient cherché un emploi au cours des 4 dernières semaines et étaient disponibles pour travailler, et celles qui devaient commencer un nouvel emploi dans 4 semaines ou moins à compter de la semaine de référence et étaient disponibles pour travailler<sup>1, 2</sup>.

**Facteurs de subdivision des inégalités :** Niveau de scolarité selon le sexe; identité autochtone

### Niveau de scolarité

**Années de données :** 1990 à 2013

**Description de l'indicateur :** Taux de chômage chez les Canadiens de 25 ans et plus selon le niveau de scolarité, exprimé en pourcentage de la population active

**Source des données :** Statistique Canada. Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge. Tableau CANSIM 282-0004. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=2820004&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 16 juin 2014.

### Identité autochtone

**Années de données :** 2001, 2006

**Description de l'indicateur :** Taux de chômage chez les Canadiens de 25 à 54 ans selon l'identité autochtone (Premières Nations, Métis, Inuit, non-Autochtone), exprimé en pourcentage

**Source des données :** Recensement de la population, Statistique Canada

**Justification :** Le chômage a été associé à certains résultats pour la santé tels qu'un risque élevé de mortalité prématurée, un état de santé autodéclaré plus faible et une espérance de vie réduite<sup>3, 4</sup>. Les chômeurs peuvent avoir un revenu insuffisant, ce qui réduit les moyens qu'ils peuvent consacrer au maintien de leur santé et de leur bien-être<sup>3</sup>.

**Affectation géographique :** Regroupement à l'échelle nationale

**Couverture géographique :** 10 provinces (territoires exclus)

*Remarque* : Seuls les réserves et peuplements indiens ayant participé aux 2 recensements sont inclus dans les comparaisons entre les données de 2001 et de 2006.

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

### **Description des sources de données :**

*Enquête sur la population active* : L'EPA est une enquête transversale mensuelle qui fournit des estimations actuelles et des descriptions à jour du statut d'emploi des Canadiens et de leur participation à la population active. La population cible est composée des civils canadiens hors-établissement de 15 ans et plus. L'enquête est menée dans l'ensemble du pays, tant dans les provinces que dans les territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes qui vivent dans les réserves et dans des peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les pensionnaires d'établissements. Réunies, ces personnes exclues de l'enquête représentent moins de 2 % de la population canadienne de 15 ans et plus<sup>5</sup>.

*Taille de l'échantillon* : Environ 17 000 ménages, ou 34 000 adultes chaque année

*Recensement de la population* : Le recensement, la plus vaste enquête au Canada, vise à dénombrer l'ensemble de la population du pays et à recueillir des données démographiques et linguistiques tous les 5 ans. Il fournit des données sur la population comparables à l'échelle nationale et constitue la principale source de données en format normalisé pour les petites régions géographiques. En raison de l'abandon du questionnaire de recensement détaillé obligatoire, en 2010, les tendances à long terme ne peuvent être établies pour certains indicateurs<sup>6</sup>.

*Taux de réponse (2006)* : 96,5 %

## **Références**

1. Statistique Canada. Determining labour force status. <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-543-g/2010001/part-partie2-eng.htm>. Modifié en 2010. Consulté le 19 février 2015.
2. Statistique Canada. Canada's changing labour force, 2006 census: definitions and notes. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-559/note-eng.cfm#nt6>. Modifié en 2009. Consulté le 19 février 2015.
3. Mustard CA, Bielecky A, Etches J, et al. Mortality following unemployment in Canada, 1991–2001. *BMC Public Health*. 2013;13:441.
4. Safaei J. Long-term employment and health inequalities in Canadian communities. *Can J Public Health*. 2008;99(3):195-200. <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/1629/1813>. Consulté le 19 décembre 2014.
5. Statistique Canada. Labour Force Survey (LFS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3701>. Modifié le 27 janvier 2015. Consulté le 2 février 2015.
6. Statistique Canada. Census of Population. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SurvId=30216&Instald=30219&SDDS=3901>. Modifié le 24 octobre 2007. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Revenu personnel après impôt (valeur médiane)

**Années de données :** 2000, 2005

**Description de l'indicateur :** Revenu médian après impôt des personnes de 15 ans et plus en dollars constants de 2005, selon l'identité autochtone (Premières Nations, Métis, Inuit, non-Autochtone)

*Remarque :* Le terme « revenu après impôt » désigne le revenu total pour une année civile, toutes sources confondues, moins l'impôt fédéral, provincial et territorial payé cette année-là.

**Justification :** Le revenu médian est peu susceptible de varier significativement en fonction des revenus extrêmement faibles ou extrêmement élevés. Le revenu influe sur la santé en déterminant la quantité et la qualité des ressources matérielles (p. ex. logement de qualité, éducation et aliments nutritifs) qu'une personne peut consacrer à sa santé<sup>1</sup>.

### Sources des données :

- Statistique Canada. Recensement du Canada de 2006 : Tableaux thématiques. Numéro 97-563-XCB2006008 au catalogue.
- Recensement de la population, 2001 et 2006, Statistique Canada.

*Remarque :* Les estimations du revenu provenant du recensement concernent l'année précédente (c.-à-d. que les estimations du recensement de 2001 et de 2006 concernent les années 2000 et 2005 respectivement).

**Facteur de subdivision des inégalités :** Identité autochtone (réponses uniques)

*Remarque :* Les personnes s'étant identifiées comme « Indiens de l'Amérique du Nord » figurent dans les données comme membres des « Premières Nations ».

**Affectation géographique :** Regroupement à l'échelle nationale

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation :** Un revenu élevé est souhaitable.

Le revenu total correspond à l'ensemble du revenu en espèces reçu des sources suivantes :

- salaires et traitements (total);
- revenu agricole net de travail indépendant;
- revenu non agricole net provenant de l'exploitation d'une entreprise non constituée en société ou de l'exercice d'une profession;
- prestations pour enfants;
- pension de la Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti;
- prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- prestations d'assurance-emploi;

- autre revenu provenant de sources publiques;
- dividendes, intérêts d'obligations, de dépôts et de certificats d'épargne, et autres revenus de placements;
- pensions de retraite et rentes, y compris les rentes de REER et de FERR;
- autre revenu en espèces.

Les sommes suivantes ne sont pas comptabilisées au titre du revenu :

- les gains et les pertes au jeu;
- les prix gagnés à la loterie;
- les sommes forfaitaires reçues en héritage au cours de l'année;
- les gains et les pertes en capital;
- le produit de la vente d'une propriété;
- les remboursements d'impôt sur le revenu;
- les remboursements de prêts reçus;
- les règlements monétaires forfaitaires d'assurance;
- les remboursements d'impôt foncier;
- les remboursements de cotisations à un régime de pensions;
- les revenus en nature tels que les repas et l'hébergement gratuits ou les produits agricoles cultivés et consommés à la ferme.

#### **Description de la source des données :**

*Recensement de la population* : Le recensement, la plus vaste enquête au Canada, vise à dénombrer l'ensemble de la population du pays et à recueillir des données démographiques et linguistiques tous les 5 ans. Il fournit des données sur la population comparables à l'échelle nationale et constitue la principale source de données en format normalisé pour les petites régions géographiques. En raison de l'abandon du questionnaire de recensement détaillé obligatoire, en 2010, les tendances à long terme ne peuvent être établies pour certains indicateurs<sup>2</sup>.

*Taux de réponse (2006)* : 96,5 %

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : OMS; 2010. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
2. Statistique Canada. Census of Population. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SurvId=30216&Instald=30219&SDDS=3901>. Modifié le 24 octobre 2007. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Besoins impérieux en matière de logement

**Années de données :** 2002 à 2011 (ménages urbains); 2001, 2006, 2011 (tous les ménages)

**Description de l'indicateur :** L'indicateur Besoins impérieux en matière de logement rend compte du pourcentage des ménages qui vivent dans un logement inacceptable et dont le revenu est insuffisant pour payer les frais d'un logement acceptable sur le marché local<sup>1</sup>. Pour être considéré comme acceptable, un logement doit

1. être abordable (le loyer médian incluant le coût des services publics doit équivaloir à moins de 30 % du revenu du ménage avant impôt);
2. être de taille convenable (le nombre de chambres doit être suffisant, selon la Norme nationale d'occupation);
3. être de qualité convenable (le logement ne doit pas nécessiter de réparations majeures, de l'avis des répondants membres du ménage).

**Justification :** L'indicateur Besoins impérieux en matière de logement rend compte de la proportion de Canadiens qui n'ont pas accès à un logement abordable et de bonne qualité. Il peut servir à orienter les programmes et politiques en matière de logement. Un logement est jugé acceptable s'il est abordable (le ménage y consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt), de taille convenable (est assez grand pour le nombre d'occupants) et de qualité convenable (ne nécessite pas de réparations majeures)<sup>1</sup>. Les caractéristiques d'un logement inacceptable peuvent avoir un effet important sur la santé. L'humidité et les moisissures augmentent notamment le risque de bronchite chez les enfants<sup>2</sup>. Des escaliers mal conçus, un éclairage insuffisant, des réseaux électriques et des systèmes de chauffage dangereux et d'autres types de dangers, comme la peinture au plomb ou l'amiante utilisés dans les anciennes maisons, peuvent également présenter des risques pour la santé<sup>2</sup>.

### Sources des données :

*Besoins impérieux en matière de logement (ménages urbains)* : Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), Statistique Canada; Société canadienne d'hypothèques et de logement

*Besoins impérieux en matière de logement (tous les ménages)* : Recensement de la population, 2001 et 2006, et Enquête nationale auprès des ménages (ENM), 2011, Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu :** Quintiles de revenu

*Besoins impérieux en matière de logement (ménages urbains)* : Revenu provenant des déclarations de revenus de l'année précédant l'enquête, si l'accès aux déclarations de revenus a été autorisé. Dans le cas contraire, le revenu déclaré par les répondants a été utilisé.

*Besoins impérieux en matière de logement (tous les ménages)* : Revenu autodéclaré ou déclarations de revenu (si l'accès a été autorisé) de l'année précédant l'enquête.

*Remarque* : Les estimations du revenu tirées de l'EDTR concernent l'année de référence, tandis que celles tirées du recensement et de l'ENM concernent l'année précédente. Par conséquent, les estimations de 2005 et de 2010 pour les ménages urbains devraient idéalement être comparées respectivement aux estimations de 2006 et de 2011 pour tous les ménages.

**Description du dénominateur :**

*Besoins impérieux en matière de logement (ménages urbains)* : Nombre total de ménages privés canadiens habitant dans une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) provinciale, dont le revenu est supérieur à 0 et le rapport des frais de logement au revenu (RFLR), inférieur à 100 %.

Exclusion :

1. Ménages agricoles, ménages membres d'une bande et ménages vivant dans une réserve

*Besoins impérieux en matière de logement (tous les ménages)* : Nombre total de ménages privés canadiens qui affichent un revenu supérieur à 0 et un RFLR inférieur à 100 %.

Exclusions :

1. Ménages agricoles, ménages membres d'une bande et ménages vivant dans une réserve
2. Ménages vivant dans un logement collectif, comme un hôtel, un centre de soins infirmiers, une base militaire ou une prison

**Description du numérateur :**

*Besoins impérieux en matière de logement (ménages urbains)* : Nombre total de ménages privés habitant dans une RMR ou une AR qui affichent un revenu supérieur à 0 et un RFLR inférieur à 100 %, qui occupent un logement inacceptable et qui devraient consacrer 30 % ou plus de leur revenu avant impôt pour couvrir les frais d'un logement acceptable sur le marché local.

Exclusion :

1. Ménages agricoles, ménages membres d'une bande et ménages vivant dans une réserve

*Besoins impérieux en matière de logement (tous les ménages)* : Nombre total de ménages privés qui affichent un revenu supérieur à 0 et un RFLR inférieur à 100 %, qui occupent un logement inacceptable et qui devraient consacrer 30 % ou plus de leur revenu avant impôt pour couvrir les frais d'un logement acceptable sur le marché local.

Exclusions :

1. Ménages agricoles, ménages membres d'une bande et ménages vivant dans une réserve
2. Ménages vivant dans un logement collectif, comme un hôtel, un centre de soins infirmiers, une base militaire ou une prison

**Affectation géographique** : Regroupement à l'échelle nationale

**Couverture géographique** : 10 provinces (ménages urbains); ensemble des provinces et des territoires (tous les ménages)

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

**Description des sources de données :**

*Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* : L'EDTR était une source importante de données sur le revenu des familles, des ménages et des particuliers canadiens. L'enquête était de type longitudinal : les ménages échantillonnés étaient interrogés chaque année pendant 6 ans. La population cible de l'EDTR englobait tous les Canadiens, sauf les résidents des territoires, les pensionnaires d'un établissement institutionnel et les personnes vivant dans des réserves indiennes<sup>3</sup>.

*Taux de réponse (2011)* : 67,3 %

*Remarque* : La dernière EDTR a été menée en 2011. À compter de 2012, les estimations transversales du revenu seront tirées de l'Enquête canadienne sur le revenu.

*Taille de l'échantillon* : Environ 17 000 ménages, ou 34 000 adultes chaque année

*Recensement de la population* : Le recensement, la plus vaste enquête au Canada, vise à dénombrer l'ensemble de la population du pays et à recueillir des données démographiques et linguistiques tous les 5 ans. Il fournit des données sur la population comparables à l'échelle nationale et constitue la principale source de données en format normalisé pour les petites régions géographiques. En raison de l'abandon du questionnaire de recensement détaillé obligatoire, en 2010, les tendances à long terme ne peuvent être établies pour certains indicateurs<sup>4</sup>.

*Taux de réponse (2006)* : 96,5 %

*Enquête nationale auprès des ménages* : De mai à août 2011, Statistique Canada a mené l'ENM pour la première fois. Cette enquête, à remplir soi-même sur une base volontaire, a été instaurée en remplacement du questionnaire complet du recensement. Elle sera réalisée tous les 5 ans. L'ENM vise à recueillir des données sociales et économiques sur la population canadienne. Elle est désormais la principale source de données en format normalisé pour les petites régions géographiques et les petits groupes de population<sup>5</sup>.

*Taille de l'échantillon* : 4 500 000 ménages

## Références

1. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2014. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/68189.pdf>. Consulté le 26 novembre 2014.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Housing and Population Health*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2004. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HousingPopHealth\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HousingPopHealth_e.pdf). Consulté le 6 février 2014.
3. Statistique Canada. Survey of Labour and Income Dynamics (SLID). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3889>. Modifié le 26 juin 2013. Consulté le 2 février 2015.
4. Statistique Canada. Census of Population. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SurvId=30216&Instald=30219&SDDS=3901>. Modifié le 24 octobre 2007. Consulté le 2 février 2015.
5. Statistique Canada. National Household Survey User Guide — Chapter 1 — Introduction. [http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm\\_guide/index-eng.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm_guide/index-eng.cfm). Modifié le 2 mai 2013. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Insécurité alimentaire des ménages

**Années de données :** 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'insécurité alimentaire des ménages (par 100 ménages)

**Justification :** L'insécurité alimentaire, c'est-à-dire l'accès inadéquat ou incertain à la nourriture en raison d'un manque de ressources financières, est un important problème de santé publique au Canada<sup>1</sup>. Les membres d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles d'avoir un apport nutritionnel inadéquat et de voir la qualité de leur alimentation compromise que les autres<sup>2-6</sup>. Les adultes qui font partie d'un tel ménage sont également plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé (physique et mentale), un stress accru et un nombre plus élevé d'affections chroniques multiples, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et la dépression<sup>7-10</sup>.

**Source des données :** Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur :** Ménages de l'ESCC (en fonction du poids d'échantillonnage du ménage)

### Exclusions :

1. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
2. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur :** Ménages ayant déclaré avoir connu une insécurité alimentaire modérée ou grave au cours des 12 mois précédents

Le MESAM définit 2 types d'insécurité alimentaire liée au revenu :

1. Insécurité alimentaire modérée : signe que la quantité ou la qualité des aliments consommés est compromise
2. Insécurité alimentaire grave : signe de réduction de l'apport alimentaire et de perturbation des habitudes alimentaires

Le taux combiné d'insécurité alimentaire correspond à la somme de tous les ménages ayant déclaré une insécurité alimentaire modérée ou grave.

**Poids d'enquête :** Niveau des ménages

**Affectation géographique :** Province de résidence du ménage selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique :** Depuis 2005, le MESAM est mené à titre facultatif durant un cycle d'enquête, puis dans le module principal le cycle suivant. La participation selon le cycle d'enquête est la suivante :

Cycle d'enquête	Provinces participantes
2005	Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique
2007-2008	Les 10 provinces
2009-2010	Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique
2011-2012	Les 10 provinces

**Interprétation :** Un taux faible est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :** Les variables dérivées dans le tableau suivant ont servi à classer les ménages dans les catégories « sécurité alimentaire », « insécurité alimentaire modérée » et « insécurité alimentaire grave ». Les cas retenus sont les ménages ayant déclaré une insécurité alimentaire modérée ou grave.

Cycle d'enquête	Nom de la variable dérivée	Méthode de recalcul, le cas échéant
2005	FSCEDHFS (État de sécurité alimentaire du ménage)	La variable a été recalculée pour qu'elle puisse être comparée à la variable dérivée FSCDHFS2 (État de sécurité alimentaire du ménage, version modifiée), utilisée dans les cycles d'enquête subséquents.
2007-2008	FSCDHFS2 (État de sécurité alimentaire du ménage, version modifiée)	Statistique Canada a décelé une erreur de spécification dans le calcul original de cette variable dérivée en 2007-2008 <sup>11</sup> ; la variable a été recalculée pour que l'erreur soit corrigée et que la variable puisse être comparée avec les données des cycles subséquents.
2009-2010; 2011-2012	FSCDHFS2 (État de sécurité alimentaire du ménage, version modifiée)	Aucun recalcul n'a été effectué.

**Questions d'enquête :** La variable dérivée est fondée sur 18 questions et indique si les ménages avec et sans enfants ont été en mesure de s'offrir la nourriture dont ils avaient besoin au cours des 12 mois précédents.

#### Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes

	2007-2008	2011-2012
Pourcentage exclu*	15,5	12,9

#### Remarque

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses qui sont fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages. Ce pourcentage n'est indiqué que pour les cycles d'enquête où le MESAM était le module principal (c.-à-d. mené dans les 10 provinces).

**Description des sources de données :**

*Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages* : Le MESAM permet de mesurer la sécurité alimentaire des ménages dans le cadre de l'ESCC. Il porte principalement sur les comportements, les expériences et les conditions de vie autodéclarés associés à la nourriture et attribuables à des ressources financières limitées. Le MESAM comprend 18 questions, dont 10 forment l'échelle de sécurité alimentaire des adultes et 8, l'échelle de sécurité alimentaire des enfants. Selon les réponses aux questions de chacune des échelles, les ménages sont considérés comme étant en situation de sécurité alimentaire, d'insécurité alimentaire modérée ou d'insécurité alimentaire grave<sup>12</sup>.

*Taille de l'échantillon* : Environ 35 000 ménages

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* : L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>13</sup>.

*Taille de l'échantillon* : 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-eng.php>. Consulté le 19 décembre 2014.
2. Mark S, Lambert M, O'Loughlin J, Gray-Donald K. Household income, food insecurity, and nutrition in Canadian youth. *Can J Public Health*. 2012;103(2):94-99. <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/2888/2608>.
3. Kirkpatrick S, Tarasuk V. Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents. *J Nutr*. 2008;138:604-612. <http://jn.nutrition.org/content/138/3/604.full.pdf+html>.
4. Tarasuk V, McIntyre L, Li J. Low-income women's dietary intakes are sensitive to the depletion of household resources in one month. *J Nutr*. 2007;137(8):1980-1987. <http://jn.nutrition.org/content/137/8/1980.full.pdf+html>.
5. Tarasuk VS. Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances. *J Nutr*. 2001;131(10):2670-2676. <http://jn.nutrition.org/content/131/10/2670.long>.
6. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *J Nutr*. 1999;129(3):672-679. <http://jn.nutrition.org/content/129/3/672.long>.
7. Gucciardi E, Vogt J, DeMelo M, Stewart D. Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2218-2224.
8. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. *J Nutr*. 2003;133(1):120-126.
9. Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Rep*. 2001;12(4):11-22.
10. McIntyre L, Connor SK, Warren J. Child hunger in Canada: results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *CMAJ*. 2000;163(8):961-965. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80544/?report=reader>.
11. Statistique Canada. *Canadian Community Health Survey — Annual Component Errata*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
12. Santé Canada. The Household Food Security Survey Module (HFSSM). <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/hfssm-mesam-eng.php>. Modifié le 25 juillet 2012. Consulté le 2 février 2015.
13. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel

**Années de données** : 2000 à 2002, 2005 à 2007, 2009 à 2011

*Remarque* : Les années ont été regroupées comme suit : 2001 = 2000 à 2002; 2006 = 2005 à 2007; 2011 = 2009 à 2011.

**Description de l'indicateur** : Taux brut de nouveau-nés uniques classés comme étant petits pour leur âge gestationnel (taux par 100)

*Remarque* : Les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel sont ceux dont le poids à la naissance se situe dans les 10 % inférieurs par rapport à une population de référence standard de même sexe et de même âge gestationnel<sup>1</sup>.

**Justification** : Un faible poids pour l'âge gestationnel à la naissance augmente le risque de mortalité infantile, néonatale et post-néonatale pour les nouveau-nés.<sup>2</sup> Il entraîne également des effets néfastes sur la santé plus tard dans la vie, comme la mortalité en raison d'une cardiopathie ischémique et une sensibilité réduite à l'insuline<sup>4</sup>. Les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel sont également plus susceptibles d'avoir des difficultés scolaires<sup>5</sup>. Le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel est un meilleur indicateur de santé périnatale que le faible poids à la naissance, car il présente moins de limites. À titre d'exemple, un bébé ayant un faible poids à la naissance peut être prématuré ou petit pour l'âge gestationnel; ces 2 états sont associés à des facteurs et des résultats distincts<sup>6</sup>.

**Source des données** : Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu** : Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur** : Nouveau-nés uniques vivants, nés à un âge gestationnel entre 22 et 43 semaines

**Description du numérateur** : Nouveau-nés uniques vivants dont le poids à la naissance est inférieur au 10<sup>e</sup> percentile pour leur sexe et leur âge gestationnel en semaines (âges gestationnels de 22 à 43 semaines seulement)<sup>1</sup>

**Affectation géographique** : Province de résidence selon le code postal

**Couverture géographique** : Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

### Description de la source des données :

*Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances* : Ce registre administratif sert à recueillir annuellement des renseignements démographiques sur toutes les naissances vivantes au Canada auprès de tous les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil. Certaines données sont également recueillies sur les naissances vivantes survenues chez des résidentes du Canada dans certains États américains. Les données servent à calculer des indicateurs de base (comme des nombres et des taux) concernant les naissances de résidents canadiens<sup>7</sup>.

### Références

1. Kramer MSM, Platt RWP, Wen SWMP, et al. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics*. 2001;108(2):e35.
2. Kirstensen S, Salihu H, Keith L, Kirby R, Fowler K, Pass M. SGA subtypes and mortality risk among singleton births. *Early Hum Dev*. 2007;83(2):99-105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16842940>.
3. Leon DA, Lithell HO, Vagero D, et al. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915-29. *BMJ*. 1998;317(7153):241-245.
4. Veening MA, van Weissenbruch MM, Delemarre-van de Waal H. Glucose tolerance, insulin sensitivity, and insulin secretion in children born small for gestational age. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(10):4657-4661.
5. Larroque B, Bertrais S, Czernichow P, Leger J. School difficulties in 20-year-olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics*. 2001;108(1):111-115.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Too Early, Too Small: A Profile of Small Babies Across Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2009.
7. Statistique Canada. Vital Statistics—Birth Database. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3231>. Modifié le 21 mai 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance

### Années de données :

- 2004-2005 à 2006-2007 jusqu'à 2009-2010 à 2010-2011 (Colombie-Britannique)
- 2005-2006 à 2010-2011 (Manitoba)
- 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à 2009-2010 à 2011-2012 (Ontario)

**Description de l'indicateur :** Le pourcentage d'enfants qui sont considérés comme vulnérables dans au moins un des domaines du développement avant leur entrée à l'école primaire (à 5 ans) tel qu'il est mesuré par l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)<sup>1</sup>. Les taux de vulnérabilité sont définis comme la proportion d'enfants dont le résultat se situe dans le 10<sup>e</sup> percentile de l'ensemble des résultats obtenus selon l'IMDPE, calculés au moyen de seuils canadiens normalisés<sup>1,2</sup>.

**Justification :** Le développement sain de l'enfant et la réussite scolaire sont d'importants déterminants de la santé et du bien-être plus tard dans la vie<sup>3,4</sup>. Ils dépendent des services et du soutien offerts aux familles, des pratiques parentales ainsi que des circonstances socioéconomiques dans lesquelles vit et grandit l'enfant (p. ex. le logement, le quartier et la collectivité, le revenu familial, le niveau de scolarité parental, l'accès à des aliments nutritifs et l'activité physique)<sup>5</sup>.

L'indicateur Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance est basé sur les données recueillies au moyen de l'IMDPE et rend compte de la santé et du bien-être des enfants de 5 ans (soit l'âge moyen des enfants à la maternelle)<sup>6</sup>.

**Source des données :** Instrument de mesure du développement de la petite enfance, Offord Centre for Child Studies, Université McMaster

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Nombre total d'enfants à la maternelle pour lesquels on détient des données valides de l'IMDPE

### Exclusion :

1. Cas où l'enfant a passé moins d'un mois en salle de classe, a été désigné comme ayant des besoins spéciaux ou n'était pas inscrit à la maternelle

**Description du numérateur :** Nombre total d'enfants à la maternelle qui sont considérés comme vulnérables dans au moins un domaine du développement. Pour cet indicateur, la note seuil de vulnérabilité pour chaque domaine du développement a été déterminée au moyen de la note du 10<sup>e</sup> percentile de la valeur de référence nationale.

**Affectation géographique :** Province de résidence selon le code postal

**Couverture géographique :** Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario<sup>i</sup>

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes**

	Colombie-Britannique (2010-2011)	Ontario (2010, 2011, 2012)	Manitoba (2011)
<b>Pourcentage exclu*</b>	1,0 %	1,7 %	0,4 %

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu renvoie à la proportion des questionnaires de l'IMDPE sur lesquels le code postal de la résidence de l'enfant est manquant ou non valide et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu du quartier. Cette donnée n'est pas accessible pour les autres années.

**Description de la source des données :**

*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* : L'IMDPE mesure la capacité d'un enfant à apprendre à l'école selon 5 domaines du développement : la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et connaissances générales. Les enseignants remplissent un questionnaire pour chaque élève de maternelle. L'IMDPE a été créé pour

- établir des rapports sur les populations d'enfants de différentes collectivités;
- évaluer les forces et les faiblesses des élèves;
- prédire le rendement des enfants à l'école primaire.

Les domaines de l'instrument peuvent également servir à prédire les résultats de l'adulte en matière de scolarité, de santé et de vie sociale<sup>1, 2</sup>.

i. Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, le Québec, la Saskatchewan, l'Alberta, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest utilisent également l'IMDPE, mais les tendances au fil du temps n'étaient pas accessibles pour ces provinces et territoires aux fins du rapport.

## Références

1. Janus M, Offord D. Development and psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): a measure of children's school readiness. *Can J Behav Sci.* 2007;39(1):1-22.
2. Janus M, Brinkman S, Duku E, et al. *The Early Development Instrument: Population-Based Measure for Communities*. Hamilton (Ont.) : Offord Centre for Child Studies, Université McMaster; 2006.
3. Reynolds A, Temple J, Ou S, et al. Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and well-being: a 19-year follow-up of low-income families. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(8):730-739.
4. Campbell F, Ramey C, Pungello E, Sparling J, Miller-Johnson S. Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Appl Dev Sci.* 2002;6:42-57.
5. Administrateur en chef de la santé publique du Canada. *Report on the State of Public Health in Canada 2009—Growing Up Well, Priorities for a Healthy Future*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2009.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Children Vulnerable in Areas of Early Development: A Determinant of Child Health*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2014. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Children\\_Vulnerable\\_in\\_Areas\\_of\\_Early\\_Development\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Children_Vulnerable_in_Areas_of_Early_Development_EN.pdf).

## Indicateur : Tabagisme

**Années de données** : 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013

**Description de l'indicateur** : Taux de personnes de 18 ans et plus ayant déclaré fumer la cigarette tous les jours ou à l'occasion normalisé selon l'âge (taux par 100)

**Justification** : Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire sont reconnus comme d'importants facteurs de risque du cancer du poumon, de maladies respiratoires et d'autres problèmes de santé. Le tabagisme est une importante cause évitable de morbidité et de décès au Canada<sup>1,2</sup>.

**Source des données** : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu** : Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC

### Exclusions :

1. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
2. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC ayant déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion

**Méthode de normalisation selon l'âge** : Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Poids d'enquête** : Niveau individuel

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années)** : 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 et plus

**Affectation géographique** : Province de résidence du répondant selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique** : 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas** : Répondants ayant déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion

Variable : SMK\_202

**Question d'enquête** : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » (SMK\_Q202)

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes**

	2003	2005	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013
<b>Pourcentage exclu*</b>	14,9	14,6	15,1	17,3	12,7	11,6

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages.

**Description de la source des données :**

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* : L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>3</sup>.

*Taille de l'échantillon* : 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

**Références**

1. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Dis Can.* 2007;27(4):154-162.
2. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Cost of Substance Abuse in Canada*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2006.
3. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Obésité

**Années de données** : 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013

**Description de l'indicateur** : Taux de personnes de 18 ans et plus considérées comme obèses en fonction de la taille et du poids autodéclarés normalisés selon l'âge (taux par 100)

**Justification** : La prévalence de l'obésité, un facteur de risque du diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires et du cancer<sup>2</sup>, est en hausse au Canada<sup>1</sup>. Cette augmentation a été associée à l'alourdissement du fardeau économique au Canada (coûts directs de santé et coûts indirects découlant d'une perte de productivité). On estime qu'entre 2000 et 2008, au Canada, les coûts annuels y afférents sont passés de 3,9 à 4,6 milliards de dollars<sup>3</sup>. Les facteurs associés à l'obésité comprennent les habitudes alimentaires<sup>4</sup>, l'inactivité physique<sup>5</sup> et certaines caractéristiques de l'environnement, comme la densité de population résidentielle et l'accès aux transports actifs<sup>6</sup>.

**Source des données** : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu** : Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC

### Exclusions :

1. Femmes enceintes
2. Personnes mesurant moins de 0,914 mètre (3 pieds) ou plus de 2,108 mètres (6 pieds 11 pouces)
3. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
4. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal à 30,00 kg/m<sup>2</sup>, selon la taille et le poids autodéclarés. On calcule l'IMC en divisant le poids du répondant en kilogrammes par le carré de sa taille en mètres.

D'après les lignes directrices de Santé Canada<sup>7</sup>, le système de classification du poids corporel est le suivant :

- inférieur à 18,50 : poids insuffisant
- 18,50 à 24,99 : poids normal
- 25,00 à 29,99 : excès de poids
- 30,00 à 34,99 : obésité, classe I
- 35,00 à 39,99 : obésité, classe II
- 40,00 et plus : obésité, classe III

**Poids d'enquête** : Niveau individuel

**Méthode de normalisation selon l'âge** : Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années)** : 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 et plus

**Affectation géographique** : Province de résidence du répondant selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique** : 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas** : Répondants ayant un IMC calculé supérieur ou égal à 30,00 kg/m<sup>2</sup>

Variable de la taille autodéclarée (en mètres) : HWTDHTM

Variable du poids autodéclaré (en kilogrammes) : HWTCDWTK

**Question d'enquête** : s.o.

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2003	2005	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013
<b>Pourcentage exclu*</b>	14,7	14,6	14,7	16,9	12,4	11,3

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages.

**Description de la source des données :**

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* : L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>8</sup>.

*Taille de l'échantillon* : 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

## Références

1. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ*. 2014;2(1):e18-e26.
2. Guh D, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham C, Anis A. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9(88).
3. Institut canadien d'information sur la santé et Agence de la santé publique du Canada. *Obesity in Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2011.
4. Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC, James WP. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr*. 2004;7(1A):123-146.
5. Shields M, Tremblay M. Sedentary behaviour and obesity. *Health Rep*. 2008;16(2):389-398.
6. Poulou T, Elliott SJ. Individual and socio-environmental determinants of overweight and obesity in urban Canada. *Health Place*. 2010;16(2):389-398.
7. Santé Canada. Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults — Quick Reference Tool for Professionals. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/cg\\_quick\\_ref-ldc\\_rapide\\_ref-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/cg_quick_ref-ldc_rapide_ref-eng.php). Modifié en 2003. Consulté le 6 août 2003.
8. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Vaccination antigrippale des personnes âgées

**Années de données :** 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013

**Description de l'indicateur :** Taux de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir été vaccinées contre la grippe au cours des 12 derniers mois normalisé selon l'âge (taux par 100)

**Justification :** La grippe est une maladie courante qui touche les personnes de tous les âges dans le monde entier. Les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections chroniques sont toutefois plus exposées au risque de complications, voire de décès, à la suite d'une grippe<sup>1</sup>. Le Comité consultatif national de l'immunisation recommande la vaccination antigrippale chez toutes les personnes de 6 mois et plus, en particulier celles qui présentent un risque élevé de complications ou d'hospitalisation liées à la grippe, et celles qui pourraient transmettre la grippe à de telles personnes<sup>2</sup>.

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur :** Répondants de 65 ans et plus à l'ESCC

### Exclusions :

1. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
2. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur :** Répondants de 65 ans et plus à l'ESCC qui ont déclaré avoir été vaccinés contre la grippe au cours des 12 mois précédents

**Poids d'enquête :** Niveau individuel

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 et plus

**Affectation géographique :** Province de résidence du répondant selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique :** 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation :** Un taux élevé est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :** Répondants qui ont déclaré avoir été vaccinés contre la grippe il y a moins d'un an

Variable : FLU\_162

Réponse : Moins d'un an

**Question d'enquête :** « À quand remonte votre dernier vaccin contre la grippe saisonnière? » (FLU\_Q162)

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2003	2005	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013
<b>Pourcentage exclu*</b>	22,5	22,3	21,7	22,5	18,0	16,0

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages.

**Description de la source des données :**

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes :* L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>3</sup>.

*Remarque :* Il se peut que les résultats de l'ESCC de 2009-2010 ne soient pas comparables à ceux des autres cycles, car ils rendent compte également du nombre de répondants ayant reçu seulement le vaccin contre la grippe H1N1. Par conséquent, le nombre de répondants ayant été vaccinés contre la grippe saisonnière y est probablement surestimé. Le vaccin contre la grippe H1N1 a été donné au Canada en 2009 lors d'une campagne distincte de celle du vaccin contre la grippe saisonnière. Ce n'est toutefois qu'en 2010 que le concept de saisonnalité a été ajouté à l'ESCC pour la collecte de données sur les 2 types de gripes (saisonnière et H1N1). Après 2010, le vaccin contre la grippe saisonnière et celui contre la grippe H1N1 ont été combinés en une seule catégorie de vaccination<sup>4</sup>.

*Taille de l'échantillon :* 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

## Références

1. Organisation de coopération et de développement économiques. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris, France : OCDE; 2011.
2. Agence de la santé publique du Canada. Statement on seasonal influenza vaccine for 2014–2015. <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/flu-grippe-eng.php#tab5>. Modifié en 2014. Consulté le 12 février 2015.
3. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.
4. Statistique Canada. Health system performance — 3.2. Accessibility. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2012002/def/def3-eng.htm>. Modifié le 13 mai 2013.

## **Indicateur : Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans**

**Années de données :** 2001 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients de moins de 75 ans normalisé selon l'âge (taux par 100 000)

**Justification :** La MPOC est une des principales causes de morbidité et de mortalité au Canada<sup>1,2</sup>. Elle est largement attribuable au tabagisme; en effet, le tabac serait en cause dans environ 80 % des décès liés à la MPOC<sup>3</sup>. Chez les personnes de 74 ans et moins, la MPOC est parfois considérée comme une condition propice aux soins ambulatoires (CPSA), car une intervention rapide et efficace en soins de santé primaires réussit habituellement à prévenir les complications et les hospitalisations<sup>4</sup>. Par conséquent, des taux élevés d'hospitalisations liées à la MPOC peuvent indiquer un accès difficile à des soins de santé primaires qui soient appropriés et efficaces<sup>5,6</sup>.

**Sources des données :** Base de données sur les congés des patients (BDGP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Institut canadien d'information sur la santé

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale de moins de 75 ans basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>ii</sup>

**Description du numérateur :** Nombre total de sorties des hôpitaux de soins de courte durée (congé, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) après une hospitalisation en raison d'une MPOC chez les patients de moins de 75 ans

### Inclusions :

1. Âge à l'admission : moins de 75 ans
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée

### Exclusions :

1. Enregistrements de nouveau-nés, de mortinaissances ou de donneurs décédés
2. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
3. Enregistrements où le décès est indiqué comme état à la sortie
4. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

---

ii. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74

**Affectation géographique :** Province de résidence du patient selon le code postal dans la base de données

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :**

Descripteur	Codes de la CIM-10	Codes de la CIM-9 (Québec, Manitoba)	Qualificateur
<b>MPOC</b>	J41, J42, J43, J44, J47	491, 492, 494, 496	Diagnostic principal
	J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22	466, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 4870	Diagnostic principal lorsque le code J44 (CIM-10) ou 496 (CIM-9) est présent comme diagnostic secondaire

**Remarques**

Québec : La CIM-9 est employée pour les années antérieures à 2006.

Manitoba : La CIM-9 est employée pour les années antérieures à 2004.

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pourcentage exclu*</b>	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4	1,6	1,6

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

**Description des sources de données :**

**Base de données sur les congés des patients :** La BDCP est une base de données nationale qui permet de recueillir de l'information administrative et clinique à partir des enregistrements de sortie des hôpitaux de soins de courte durée (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) transmis par l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, au cours d'un exercice donné (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). La BDCP sert également à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation, les soins psychiatriques et les soins de longue durée<sup>7</sup>.

**Base de données sur la morbidité hospitalière :** La BDMH permet de consigner des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée au Canada (y compris au Québec). Les données proviennent de la BDCP et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>8</sup>.

## Références

1. Statistique Canada. Table 102-0552: Deaths and mortality rate, by selected grouped causes and sex, Canada, provinces and territories. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1020552&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=9#F1>. Modifié le 27 janvier 2014.
2. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*. 2007;370:741-750.
3. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Cost of Substance Abuse in Canada*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2006.
4. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14:246-251.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2008*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2008. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HealthIndicators2008\\_ENGweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HealthIndicators2008_ENGweb.pdf).
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
7. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database (DAD) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
8. Institut canadien d'information sur la santé. The Hospital Morbidity Database (HMDB). [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées

**Années de données :** 2001 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'hospitalisations en raison de blessures à la suite d'une chute accidentelle chez les patients âgés de 65 ans et plus normalisé selon l'âge (taux par 100 000)

**Justification :** Les chutes représentent l'une des principales causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure chez les personnes âgées au Canada<sup>1</sup>. Elles sont aussi un facteur de risque important pour l'admission des personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée<sup>1-3</sup>. En outre, les blessures liées à une chute prolongent le séjour des personnes âgées à l'hôpital par rapport au séjour moyen pour toute autre cause, ce qui entraîne des coûts plus élevés pour le système de santé<sup>4</sup>.

**Sources des données :** Base de données sur les congés des patients (BDPCP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Institut canadien d'information sur la santé

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale de 65 ans et plus basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>iii</sup>

**Description du numérateur :** Nombre total de sorties des hôpitaux de soins de courte durée (congés, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) après une hospitalisation à la suite d'une blessure causée par une chute accidentelle chez les patients de 65 ans et plus

### Inclusions :

1. Âge à l'admission : 65 ans et plus
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée

### Exclusions :

1. Enregistrements de mortinaissances ou de donneurs décédés
2. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
3. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 et plus

iii. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

**Affectation géographique :** Province de résidence du patient selon le code postal dans la base de données

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :**

Descripteur	Codes de la CIM-10	Codes de la CIM-9	Qualificateur
Chutes accidentelles	W00-W19	E880-E886, E888	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pourcentage exclu*	2,2	2,1	2,0	1,7	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

**Description des sources de données :**

*Base de données sur les congés des patients :* La BDCP est une base de données nationale qui permet de recueillir de l'information administrative et clinique à partir des enregistrements de sortie des hôpitaux de soins de courte durée (congés, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) transmis par l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, au cours d'un exercice donné (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). La BDCP sert également à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation, les soins psychiatriques et les soins de longue durée<sup>6</sup>.

*Base de données sur la morbidité hospitalière :* La BDMH permet de consigner des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée au Canada (y compris au Québec). Les données proviennent de la BDCP et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>7</sup>.

## Références

1. Scott V, Wagar L, Elliott S. Falls and Related Injuries Among Canadians: Fall-Related Hospitalizations and Prevention Initiatives. Victoria (C.-B.) : Victoria Scott Consulting; 2010.
2. Alexander BH, Frederick P, Marsha E. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *Am J Public Health*. 1992;82(7):1020-1023.
3. Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients. Preventing Falls: From Evidence to Improvement in Canadian Health Care. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2014.
4. Agence de la santé publique du Canada. Seniors' Falls in Canada: Second Report. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2014.
5. SMARTRISK. The Economic Burden of Injury in Canada. Toronto, Ont. : SMARTRISK; 2009.
6. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database (DAD) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
7. Institut canadien d'information sur la santé. The Hospital Morbidity Database (HMDB). [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## **Indicateur : Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur**

**Années de données :** 2001 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'hospitalisations en raison de blessures subies lors d'un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur normalisé selon l'âge (taux par 100 000)

**Justification :** Les blessures causées par un accident impliquant un véhicule à moteur représentent l'une des principales causes d'hospitalisation pour des blessures accidentelles, en particulier chez les jeunes Canadiens<sup>1</sup>. De plus, les blessures liées à un accident impliquant un véhicule à moteur sont l'une des principales causes de mortalité prématurée chez les Canadiens avec près de 2 100 décès en 2012<sup>2</sup>.

**Sources des données :** Base de données sur les congés des patients (BDGP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Institut canadien d'information sur la santé

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>iv</sup>

**Description du numérateur :** Nombre total de sorties des hôpitaux de soins de courte durée (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) après une hospitalisation à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur

### Inclusion :

1. Admission dans un établissement de soins de courte durée

### Exclusions :

1. Enregistrements de nouveau-nés, de mortinaissances ou de donneurs décédés
2. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
3. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 et plus

---

iv. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

**Affectation géographique :** Province de résidence du patient selon le code postal dans la base de données

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :**

Descripteurs	Codes de la CIM-10	Codes de la CIM-9	Qualificateur
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Conducteur</b>	V30.5, V31.5, V32.5, V33.5, V34.5, V35.5, V36.5, V37.5, V38.5, V39.4, V40.5, V41.5, V42.5, V43.5, V44.5, V45.5, V46.5, V47.5, V48.5, V49.4, V50.5, V51.5, V52.5, V53.5, V54.5, V55.5, V56.5, V57.5, V58.5, V59.4, V60.5, V61.5, V62.5, V63.5, V64.5, V65.5, V66.5, V67.5, V68.5, V69.4, V70.5, V71.5, V72.5, V73.5, V74.5, V75.5, V76.5, V77.5, V78.5, V79.4, V83.0, V84.0, V85.0, V86.00, V86.08	E810.0, E811.0, E812.0, E813.0, E814.0, E815.0, E816.0, E818.0, E819.0	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Passager</b>	V30.6, V31.6, V32.6, V33.6, V34.6, V35.6, V36.6, V37.6, V38.6, V39.5, V40.6, V41.6, V42.6, V43.6, V44.6, V45.6, V46.6, V47.6, V48.6, V49.5, V50.6, V51.6, V52.6, V53.6, V54.6, V55.6, V56.6, V57.6, V58.6, V59.5, V60.6, V61.6, V62.6, V63.6, V64.6, V65.6, V66.6, V67.6, V68.6, V69.5, V70.6, V71.6, V72.6, V73.6, V74.6, V75.6, V76.6, V77.6, V78.6, V79.5, V83.1, V84.1, V85.1, V86.10, V86.18	E810.1, E811.1, E812.1, E813.1, E814.1, E815.1, E816.1, E818.1, E819.1	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Conducteur d'une motocyclette</b>	V20.4, V21.4, V22.4, V23.4, V24.4, V25.4, V26.4, V27.4, V28.4, V29.4	E810.2, E811.2, E812.2, E813.2, E814.2, E815.2, E816.2, E818.2, E819.2	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Passager d'une motocyclette</b>	V20.5, V21.5, V22.5, V23.5, V24.5, V25.5, V26.5, V27.5, V28.5, V29.5	E810.3, E811.3, E812.3, E813.3, E814.3, E815.3, E816.3, E818.3, E819.3	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Piéton</b>	V02.1, V02.9, V03.1, V03.9, V04.1, V04.9, V09.2	E810.7, E811.7, E812.7, E813.7, E814.7, E815.7, E816.7, E818.7, E819.7	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Cycliste</b>	V12.4, V12.5, V12.9, V13.4, V13.5, V13.9, V14.4, V14.5, V14.9, V19.4, V19.5, V19.6	E810.6, E811.6, E812.6, E813.6, E814.6, E815.6, E816.6, E818.6, E819.6	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)

(suite à la page suivante)

Descripteurs	Codes de la CIM-10	Codes de la CIM-9	Qualificateur
<b>Accident de circulation impliquant un véhicule à moteur — Autre/Sans précision</b>	V20.9, V21.9, V22.9, V23.9, V24.9, V25.9, V26.9, V27.9, V28.9, V29.6, V29.8, V29.9, V30.7, V30.9, V31.7, V31.9, V32.7, V32.9, V33.7, V33.9, V34.7, V34.9, V35.7, V35.9, V36.7, V36.9, V37.7, V37.9, V38.7, V38.9, V39.6, V39.8, V39.9, V40.7, V40.9, V41.7, V41.9, V42.7, V42.9, V43.7, V43.9, V44.7, V44.9, V45.7, V45.9, V46.7, V46.9, V47.7, V47.9, V48.7, V48.9, V49.6, V49.8, V49.9, V50.7, V50.9, V51.7, V51.9, V52.7, V52.9, V53.7, V53.9, V54.7, V54.9, V55.7, V55.9, V56.7, V56.9, V57.7, V57.9, V58.7, V58.9, V59.6, V59.8, V59.9, V60.7, V60.9, V61.7, V61.9, V62.7, V62.9, V63.7, V63.9, V64.7, V64.9, V65.7, V65.9, V66.7, V66.9, V67.7, V67.9, V68.7, V68.9, V69.6, V69.8, V69.9, V70.7, V70.9, V71.7, V71.9, V72.7, V72.9, V73.7, V73.9, V74.7, V74.9, V75.7, V75.9, V76.7, V76.9, V77.7, V77.9, V78.7, V78.9, V79.6, V79.8, V79.9, V82.1, V83.2, V83.3, V84.2, V84.3, V85.2, V85.3, V86.2, V86.30, V86.38, V87.0, V87.1, V87.2, V87.3, V87.4, V87.5, V87.6, V87.7, V87.8, V89.2	E810.4, E811.4, E812.4, E813.4, E814.4, E815.4, E816.4, E818.4, E819.4, E810.5, E811.5, E812.5, E813.5, E814.5, E815.5, E816.5, E818.5, E819.5, E810.8, E811.8, E812.8, E813.8, E814.8, E815.8, E816.8, E818.8, E819.8, E810.9, E811.9, E812.9, E813.9, E814.9, E815.9, E816.9, E818.9, E819.9	Diagnostic de type 9 (code de cause externe de lésion traumatique)

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pourcentage exclu*</b>	4,6	4,3	3,9	3,9	3,5	3,7	3,5	3,3	3,3	2,9	3,0	3,3

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

**Description des sources de données :**

*Base de données sur les congés des patients :* La BDCP est une base de données nationale qui permet de recueillir de l'information administrative et clinique à partir des enregistrements de sortie des hôpitaux de soins de courte durée (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) transmis par l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, au cours d'un exercice donné (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). La BDCP sert également à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation, les soins psychiatriques et les soins de longue durée<sup>3</sup>.

*Base de données sur la morbidité hospitalière :* La BDMH permet de consigner des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée au Canada (y compris au Québec). Les données proviennent de la BDCP et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>4</sup>.

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada. *Injury in Review 2012: Spotlight on Road and Transport Safety*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2012.
2. Transport Canada. *Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics 2011*. Ottawa (Ont.) : Transport Canada; 2013. [http://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/TrafficCollisionStatistics\\_2011.pdf](http://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/TrafficCollisionStatistics_2011.pdf).
3. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database (DAD) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
4. Institut canadien d'information sur la santé. The Hospital Morbidity Database (HMDB). [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Hospitalisations liées à une maladie mentale

**Années de données :** 2006 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'hospitalisations pour certaines maladies mentales (troubles liés à l'utilisation de substances; troubles schizophréniques, délirants ou psychotiques non organiques; troubles affectifs ou de l'humeur; troubles anxieux; et troubles de la personnalité) pour les patients de 15 ans et plus normalisé selon l'âge (taux par 100 000)

**Justification :** Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont plus susceptibles d'être touchées par le chômage, le sous-emploi et la dépendance à l'aide sociale<sup>1</sup>. Les soins préventifs, le soutien social et la prise en charge précoce de la maladie permettraient d'éviter les hospitalisations liées à la maladie mentale. Cet indicateur permet de mesurer l'utilisation des services hospitaliers et peut rendre compte des différences dans l'état de santé de la population, dans les modèles de prestation des services de santé mentale, ainsi que dans l'offre et l'accessibilité des services de santé spécialisés et ambulatoires, des services de santé de proximité et des services de santé en hébergement<sup>1</sup>.

**Source des données :** Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), qui contient des données de l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier (ESMMH), de la Base de données sur les congés des patients (BDPC), de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale de 15 ans et plus basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>v</sup>

**Description du numérateur :** Nombre total de sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques (congs, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) après une hospitalisation liée à certaines maladies mentales

### Inclusions :

1. Âge à l'admission : 15 ans et plus
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée ou un établissement de soins psychiatriques

### Exclusions :

1. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
2. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

---

v. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 et plus

**Affectation géographique :** Endroit où les services ont été offerts au patient<sup>vi</sup>

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

*Remarque :* Comme la disponibilité et la couverture des données varient d'une province à l'autre et au fil du temps, seules les données recueillies à partir de 2006 ainsi que les données provenant d'hôpitaux généraux et d'établissements psychiatriques ont été incluses dans l'analyse. Il est recommandé de faire preuve de prudence lors de la comparaison des valeurs entre les provinces puisque la collecte des données et la codification du type d'établissement ne sont pas systématiques dans les hôpitaux psychiatriques.

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :** Maladies mentales sélectionnées codifiées comme diagnostic principal ou catégorie de diagnostic principal

Descripteurs	Codes de la CIM-10	Codes du DSM-IV
Troubles liés à l'utilisation de substances	F10-F19, F55	291, 292, 303, 304, 305
Troubles schizophréniques, délirants ou psychotiques non organiques	F20-F29	295, 297, 298
Troubles affectifs ou de l'humeur	F30-F34, F38.0, F38.1, F38.8, F39, F53.0	296, 300.4, 311
Troubles anxieux	F40, F41, F42, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F93.0, F93.1, F93.2	3000, 300.2, 300.3, 308.3, 309.8
Troubles sélectionnés de la personnalité et du comportement chez l'adulte	F60, F61, F62, F68, F69	301

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pourcentage exclu*	5,2	4,9	4,3	4,7	4,8	6,9	4,5

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

vi. Les résultats basés sur une affectation géographique au moyen de la province de résidence du patient seront communiqués sur demande.

### Description de la source des données :

*Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier* : La BDSMMH renferme des données sur les hospitalisations liées à une maladie mentale et à la toxicomanie partout au Canada. Elle permet de consigner des données démographiques, administratives et cliniques sur les séjours des patients hospitalisés en raison d'un trouble psychiatrique dans l'ensemble des provinces et des territoires. Les données de la BDSMMH sont recueillies à l'aide des dossiers administratifs sur les sorties (congé ou décès) des hôpitaux généraux ou des établissements psychiatriques et proviennent des 4 sources suivantes<sup>2</sup> :

- Hôpitaux généraux et psychiatriques : Abrégés tirés de la [BDCP](#) des provinces et des territoires qui contribuent à cette dernière (de 1994 à 2013)
- Hôpitaux généraux et psychiatriques du Québec : [BDMH](#) (de 1994 à 2012)
- Certains hôpitaux psychiatriques : Données soumises par un petit nombre d'hôpitaux et les ministères de la Santé au moyen de l'ESMMH, laquelle est une collecte annuelle de données sur les sorties
- Lits pour patients adultes en Ontario : Dossiers cliniques et administratifs provenant du [SIOSM](#) (de 2005 à 2013)

### Références

1. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2004. <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/381/soci/rep/report1/repintnov04vol1-e.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Hospital Mental Health Database (HMHDB) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/hmhdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/hmhdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool

Années de données : 2007 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux d'hospitalisations en raison d'affections attribuables à la consommation d'alcool chez les patients de 15 ans et plus normalisé selon l'âge (taux par 100 000). L'indicateur Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool rend compte des hospitalisations dans les hôpitaux généraux pour le traitement de maladies chroniques ou d'affections classées comme entièrement attribuables à la consommation d'alcool<sup>1</sup>, à l'exclusion des blessures liées à la consommation d'alcool (y compris celles causées par un accident impliquant un véhicule à moteur) et des suicides. Selon cette définition, les troubles mentaux et du comportement (p. ex. intoxication aiguë, sevrage, syndrome de dépendance) sont les motifs les plus courants d'hospitalisation en raison d'une maladie ou d'une affection attribuable à la consommation d'alcool chez les Canadiens. Ces types de troubles ont en effet occasionné environ 60 % des hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool au pays de 2007 à 2012. La pancréatite aiguë et la cirrhose du foie sont les deuxièmes motifs les plus importants, représentant chacun près de 11 % de toutes les hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool.

**Justification :** De plus en plus de données probantes viennent s'ajouter aux preuves déjà recueillies qui démontrent que certaines habitudes de consommation d'alcool causeraient plus de 60 affections et maladies ou contribueraient à leur apparition<sup>2, 4, 5</sup>. Il importe toutefois de noter que l'indicateur Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool concerne uniquement les affections dont l'alcool est la cause nécessaire (c.-à-d. qui sont entièrement attribuables à l'alcool).

**Sources des données :** Base de données sur les congés des patients (BDPCP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), Institut canadien d'information sur la santé

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale de 15 ans et plus basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>vii</sup>

**Description du numérateur :** Nombre total de sorties des hôpitaux de soins de courte durée (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) après une hospitalisation en raison d'une affection entièrement attribuable à l'alcool

### Inclusions :

1. Âge à l'admission : 15 ans et plus
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée

vii. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

Exclusions :

1. Enregistrements de mortinaissances ou de donneurs décédés
2. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
3. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 et plus

**Affectation géographique :** Province de résidence du patient selon le code postal dans la base de données

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

*Remarque :* Comme les données disponibles pour l'Ontario varient, seules les données recueillies à partir de 2007 ont été incluses dans l'analyse.

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :** Affections attribuables à la consommation d'alcool codifiées comme diagnostic principal ou affection principale

**Tableau 1 : Maladies qui sont par définition attribuables à la consommation d'alcool<sup>1</sup>**

Description	Codes de la CIM-10
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10
Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool	G31.2
Polynévrite alcoolique	G62.1
Myopathie alcoolique	G72.1
Myocardiopathie alcoolique	I42.6
Gastrite alcoolique	K29.2
Maladie alcoolique du foie	K70
Pancréatite aiguë induite par l'alcool	K85.2
Pancréatite chronique alcoolique	K86.0
Fœtus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère	P04.3
Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphique)	Q86.0

Tableau 2 : Troubles qui sont par définition attribuables à la consommation d'alcool — SIOSM

Description	Codes du DSM-IV
Delirium par intoxication alcoolique	291.0
Delirium du sevrage alcoolique	
Trouble amnésique persistant induit par l'alcool	291.1
Démence persistante induite par l'alcool	291.2
Trouble psychotique induit par l'alcool, avec hallucinations	291.3
Trouble psychotique induit par l'alcool, avec idées délirantes	291.5
Sevrage alcoolique	291.81
Trouble du sommeil induit par l'alcool	291.82
Trouble de l'humeur induit par l'alcool	291.89
Trouble anxieux induit par l'alcool	
Dysfonction sexuelle induite par l'alcool	
Trouble lié à l'utilisation d'alcool non spécifié	291.9
Intoxication alcoolique	303.00
Dépendance alcoolique	303.90
Abus d'alcool	305.00

#### Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pourcentage exclu*	0,2	0,2	0,5	0,3	0,2	0,2

#### Remarque

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

#### Description des sources de données :

*Base de données sur les congés des patients* : La BDCP est une base de données nationale qui permet de recueillir de l'information administrative et clinique à partir des enregistrements de sortie des hôpitaux de soins de courte durée (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) transmis par l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, au cours d'un exercice donné (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). La BDCP sert également à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation, les soins psychiatriques et les soins de longue durée<sup>6</sup>.

*Base de données sur la morbidité hospitalière* : La BDMH permet de consigner des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée au Canada (y compris au Québec). Les données proviennent de la BDCP et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>7</sup>.

*Système d'information ontarien sur la santé mentale* : Le SIOSM permet de recueillir de l'information administrative et clinique sur les personnes hospitalisées occupant un lit réservé aux soins des adultes en santé mentale en Ontario. Les données sur les clients de 68 hôpitaux ontariens participants sont recueillies au moyen de l'Instrument d'évaluation des résidents — santé mentale (RAI-MH). La base de données contient de l'information sur la santé mentale et physique, le soutien social et l'utilisation des services. Les données sont recueillies à l'admission, à la sortie et tous les 3 mois dans le cas des patients dont le séjour est prolongé<sup>8</sup>.

## Références

1. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res.* 2013;35(2):155-173. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/155-173.htm>. Consulté le 19 décembre 2014.
2. Schmidt LA, Makela P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In : Blas E, Sivasankara Kurup A, dir. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2010;11-30.
3. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010;105(5):817-843. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
4. Organisation mondiale de la santé. Global Status Report on Alcohol and Health — 2014. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112736>. Consulté le 19 décembre 2014.
5. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health.* 2003;27(1):39-51.
6. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database (DAD) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
7. Institut canadien d'information sur la santé. The Hospital Morbidity Database (HMDB). [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Ontario Mental Health Reporting System (OMHRS) metadata. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/omhrs\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/specialized+services/mental+health+and+addictions/omhrs_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Crise cardiaque menant à une hospitalisation

**Années de données :** 2008 à 2012

**Description de l'indicateur :** Taux de nouveaux événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation en soins de courte durée chez les patients de 20 ans et plus normalisé selon l'âge (taux par 100 000)

*Remarque :* Un nouvel événement est défini comme une première hospitalisation pour un IAM ou une hospitalisation récurrente pour un IAM survenant plus de 28 jours après l'admission pour l'événement précédent survenu pendant la période de référence.

**Justification :** L'IAM, ou crise cardiaque, est l'une des principales causes de morbidité et de décès au Canada<sup>1</sup>. Du point de vue de la surveillance des maladies, un IAM peut se présenter sous 3 formes : événement non diagnostiqué; événement fatal survenu hors hôpital; et événement menant à une hospitalisation en soins de courte durée. Les événements d'IAM menant à une hospitalisation ne représentent pas tous les IAM survenant dans la population générale. Cependant, cette information permet d'établir des estimations utiles et opportunes sur les cas au sein de la population<sup>2</sup>. Il est important de mesurer la fréquence des maladies cardiovasculaires, dont l'IAM, au sein de la population pour planifier et évaluer les stratégies préventives, de même que pour affecter les ressources de santé et estimer les coûts<sup>1,3</sup>.

**Sources des données :** Base de données sur les congés des patients (BDGP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Institut canadien d'information sur la santé

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dénominateur :** Population totale de 20 ans et plus basée sur les recensements de 2001 et de 2006 ou sur une estimation avec extrapolation linéaire pour les années entre les recensements, ainsi que pour 2011 et pour 2012<sup>viii</sup>

**Description du numérateur :** Personnes de 20 ans et plus admises dans un établissement de soins de courte durée en raison d'un événement d'IAM

### Inclusions :

1. Âge à l'admission : 20 ans et plus
2. Admission dans un établissement de soins de courte durée

### Exclusions :

1. Enregistrements de mortinaissances ou de donneurs décédés
2. Enregistrements comportant un numéro d'assurance-maladie ou une date de naissance non valides (enregistrements autres que ceux du Québec)
3. Enregistrements comportant une date d'admission non valide

viii. Pour les chiffres relatifs à la population, envoyez un courriel à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

4. Enregistrements pour lesquels l'admission en raison d'un IAM a eu lieu dans les 28 jours suivant l'admission précédente en raison d'un IAM
5. Transferts<sup>ix</sup>
6. Enregistrements où le sexe « homme » ou « femme » n'est pas indiqué
7. Enregistrements comportant un code postal non valide ou non rattachés à des données sur le revenu

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 et plus

**Affectation géographique :** Province de résidence du patient selon le code postal

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

*Remarque :* Comme les données disponibles varient d'une province à l'autre, seules les données recueillies à partir de 2008 ont été incluses dans l'analyse.

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :**

Indicateur	Codes de la CIM-10	Qualificateur
Infarctus du myocarde	I21, I22	Codifié comme diagnostic de type (1) ou de type [(M), (W), (X) ou (Y), sauf s'il est également codifié comme diagnostic de type (2)]

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pourcentage exclu*</b>	0,42	0,88	0,92	0,95	1,11

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion d'enregistrements de sortie qui sont manquants pour cet indicateur ou dans lesquels le code postal du lieu de résidence du patient n'est pas valide, et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur le quintile de revenu du quartier.

ix. Une admission ultérieure pour un IAM qui a lieu le même jour ou avant la sortie à la suite d'une admission précédente pour un IAM est considérée comme un transfert.

### Description des sources de données :

*Base de données sur les congés des patients* : La BDCP est une base de données nationale qui permet de recueillir de l'information administrative et clinique à partir des enregistrements de sortie des hôpitaux de soins de courte durée (congés, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts) transmis par l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, au cours d'un exercice donné (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars). La BDCP sert également à recueillir d'autres données, notamment sur les chirurgies d'un jour, la réadaptation, les soins psychiatriques et les soins de longue durée<sup>4</sup>.

*Base de données sur la morbidité hospitalière* : La BDMH permet de consigner des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties de patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée au Canada (y compris au Québec). Les données proviennent de la BDCP et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>5</sup>.

### Références

1. Manuel DG, Leung M, Nguyen K, Tanuseputro P, Johansen H. Burden of cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol.* 2003;19(9):997-1004.
2. Manuel D, Lim J, Tanuseputro P, Stukel T. How many people have had a myocardial infarction? Prevalence estimated using historical hospital data. *BMC Public Health.* 2007;7:174.
3. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. *The Growing Burden of Heart Disease and Stroke in Canada.* Ottawa (Ont.) : FMCC; 2003. [http://www.cvdinfobase.ca/cvdbook/CVD\\_En03.pdf](http://www.cvdinfobase.ca/cvdbook/CVD_En03.pdf). Consulté le 7 novembre 2014.
4. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database (DAD) metadata. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.
5. Institut canadien d'information sur la santé. The Hospital Morbidity Database (HMDB). [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/hmdb_metadata). Modifié en 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Diabète

**Années de données** : 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013

**Description de l'indicateur** : Taux de personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé normalisé selon l'âge (taux par 100)

**Justification** : Le diabète est une affection chronique qui se caractérise par une incapacité du corps soit à produire de l'insuline, une hormone qui régule le taux de sucre (ou glucose) dans le sang, soit à utiliser adéquatement l'insuline qu'il produit<sup>1</sup>. Les personnes atteintes du diabète courent un risque accru de complications graves telles que les accidents vasculaires cérébraux, les maladies du cœur, la maladie rénale chronique, l'amputation des membres inférieurs et les maladies oculaires<sup>1</sup>.

**Source des données** : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu** : Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC

### Exclusions :

1. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
2. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur** : Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé

**Poids d'enquête** : Niveau individuel

**Méthode de normalisation selon l'âge** : Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années)** : 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 et plus

**Affectation géographique** : Province de résidence du répondant selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique** : 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation** : Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas** : Répondants qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé

Variable : CCC\_101

Réponse : Oui

**Question d'enquête :** « Avez-vous du diabète? » (CCC\_Q101)

*Remarque :* Cette question ne fait **aucune** distinction entre les différents types de diabète (type 1, type 2 et gestationnel).

Précision précédant la question : « Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé qui durent ou qui devraient durer 6 mois ou plus. »

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2003	2005	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013
<b>Pourcentage exclu*</b>	15,2	15,0	15,3	17,5	13,1	11,9

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages.

**Description de la source des données :**

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes :* L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>2</sup>.

*Taille de l'échantillon :* 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

**Références**

1. Association canadienne du diabète. About diabetes. <http://www.diabetes.ca/getmedia/71283b83-d37a-489f-bfe4-90c38ee29921/background-er-about-diabetes-english.pdf>. Modifié en 2014. Consulté le 24 septembre 2014.
2. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS). <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.

## **Indicateur : Autoévaluation de la santé mentale**

**Années de données :** 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013

**Description de l'indicateur :** Taux de personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise normalisé selon l'âge (taux par 100)

**Justification :** L'indicateur Autoévaluation de la santé mentale mesure la façon dont une personne perçoit sa propre santé mentale et permet d'estimer la proportion de la population qui est atteinte d'une forme quelconque de troubles mentaux, de détresse ou de problèmes mentaux ou émotionnels<sup>1</sup>. Au Canada, il a été démontré qu'une autoévaluation de la santé mentale passable ou mauvaise était associée à diverses mesures de morbidité mentale, notamment un trouble mental autodéclaré qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé<sup>2</sup>.

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC

**Description du dénominateur :** Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC

### Exclusions :

1. Catégories de non-réponse (« refus », « ne sait pas » et « non déclaré »)
2. Répondants des 3 territoires (puisque les données sur les quintiles de revenu ne sont pas disponibles)

**Description du numérateur :** Répondants de 18 ans et plus à l'ESCC qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise

**Poids d'enquête :** Niveau individuel

**Méthode de normalisation selon l'âge :** Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population-type canadienne de 2011

**Groupes d'âge pour la normalisation (en années) :** 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 et plus

**Affectation géographique :** Province de résidence du répondant selon le code postal dans l'ESCC

**Couverture géographique :** 10 provinces (territoires exclus)

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

**Critères de sélection des cas :** Répondants qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise

**Variable :** GENDMHI (dérivée de la variable Santé mentale perçue, GEN\_02B)

Réponses : Mauvaise, passable

**Question d'enquête :** « En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » (GEN\_Q02C)

**Pourcentage exclu, données sur le revenu manquantes :**

	2003	2005	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013
<b>Pourcentage exclu*</b>	15,1	14,8	15,2	17,4	12,9	11,8

**Remarque**

\* Le pourcentage exclu correspond à la proportion de répondants à l'ESCC qui n'ont pas indiqué leur revenu pour cet indicateur et qui sont par conséquent exclus des analyses fondées sur les quintiles de revenu rajusté autodéclaré des ménages.

**Description de la source des données :**

*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* : L'ESCC est une enquête transversale qui vise à recueillir de façon continue des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé des Canadiens habitant dans la collectivité. Les données sont recueillies principalement pour des besoins de surveillance de la santé et de recherche en santé de la population. La population cible de l'ESCC comprend les Canadiens de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus du champ de l'enquête les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées (région du Nunavik et région des Terres-Cries-de-la-Baie-James). En tout, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible<sup>3</sup>.

*Taille de l'échantillon* : 130 000 personnes (avant 2007); 65 000 personnes (à compter de 2007)

## Références

1. Statistique Canada. *Health Profile — Definitions, Sources and Symbols*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
2. Mawani FN, Gilmour H. *Validation of Self-Rated Mental Health*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2010. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11288-eng.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
3. Statistique Canada. *Canadian Community Health Survey — Annual Component (CCHS)*. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Modifié le 30 juillet 2014. Consulté le 2 février 2015.

## Indicateur : Mortalité infantile

**Années de données :** 2000 à 2002, 2005 à 2007, 2009 à 2011

*Remarque :* Aux fins de l'analyse, 3 années de données ont été regroupées (2001 = 2000 à 2002, 2006 = 2005 à 2007 et 2011 = 2009 à 2011).

**Description de l'indicateur :** Taux de mortalité chez les nourrissons de moins d'un an (pour 1 000 naissances vivantes)<sup>x</sup>

**Justification :** La mortalité infantile est un indicateur de la santé des mères, des enfants et, par extension, de la population utilisé depuis longtemps. Le taux de mortalité infantile est considéré comme un indicateur des conditions sociales et économiques d'un pays, d'une collectivité ou d'une sous-population<sup>1, 2</sup>. La mortalité infantile dépend d'un large éventail de facteurs comprenant le statut socioéconomique et le niveau de scolarité<sup>3-5</sup>, la qualité des conditions et des milieux de vie, les comportements liés à la santé ainsi que l'accessibilité à des services de santé adéquats et le recours à de tels services<sup>2, 6-9</sup>. Un taux élevé de mortalité infantile peut être révélateur de divers problèmes de santé au sein de la population.

**Sources des données :** Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès, Statistique Canada

**Facteur de subdivision du revenu :** Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada

**Description du dominateur :** Nombre total de naissances vivantes

**Description du numérateur :** Nombre total de décès de nourrissons nés vivants âgés de 364 jours ou moins

**Affectation géographique :** Province de résidence selon le certificat de décès. Les nourrissons qui naissent ou qui décèdent hors de la province ou du territoire de résidence de la mère sont inclus dans les taux de la province ou du territoire de résidence de la mère.

**Couverture géographique :** Ensemble des provinces et des territoires

**Interprétation :** Un faible taux est souhaitable.

### Description des sources de données :

*Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances :* Ce registre administratif sert à recueillir annuellement des renseignements démographiques sur toutes les naissances vivantes au Canada auprès de tous les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil. Certaines données sont également recueillies sur les naissances vivantes survenues chez des résidentes

---

x Le taux inclut toutes les naissances vivantes, y compris les nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes. Le taux de mortalité infantile peut également être présenté sans les nouveau-nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 500 grammes. On a observé qu'au fil du temps, les enregistrements de naissances vivantes avec un poids inférieur à cette valeur limite tendent à augmenter<sup>10</sup>.

du Canada dans certains États américains. Les données servent à calculer des indicateurs de base (comme des nombres et des taux) concernant les naissances de résidents canadiens<sup>11</sup> *Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès* : Ce registre administratif sert à recueillir annuellement des renseignements démographiques et médicaux (cause de décès) sur tous les décès survenus au Canada auprès de tous les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil. Les données servent à calculer des indicateurs de base (comme des nombres et des taux) concernant les décès de résidents du Canada, ainsi que des statistiques telles que les taux de décès de causes particulières et l'espérance de vie. Les causes de décès sont classées selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé<sup>12</sup>.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates*. Genève, Suisse : OMS; 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
2. Spong CY, Iams J, Goldenberg R, Hauck FR, Willinger M. Disparities in perinatal medicine: preterm birth, stillbirth, and infant mortality. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):948-955.
3. Gilbert NL, Auger N, Wilkins R, Kramer M. Neighbourhood income and neonatal, postneonatal and sudden infant death syndrome (SIDS) mortality in Canada, 1991-2005. *Can J Public Health*. 2013;104(3):e187-e192.
4. Luo Z, Wilkins R, Kramer M. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *CMAJ*. 2006;174(10):1415-1421.
5. Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, Stoltenberg C. Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998. *Int J Epidemiol*. 2004;33(2):279-288.
6. Conference Board du Canada. Infant mortality. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health/infant-mortality-rate.aspx>. Modifié en 2012. Consulté le 16 janvier 2013.
7. Organisation de coopération et de développement économiques. *"Infant Mortality" in OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. Paris, France : Éditions OCDE; 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-96-en>.
8. Reidpath D, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:344-346.
9. Organisation mondiale de la santé. *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional, Global Estimates*. Genève, Suisse : OMS; 2006. [http://Whqlibdoc.Who.Int/Publications/2006/9241563206\\_Eng.Pdf](http://Whqlibdoc.Who.Int/Publications/2006/9241563206_Eng.Pdf).
10. Statistique Canada. Table 102-0030: Infant mortality, by sex and birth weight, Canada, provinces and territories. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=1020030>. Modifié le 24 septembre 2013. Consulté le 23 juin 2015.

11. Statistique Canada. Vital Statistics — Birth Database. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3231>. Modifié le 21 mai 2014. Consulté le 2 février 2015.
12. Statistique Canada. Vital Statistics — Death Database. <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233>. Modifié le 24 septembre 2013. Consulté le 2 février 2015.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-455-9 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définition des indicateurs, révisé en avril 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Trends in Income-Related Health Inequalities in Canada: Indicator Definitions, revised April 2016*.

ISBN 978-1-77109-454-2 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 602  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006

