



Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada — disponibilité des données

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

Table des matières

1	Disponibilité des données	1
1.1	Intrants qui relèvent du système de santé.....	1
1.1.1	Régions sanitaires	1
1.1.2	Dépenses de santé.....	2
1.1.3	Ressources humaines de la santé (ICIS).....	4
1.1.4	Biens d'infrastructure et fournitures médicales (ICIS)	7
1.2	Intrants qui ne relèvent pas du système de santé.....	8
1.2.1	Déterminants non médicaux de la santé (Statistique Canada)	8
1.2.2	Caractéristiques de la collectivité (Statistique Canada)	8
1.3	Extrants du système de santé	9
1.3.1	Résultats pour la santé.....	10
1.3.2	Performance du système de santé.....	12
	Références.....	15

1 Disponibilité des données

Le présent document fournit de l'information exhaustive sur les sources de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada dont peuvent tirer parti les intervenants pour analyser l'efficacité du système de santé. Présenté sous forme de guichet unique, il renseigne sur les indicateurs clés de la santé et des systèmes de santé au Canada à l'échelle provinciale, territoriale et régionale. Il souligne également les points forts et les limites des données et des sources de données, en plus d'expliquer les divergences entre les définitions et les processus de collecte de données en vigueur au sein des provinces et territoires canadiens. Il décrit en outre les écarts de données que peut entraîner la mise à jour continue des bases de données.

Le document est articulé selon la structure suivante. La section 1 présente les intrants du système de santé, ceux notamment liés aux effectifs (comme les médecins et le personnel infirmier) et aux biens d'infrastructure (comme les lits d'hôpital). Elle présente également un survol des intrants sur le plan financier, par exemple, les dépenses de santé. La section 2 examine les déterminants non médicaux de la santé. Elle contient de l'information sur la densité de la population, le taux de chômage, le revenu, la population d'immigrants ainsi que sur les modes de vie et les comportements modifiables, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et les problèmes d'obésité. La section 3 analyse les extrants et les résultats du système de santé.

1.1 Intrants qui relèvent du système de santé

1.1.1 Régions sanitaires

Les régions sanitaires sont des secteurs géographiques définis à l'échelle provinciale, à l'égard desquels les régies régionales de la santé et les conseils d'administration des hôpitaux assument des responsabilités administratives. Or, ces régions ont progressé au fil du temps. Elles comptent des unités déclarantes différentes et leurs responsabilités ont une portée qui peut varier selon la province ou le territoire. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, les régies régionales de la santé (RRS) assurent la planification et la prestation des services de santé, mais la soumission de données peut aussi être effectuée à l'échelle des zones. L'Ontario a pour sa part constitué des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et des bureaux de santé publique. Cela dit, la plupart des régions sanitaires représentent des autorités sanitaires¹.

Les données de Statistique Canada concernant certaines régions sanitaires situées au nord sont parfois combinées à des fins de diffusion. On évite ainsi de les supprimer en raison de leur petit nombre ou de leur incidence sur la qualité des données, vu la faible taille de l'échantillon. Au Manitoba, on procède ainsi pour les données de deux offices régionaux de la santé, soit l'Office régional de la santé de Burntwood et l'Office régional de la santé de Churchill, alors qu'en Saskatchewan, on regroupe les données de trois régions, soit celles de l'Autorité sanitaire régionale Keewatin Yatthé, de la Région sanitaire Mamawetan Churchill River et de l'Autorité sanitaire Athabasca².

Il est possible d'établir un lien entre les régions sanitaires et les unités géographiques de recensement, et vice-versa, grâce aux fichiers de correspondances mis au point par Statistique Canada³. Ces fichiers permettent en effet d'établir une correspondance entre les limites géographiques des régions sanitaires en vigueur en 2007 et les unités géographiques de recensement utilisées en 2006 et en 2001. Il est également possible de lier les données renfermant des codes postaux complets à des régions sanitaires en utilisant d'abord le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada pour établir une correspondance entre le code postal et l'unité géographique de recensement, et ensuite d'utiliser les fichiers de correspondance pour lier ces unités géographiques aux régions sanitaires¹. À la suite de chaque recensement, le FCCP fonctionne selon la nouvelle géographie de recensement pour une période de cinq ans. Le fichier est périodiquement mis à jour afin de tenir compte des changements continus en matière de code postal. Statistique Canada diffuse par ailleurs une nouvelle version du FCCP tous les six mois. La plus récente version comprend les codes postaux en vigueur au mois de mai 2011⁴. Les estimations fondées sur des versions différentes du fichier peuvent présenter de légères différences. D'autres renseignements sur les méthodologies et les limites relatives aux fichiers de correspondance et au FCCP figurent dans la documentation connexe de Statistique Canada^{1,4}.

1.1.2 Dépenses de santé

Dépenses de santé des provinces et territoires (ICIS)

La Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) fournit de l'information sur les macro-dépenses de santé au Canada. Les données de la BDDNS proviennent principalement de sources publiques, telles que les comptes publics provinciaux et territoriaux, les rapports annuels des ministères de la Santé, les rapports de l'industrie de l'assurance privée et Statistique Canada. La BDDNS comprend également des données sur les dépenses de soins de santé touchant les activités dont le principal objectif consiste à améliorer ou à préserver l'état de santé. Les données sur les dépenses de santé sont réparties selon la source de financement et l'affectation des fonds. Les données sur les dépenses du secteur public et sur celles du secteur privé sont toutes deux accessibles. Les dépenses publiques de santé peuvent également être triées par caisse de sécurité sociale. L'affectation des fonds est regroupée selon neuf grandes catégories de dépenses : hôpitaux, autres établissements, médecins, autres professionnels, médicaments, biens d'infrastructure, santé publique, administration et autres dépenses de santé⁵.

Les dépenses annuelles de santé totales sont disponibles à partir de 1975. Toutefois, comme les données de la BDDNS sont saisies à un niveau agrégé, aucune donnée régionale n'est disponible ni ne peut être calculée à partir des données de la BDDNS. Pour leur part, les données du secteur privé sont réparties selon les dépenses directes, l'assurance privée et les dépenses autres que la consommation à compter de l'année 1988⁵.

Coût des consultations médicales (ICIS)

La Base de données nationale sur les médecins (BDNM) contient de l'information sur la rémunération à l'acte en fonction de la spécialité médicale. Les provinces et les territoires soumettent des données sur les demandes de paiement des médecins, ainsi que les caractéristiques démographiques des médecins et des patients qui s'y rapportent. La population visée comprend seulement les personnes admissibles aux services médicaux remboursés par les provinces et les territoires et non les personnes bénéficiant d'une couverture au titre de programmes fédéraux d'assurance maladie. De plus, les données excluent certaines catégories de personnes assurées en vertu d'autres programmes publics, par exemple, les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux et provinciaux⁶. Ces personnes représentent près de 1 % de la population totale^{6,7}.

En plus de la rémunération à l'acte, les provinces et les territoires sont dotés de programmes relatifs à d'autres modes de paiement qui leur permettent de rémunérer directement les médecins en vertu d'autres modalités. Ces autres modes de paiement peuvent viser un aspect clinique (comme une rémunération selon un salaire ou un taux horaire) ou non clinique (comme les incitatifs pour le travail en milieu rural et les avantages sociaux). Ainsi, l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut, soumet des données agrégées sur les autres modes de paiement. Ces données peuvent ensuite être réparties selon les spécialités médicales, sauf celles de l'Alberta, du Yukon et du Nunavut. L'Ontario n'ayant pas soumis de données sur les autres modes de paiement pour l'exercice 2001, et le Manitoba pour les exercices 2001 à 2003, une estimation de ces données a pu être établie à partir de la BDDNS de l'ICIS⁶.

Pour leur part, les territoires n'ont pas soumis de données sur les paiements à l'acte ni sur les autres modes de paiement pour la plupart des exercices : il manque les données du Nunavut pour les exercices 1999 à 2009, du Yukon pour les exercices antérieurs à 2001 et des Territoires du Nord-Ouest pour les exercices antérieurs à 2003⁶.

Les données de la BDNM permettent par ailleurs la création de statistiques infraprovinciales. Le niveau de précision géographique varie toutefois d'une province et d'un territoire à l'autre puisque certains fournissent le code postal complet, certains le code de la région du tri d'acheminement (RTA) et d'autres le code de la région métropolitaine de recensement (RMP).

Information financière relative aux hôpitaux (ICIS)

La Base de données canadienne SIG (BDCS) contient de l'information financière issue des hôpitaux. L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut, transmet des données à l'égard de tous les hôpitaux financés par le secteur public. Au Québec, les données ne sont toutefois pas recueillies selon les Normes SIG. Il faut donc effectuer une mise en correspondance des données pour être en mesure de calculer certains indicateurs financiers. Par ailleurs, certains hôpitaux privés ne soumettent pas de données à la BDCS. Cette omission doit donc être prise en compte au moment de l'évaluation de la qualité des données. Les taux de réponse des exercices 1995-1996 et 1996-1997 étaient plus faibles que ceux de l'exercice 1997-1998, année où ils ont commencé à augmenter. Toutefois, certains établissements n'ont pas soumis des fichiers de données complets. En 2009, les hôpitaux des provinces et territoires déclarants ont tous, sans exception, transmis des données à la BDCS. Les codes postaux des hôpitaux font l'objet d'une collecte et servent à calculer les estimations régionales⁸.

Coût par cas pondéré (ICIS)

Le coût par cas pondéré (CPCP) est une mesure de la rentabilité relative d'un établissement par rapport à sa capacité à fournir des soins de courte durée aux patients hospitalisés. Pour calculer le CPCP, il faut diviser les dépenses totales de l'hôpital en soins de courte durée pour patients hospitalisés par le nombre total de cas pondérés de patients hospitalisés qui ont obtenu des soins de courte durée. Le numérateur de la statistique CPCP, c'est-à-dire le coût des soins aux patients hospitalisés, est calculé à l'aide des données que les provinces et les territoires ont recueillies à l'échelle de l'hôpital et soumises à la BDCS. Le dénominateur de la statistique CPCP, soit le nombre total de cas pondérés, est établi par l'ICIS à l'aide de données issues de la Base de données sur les congés des patients (BDPC). On calcule les valeurs des régions sanitaires en divisant la somme des numérateurs de tous les hôpitaux de la région sanitaire par la somme des dénominateurs de tous les hôpitaux de la région sanitaire⁸. Le nombre de cas pondérés est pour sa part établi à l'aide des méthodologies de regroupement GMA+, lesquelles sont mises à jour chaque année. Les indicateurs des cas pondérés ne sont disponibles que pour une période de cinq ans à l'égard d'une année de la méthodologie GMA+ donnée. Par conséquent, le CPCP ne peut faire l'objet d'une comparaison que sur une période de cinq ans.

Plusieurs facteurs restrictifs doivent être pris en compte lorsqu'on interprète les résultats de l'indicateur du CPCP. Par exemple, les coûts de la main-d'œuvre, qui comptent pour une bonne part du numérateur du CPCP, varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre. Par ailleurs, les coûts ont également tendance à fluctuer selon le type d'établissement⁸.

1.1.3 Ressources humaines de la santé (ICIS)

La Base de données sur le personnel de la santé (BDPS) et les bases de données visant une profession précise fournissent de l'information sur les ressources humaines de la santé. La BDPS contient des données sur les tendances relatives aux effectifs de 24 professions de la santé réparties par province et territoire. Les années de données et le caractère exhaustif de la couverture géographique varient toutefois selon les professions. Par ailleurs, aucune statistique régionale ne peut être calculée puisque la BDPS ne renferme pas de données individuelles à l'échelle de l'enregistrement ni d'information sur les codes postaux¹⁰.

Les bases de données visant une profession précise contiennent de l'information sur la main-d'œuvre, les caractéristiques démographiques et géographiques, la formation et le statut d'emploi des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des technologues en radiation médicale et des technologues de laboratoire médical. Les bases de données qui concernent les médecins et les infirmières couvrent un plus grand nombre d'années de données. Certaines des autres bases de données visant une profession précise renferment toutefois des données pouvant remonter à 2006. Quant à la couverture géographique, elle varie d'une base de données à une autre¹¹⁻¹⁷.

Médecins^{11, 18} (ICIS)

Trois méthodes permettent de mesurer les effectifs médicaux. La première consiste à calculer le nombre de diplômés en médecine¹⁹. Cette méthode ne permet toutefois pas d'établir une correspondance entre les médecins et les régions sanitaires, puisque les diplômés ne travaillent pas nécessairement dans la région sanitaire où ils ont étudié. La deuxième méthode consiste à utiliser la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) afin de réunir de l'information sur les caractéristiques démographiques des médecins, ainsi que sur leur niveau d'activité au sein du système de soins médicaux du Canada. Les renseignements sur le niveau d'activité portent notamment sur le nombre de médecins équivalents temps plein. Ce nombre se fonde uniquement sur les données visant la rémunération à l'acte. Le calcul ne tient donc pas compte des modes de rémunération autres que les paiements à l'acte, puisque cette information n'est pas soumise par l'ensemble des provinces et territoires. La troisième méthode consiste à utiliser la Base de données médicales Scott's (BDMS) qui renseigne sur les médecins actifs œuvrant dans un contexte clinique ou non clinique (par exemple, activités de recherche ou d'enseignement universitaire) et détenant un titre de docteur en médecine et une adresse postale valide (la validité est établie lorsque les documents acheminés par la Base de données Scott's ne sont pas retournés à l'expéditeur). Elle ne comporte toutefois aucune donnée sur les résidents, les médecins militaires, les médecins retraités ou les médecins semi-retraités. Or, les résidents représentaient 7 % de tous les médecins en 2010. Nous proposons donc d'utiliser cette base de données pour estimer l'efficacité des services de santé.

Les données de la BDMS sont réparties en deux catégories : les médecins en médecine familiale et les médecins spécialistes. Les médecins en médecine familiale comprennent les omnipraticiens (les médecins, à l'exclusion des internes et des résidents, qui ne sont pas agréés dans une spécialité médicale au Canada) et les spécialistes en médecine familiale et en médecine familiale d'urgence. Les médecins spécialistes comprennent les médecins qui sont agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou le Collège des médecins du Québec (CMQ). Certaines provinces et certains territoires prennent également en compte des données sur les spécialistes non agréés : c'est le cas de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador depuis 2004, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et du Yukon depuis 2007, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard depuis 2009 et de l'Alberta depuis 2010.

Le code postal à six caractères lié à l'adresse postale principale du médecin permet d'associer le médecin à une région sanitaire.

Infirmières¹² (ICIS)

La Base de données sur les infirmières et les infirmiers contient des renseignements sur tous les membres du personnel infirmier réglementé inscrit comme membre actif au sein d'une province ou d'un territoire. Les données recueillies sont réparties selon trois catégories : les infirmières autorisées (IA, y compris les infirmières praticiennes), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA).

Les données soumises concernent les IA qui dispensent des soins directs et proviennent de divers domaines de responsabilité, notamment des soins médicaux et chirurgicaux, des soins psychiatriques et de santé mentale, des soins pédiatriques, des soins à la mère et au nouveau-né, des soins gériatriques et de longue durée, des soins intensifs, des soins de santé communautaire, des soins ambulatoires, des soins à domicile, des soins en milieu professionnel, des soins dispensés en salle d'opération, des soins infirmiers liés à divers domaines cliniques, des soins oncologiques, des soins en réadaptation, des soins de santé publique, la télésanté et d'autres types de soins aux patients. Les IA dispensant des soins directs représentaient 89,3 % des effectifs d'IA en 2010, leur proportion variant de 91,6 % en Alberta à 86,8 % au Manitoba. Les autres IA, soit 10,7 % des effectifs, œuvraient pour leur part dans les domaines de l'administration, de l'éducation et de la recherche.

En ce qui concerne le lieu de travail, 63 % des IA travaillaient en milieu hospitalier en 2010 (cette proportion variait de 67,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 38,4 % dans les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut), alors que 14 % exerçaient dans le domaine de la santé communautaire et 9,6 % dans les centres de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée.

Les données sur le code postal et le FCCP de Statistique Canada ont permis de relier les effectifs infirmiers réglementés aux régions sanitaires. Le code postal à six caractères de l'employeur (lieu de travail) a d'abord servi à établir cette correspondance. Lorsque ce code ne figurait pas dans les données ou était inexact, le code postal résidentiel (à six caractères) de l'infirmière ou de l'infirmier était alors utilisé.

Équivalents temps plein du personnel des établissements de soins en hébergement (Statistique Canada)

L'enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (ESBI) de Statistique Canada permet de connaître le nombre d'employés à temps plein et à temps partiel des établissements de soins en hébergement, en date du dernier jour de l'exercice financier. Dans l'ensemble des provinces et territoires, l'enquête vise les établissements de soins en hébergement comprenant quatre lits et plus et offrant au moins un des cinq types de soins (services de consultation, soins de garde, services de surveillance, soins personnels et soins infirmiers) à au moins un résident. Les établissements qui dispensent principalement des traitements médicaux actifs ne sont pas pris en compte²⁰. Les établissements soumettent de l'information dans le cadre de l'enquête sur les ESBI. Les taux de réponse varient selon les années, les provinces et le type de soins. Entre 1984 et 1999 (à l'exception de 1994 et de 1995, années où le sondage n'a pas été réalisé), le taux de réponse global s'élevait à plus de 70 %, mais depuis 2000, il atteint plus de 80 %. Les données ajustées en fonction de la non-réponse sont disponibles à compter de 1984²¹. Les adresses des établissements sont par ailleurs recueillies et peuvent servir à établir des statistiques régionales. Certains déclarants ne soumettent toutefois qu'un seul questionnaire pour plusieurs établissements possiblement situés dans des régions sanitaires distinctes (C. Sanmartin et B. Augustin, Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada, communication écrite, février 2012).

1.1.4 Biens d'infrastructure et fournitures médicales (ICIS)

La Base de données canadienne SIG (BDCS) contient de l'information sur le nombre de lits d'hôpital, notamment de lits d'enfant et de berceaux, dotés de personnel et disponibles à des fins de prestation de services⁸. La définition et l'interprétation de « disponibles et dotés de personnel » différaient quelque peu avant 2006, c'est pourquoi le dénombrement des lits d'hôpitaux est plus fiable et exact à compter de cette date.

L'Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale fournit de l'information sur 10 types précis d'équipement d'imagerie et de traitement, comme les appareils de tomodensitométrie (TDM) et ceux d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ces données proviennent d'établissements privés et publics détenant au moins l'un des sept types d'équipement qui figuraient dans la première enquête réalisée en 2003. Les données annuelles visant le nombre et le type d'appareils, l'année d'installation et l'adresse de l'établissement et le code postal associés à chaque appareil sont compilées depuis 2003. Des données sur le nombre moyen d'heures d'utilisation par semaine sont recueillies pour chaque appareil depuis 2004. Il est en outre possible de connaître le nombre total d'exams effectués à l'échelle de l'établissement en ce qui concerne certains types d'imagerie, notamment la TDM et l'IRM, pour l'année 2006. Des renseignements à l'égard de la région sanitaire ont également été saisis à l'échelle de l'établissement. Or, depuis 2003, bon nombre de ministères provinciaux de la Santé ont restructuré leurs régions sanitaires, causant ainsi de possibles répercussions sur les résultats des régions sanitaires pour les années ultérieures²².

La base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) contient de l'information sur les demandes de remboursement de médicaments soumises aux régimes publics d'assurance-médicaments de certaines provinces. Elle tient compte des demandes de remboursement de médicaments approuvées par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments à des fins de remboursement ou de crédit appliqué à une franchise. L'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse transmettent des données au SNIUMP depuis 2002 et l'Île-du-Prince-Édouard, depuis 2005. Les demandes liées à certains régimes publics d'assurance-médicaments offerts dans ces provinces ne sont toutefois pas soumises au SNIUMP²³. Pour sa part, l'Ontario a commencé à soumettre des données au SNIUMP en 2011²⁴.

L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada fournit de l'information sur le pourcentage de la population ayant reçu un vaccin contre la grippe²⁵. Elle contient des données sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation des soins de santé issues d'un vaste échantillon de répondants. Cette collecte de données vise le calcul d'estimations fiables à l'échelle régionale. La population cible comprend tous les Canadiens âgés de 12 ans et plus, à l'exception des membres des Forces canadiennes, des personnes vivant en institution, des habitants des réserves indiennes et des résidents de certaines régions éloignées. Il est possible de consulter les données de l'ESCC réalisée en 2000-2001, en 2003 et en 2005, et de celle réalisée tous les ans à compter de 2007. Les données identifiables ont fait l'objet d'une suppression²⁶. Certaines régions sanitaires peu peuplées ont été combinées afin de minimiser la suppression de données²⁵. Les données régionales qui ont été diffusées pour l'exercice 2000-2001 sont fondées sur les limites géographiques des régions sanitaires telles qu'elles étaient établies en 2000²⁷.

1.2 Intrants qui ne relèvent pas du système de santé

1.2.1 Déterminants non médicaux de la santé (Statistique Canada)

Les déterminants non médicaux de la santé sont des facteurs qui ne relèvent pas du système de santé, mais que l'on sait toutefois influencer sur la santé. Les indicateurs de la santé qui font partie de cette dimension sont classés en quatre groupes : les comportements liés à la santé, les conditions de vie et de travail, les ressources personnelles et les facteurs environnementaux. Statistique Canada peut fournir des données sur ces indicateurs²⁸.

Les données de l'ESCC renseignent sur les comportements liés à la santé, les ressources personnelles et les facteurs environnementaux. Les indicateurs de comportements liés à la santé comprennent la mesure du tabagisme, de la consommation abusive d'alcool, de l'activité physique, de la consommation de fruits et légumes et du port d'un casque de vélo. Pour leur part, les indicateurs de ressources personnelles intègrent la mesure du sentiment d'appartenance à la collectivité et la satisfaction de vivre, alors que les indicateurs des facteurs environnementaux mesurent l'exposition à la fumée secondaire²⁵.

Les données sur les conditions de vie et de travail proviennent d'une multitude d'enquêtes réalisées par Statistique Canada. L'ESCC renferme de l'information sur l'insécurité alimentaire des ménages²⁹, alors que le Programme de la déclaration uniforme de la criminalité de Statistique Canada renseigne sur les incidents criminels. Il est en effet possible de connaître le nombre d'incidents criminels et le taux par tranche de 100 000 habitants associés à une province ou un territoire, ainsi qu'à une région métropolitaine de recensement³⁰.

L'information sur le niveau d'étude atteint, le revenu, le chômage de longue durée et l'abordabilité des logements est calculée à partir des données de recensement. Ces mesures sont disponibles à l'échelle provinciale et régionale³¹. Par ailleurs, l'Enquête sur la population active réunit des données sur le taux de chômage à l'échelle provinciale et régionale³². Le taux de chômage mesure la proportion de la population active âgée de 15 ans et plus qui n'a pas occupé d'emploi pour une période de référence d'une semaine, alors que le taux de chômage de longue durée détermine la proportion de cette population qui n'a pas occupé d'emploi pour une période de deux ans³³.

1.2.2 Caractéristiques de la collectivité (Statistique Canada)

Les indicateurs liés aux caractéristiques de la collectivité fournissent de l'information contextuelle de premier plan²⁸. Les données de recensement permettent de déterminer les caractéristiques de la collectivité, notamment la densité de la population, la population autochtone, la population immigrante, les minorités visibles et les familles monoparentales. Le rapport de dépendance, c'est-à-dire le rapport entre l'ensemble de la population âgée de 18 ans et moins et de 65 ans et plus et la population âgée de 20 à 64 ans, ainsi que les estimations visant la population sont calculés au moyen des données de recensement et des données administratives portant sur les naissances, les décès et la migration³³. Ces indicateurs peuvent être établis à l'échelle provinciale, territoriale et régionale³¹.

1.3 Extrants du système de santé

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) permettent de déterminer le volume de sorties d'hôpital et la durée totale ou moyenne des séjours à l'hôpital. Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, soumettent des données sur les sorties des patients hospitalisés en soins de courte durée à la BDCP. Les données du Québec sur les sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée sont soumises à la BDMH³⁴.

Les données versées à la BDCP depuis 1990 sont facilement accessibles. Toutefois, certaines provinces ne soumettaient pas de données à la BDCP au début des années 1990. C'est le cas de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Nouvelle-Écosse qui ont commencé leurs soumissions en 1995, de la Saskatchewan et de l'Île-du-Prince-Édouard qui ont commencé en 1998 et du Manitoba qui a commencé en 2004 (seuls les établissements de Winnipeg soumettaient leurs données avant cette date). En 2004, un nouvel élément de données, soit le code de type d'établissement analytique, a été mis en œuvre afin de déterminer le niveau de soins réel des établissements déclarants. Cet élément de données doit servir à identifier les sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée dans les données de la BDCP. Le code postal complet des patients est par ailleurs saisi dans la BDCP³⁴.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soumet quant à lui des données sur les sorties de patients hospitalisés à la BDMH. Ces données sont ensuite intégrées à celles sur les soins de courte durée de la BDCP afin de créer une base de données nationale sur les sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée. Avant 2004, le Manitoba soumettait également les données sur les sorties de patients hospitalisés en soins de courte durée en provenance de tous ses établissements de soins de courte durée à la BDMH. Avant 1998, les ministères provinciaux de la Santé s'occupaient de transmettre à la BDMH les données des provinces qui ne participaient pas à la BDCP. Le Nunavut n'a versé aucune donnée à la BDCP ni à la BDMH pour l'exercice 2002. Par ailleurs, le Québec ne fournit pas le code postal complet des patients à la BDMH, mais seulement le code de la région du tri d'acheminement, c'est-à-dire les trois premiers caractères du code postal. Un code de région attribué par le ministère accompagne toutefois les données sur les résidents du Québec depuis 2006-2007³⁵.

La BDCP et le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) contiennent de l'information sur les chirurgies d'un jour. Les établissements valides de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba, de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et des territoires soumettent leurs données sur les chirurgies d'un jour à la BDCP, alors que l'Ontario les transmet au SNISA. Avant l'exercice 2003-2004, l'Ontario versait ses données sur les chirurgies d'un jour à la BDCP. Certains établissements de la Nouvelle-Écosse transmettent des données sur les chirurgies d'un jour à la BDCP alors que d'autres les soumettent au SNISA. Depuis 2010, l'Alberta verse toutes ses données sur les chirurgies d'un jour au SNISA^{34, 36}. Les données relatives aux exercices antérieurs figurent toutefois dans l'Alberta Ambulatory Care Reporting System (AACRS) du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta^{37, 38}. En ce qui concerne le Québec, les données sur les chirurgies d'un jour sont accessibles au moyen du fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO)³⁵.

Le SNISA fournit également de l'information sur les visites au service d'urgence. En 2010-2011, l'Ontario, l'Alberta et le Yukon ont versé toutes leurs données sur les visites au service d'urgence au SNISA, alors que les établissements de la Saskatchewan, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba ne les ont pas tous transmises³⁹. Les données sur les visites au service d'urgence issues de l'Alberta et portant sur les exercices antérieurs à 2010 figurent par ailleurs dans l'Alberta Ambulatory Care Reporting System^{37, 38}.

Les données de la BDNM renseignent sur le nombre de services dispensés en fonction de la spécialité médicale. La BDNM porte sur 17 regroupements de spécialités répartis en trois grandes catégories : médecine familiale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales. Il est également possible de connaître le nombre de services dispensés au sein de chaque catégorie du Système de groupement national. Il manque des données à ce titre, tout comme pour le coût des consultations médicales : celles qui concernent le Nunavut pour les exercices 1999 à 2009, le Yukon pour les exercices antérieurs à 2001 et les Territoires du Nord-Ouest pour les exercices antérieurs à 2003. Il est possible d'établir des statistiques infraprovinciales, mais le niveau de précision géographique varie toutefois d'une province et d'un territoire à l'autre.

L'enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (ESBI) de Statistique Canada contient de l'information sur les bénéficiaires de soins de longue durée en hébergement. Le nombre total de résidents correspond au nombre de résidents qui figurent aux dossiers à la fin de l'année de déclaration⁴⁰.

1.3.1 Résultats pour la santé

État de santé

Les indicateurs sur l'état de santé renseignent sur la santé de la population. Ils sont répartis en quatre catégories : bien-être, problèmes de santé, fonction humaine et décès²⁸.

Indicateurs de bien-être (Statistique Canada)

La santé perçue est une mesure de l'état de santé global obtenue par autodéclaration. La proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré percevoir son état de santé comme étant très bon ou excellent est donc utilisée comme indicateur de bien-être. Les données de l'ESCC fournissent de l'information sur la santé perçue³³.

Indicateurs de problèmes de santé (Statistique Canada)

L'ESCC présente des données sur certains problèmes de santé, notamment le diabète et l'hypertension. Les données sur l'incidence du cancer figurent plutôt dans le Registre canadien du cancer de Statistique Canada³³. Des données régionales, fondées sur les limites géographiques des régions sanitaires en vigueur en 2005, renseignent sur l'incidence du cancer en fonction de certains sièges de cancer pour les exercices 2001 à 2003⁴¹. L'enquête Statistique de l'état civil — Base de données sur les naissances de Statistique Canada fournit par ailleurs de l'information sur les indicateurs liés aux naissances, notamment les nouveau-nés de faible poids à la naissance et les naissances prématurées³³. Il est possible d'accéder à des données régionales portant sur des moyennes triennales pour les périodes allant de 2000 à 2002, et de 2005 à 2007. Les données de certaines régions sanitaires peu peuplées sont combinées afin de minimiser la suppression de données⁴².

Indicateurs de la fonction humaine

La mesure de l'espérance de vie porte sur les années de vie uniquement et non sur la qualité de vie. Elle peut faire l'objet d'un rajustement afin de tenir compte de la qualité de vie. L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) représente le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut s'attendre à vivre en bonne santé. Elle reflète les statistiques sur la morbidité et la mortalité. On se sert de l'indice de l'état de santé (IES) pour attribuer un poids plus élevé aux années vécues en bonne santé qu'à celles vécues en mauvaise santé. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) correspond au nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut s'attendre à vivre sans limitation d'activité. Seules les années vécues sans aucune limite d'activité sont prises en compte. Pour sa part, l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité (EVAI) constitue un indice composite de la mortalité et de l'état de santé. L'état de santé est réparti en quatre catégories, qui vont d'un état ne présentant aucune limitation d'activité à un état nécessitant l'hébergement dans un établissement de soins de santé. Des pondérations supérieures sont attribuées aux années vécues dans un meilleur état de santé³³.

Les données issues de l'enquête Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès, de l'ESCC, de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et des recensements de Statistique Canada permettent de calculer l'EVAS. Seules les données provinciales ont fait l'objet d'une diffusion en ce qui concerne l'EVAS⁴⁶. Les enquêtes Statistique de l'état civil — Bases de données sur les décès et sur les naissances, les estimations de la population provenant de la Division de la démographie et les données de recensement de Statistique Canada servent en outre à établir l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité (EVAI). Il est possible de consulter des données compilées à l'échelle régionale pour l'exercice 1996, mais celles-ci sont fondées sur les anciennes limites géographiques des régions sanitaires⁴⁷⁻⁴⁹.

La mesure de la santé fonctionnelle et la mesure de la participation et de la limitation des activités constituent des indicateurs de la fonction humaine, au même titre que l'EVAS, l'EVSI et l'EVAI. L'information sur ces deux indicateurs peut être tirée des données de l'ESCC³³. La santé fonctionnelle, établie comme étant très bonne ou parfaite, est fondée sur l'indice de l'état de santé (IES). Il est possible d'obtenir des données sur la santé fonctionnelle à compter de 2009²⁵. Les données sur la limitation des activités tirées de l'ENSP et de l'ESCC ne sont pas comparables puisqu'elles s'appuient sur des catégories de questions et de réponses différentes³³.

Indicateurs de décès (Statistique Canada)

L'enquête Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès de Statistique Canada, ainsi que les estimations de la population établies par sa Division de la démographie, servent à calculer les décès, toutes causes confondues, l'espérance de vie et les années potentielles de vie perdues (APVP). Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est présenté sous forme de taux brut et de taux normalisé selon l'âge de décès pour 100 000 habitants. L'espérance de vie représente le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut s'attendre à vivre. Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) désigne le nombre d'années qu'une personne décédée avant l'âge de 75 ans n'a pas vécues. Présenté sous forme de taux pour 100 000 habitants, on le calcule en prenant l'âge médian de chaque groupe d'âge, et en soustrayant cet âge de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus

au sein de ce groupe d'âge selon le sexe et la cause de décès³³. Il est possible d'accéder à des données régionales portant sur des moyennes triennales pour les périodes allant de 2000 à 2002, et de 2005 à 2007. Les données de certaines régions sanitaires peu peuplées sont combinées afin de minimiser la suppression de données^{43, 44}.

Les enquêtes Statistique de l'état civil — Bases de données sur les naissances, sur les décès et sur les mortinaissances de Statistique Canada peuvent fournir de l'information sur la mortalité infantile et la mortalité périnatale. La mortalité infantile est la mesure du décès chez les nourrissons de moins d'un an. Elle est présentée sous forme de nombre ou de taux de décès pour 1 000 naissances. La mortalité périnatale est la mesure de la mortinaissance chez les fœtus de 28 semaines de gestation ou plus et du décès chez les nouveau-nés de moins d'une semaine³³. Les données régionales portant sur des moyennes triennales font l'objet d'une suppression en raison d'exigences de confidentialité⁴⁵.

1.3.2 Performance du système de santé

Certains indicateurs de santé représentant la dimension de performance du système de santé utilisent des données sur les hospitalisations. Citons notamment les indicateurs des temps d'attente, de la mortalité hospitalière et du taux de réadmission.

Indicateurs

Temps d'attente (ICIS)

Le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche est une mesure de l'accessibilité. De longs temps d'attente peuvent traduire un manque de ressources pour ce type de chirurgie. Les données de la BDCP permettent de calculer les temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec où la collecte de données est menée différemment⁵⁰.

Depuis 2009, la BDCP recueille de l'information sur l'heure de début des interventions. Le temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche est donc calculé en fonction du nombre d'heures qui se sont écoulées entre l'admission et le début de la chirurgie. Pour ce qui est des exercices antérieurs, l'indicateur ne peut être établi qu'en fonction des jours⁵⁰. En utilisant une méthodologie modifiée, fondée sur les jours, il a été possible de calculer les temps d'attente au Québec, en Ontario et en Alberta pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche en tenant compte de la date d'admission au service d'urgence et de la date de la chirurgie. Il faut toutefois disposer des données issues du service d'urgence pour utiliser cette méthodologie. Étant donné que certaines provinces ne transmettent pas de données exhaustives sur les services d'urgence à l'ICIS, cette méthodologie ne peut servir à établir les temps d'attente pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche dans toutes les provinces⁵¹.

Les provinces soumettent des données sur les temps d'attente à l'ICIS depuis 2008. Ces données sont axées sur cinq domaines prioritaires, notamment l'oncologie (radiothérapie), la cardiologie (pontage aortocoronarien), l'imagerie diagnostique (IRM et TDM), les remplacements articulaires (arthroplastie totale de la hanche et du genou) et la restauration de la vue (chirurgie de la cataracte). Des définitions convenues s'appliquent à l'indicateur associé à chaque domaine. Les données provinciales sur les temps d'attente médians et du 90^e percentile et sur le

pourcentage de respect du délai de référence sont recueillies, s'il y a lieu (radiothérapie, arthroplastie de la hanche et du genou, pontage aortocoronarien, chirurgie de la cataracte), à l'égard de chaque indicateur. En raison de difficultés liées à la collecte et à la déclaration de données, il se pourrait que certaines provinces n'aient pas systématiquement respecté les définitions établies à l'égard de certains indicateurs de temps d'attente. Par ailleurs, les provinces ne transmettent pas toutes des données pour l'ensemble des indicateurs. Pour obtenir un complément d'information, veuillez consulter le rapport *Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province* que publie l'ICIS chaque année⁵².

Le SNISA et la BDCP contiennent de l'information sur les temps d'attente dans les services d'urgence. Les données du SNISA permettent de calculer le délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin, mesuré à partir de l'heure d'inscription ou de triage du patient et l'heure à laquelle le patient a été évalué par un médecin du service d'urgence pour la première fois. L'heure à laquelle le patient a été vu par le médecin pour la première fois n'est recueillie que depuis 2003. En 2003, cet élément de données a été omis dans environ 25 % des abrégés de visite au service d'urgence, y compris les cas où le patient a quitté les lieux avant de voir le médecin⁵³. En 2010, 8,2 millions d'abrégés ont été versés au SNISA, ce qui représente 51,8 % de toutes les visites dans les services d'urgence du Canada³⁹.

Les données de la BDCP permettent quant à elle de calculer le temps d'attente pour un lit, mesuré à partir de l'heure à laquelle la décision d'hospitaliser le patient a été prise par un professionnel de la santé autorisé et l'heure à laquelle le patient quitte le service d'urgence. Pour calculer cet indicateur, il faut donc connaître la date et l'heure auxquelles le patient a quitté le service d'urgence⁵⁴. La collecte de ces éléments de données est obligatoire dans certaines provinces déclarantes, notamment Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique³⁴. Les données que l'ICIS reçoit du Québec à l'égard des patients hospitalisés ne suffisent pas à identifier les patients admis à partir du service d'urgence⁵⁴.

Mortalité hospitalière (ICIS)

Les données de la BDCP permettent de calculer les indicateurs de mortalité hospitalière. Citons notamment l'indicateur de la mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) et l'indicateur de la mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC). Dans les deux cas, les données ont été compilées sur trois ans en raison du faible taux d'incidence par année. Il est possible d'établir un lien entre ces indicateurs et l'efficacité du système de santé. Par exemple, les taux ajustés selon les risques, s'ils sont faibles, renvoient à la qualité des soins ou à des facteurs qui ne sont pas pris en compte lors du rajustement. Les critères de sélection des cas au chapitre des IAM et des AVC ont fait l'objet d'une révision, en commençant par les taux présentés pour l'année de référence 2004 et en s'appuyant sur les données des exercices 2003-2004 et 2005-2006. Ces changements de méthodologie peuvent toutefois avoir une incidence sur la comparabilité des indicateurs ayant été établis pour les années antérieures⁵⁰.

Réadmission (ICIS)

Tout comme la mortalité hospitalière, les taux ajustés selon les risques visant les réadmissions non prévues à la suite d'un congé récent et liées à une affection apparentée, pour des affections et interventions sélectionnées, permettent de mesurer la qualité des soins. D'autres facteurs qui ne relèvent pas des soins de santé peuvent également influencer sur les taux de réadmission. Les données de la BDCP et du SNISA et celles provenant de l'Alberta Ambulatory Care Database servent à calculer ces indicateurs. La mise en œuvre de nouveaux systèmes de classification visant la codification des diagnostics et des interventions, ainsi que leurs mises à jour subséquentes, pourraient réduire la comparabilité de certains de ces indicateurs au fil des ans. Par exemple, en vertu de la CIM-9, les cas d'IAM qui surviennent de quatre à huit semaines après un premier IAM sont classés à titre d'IAM aigu, alors qu'en vertu de la CIM-10-CA, ils représentent des cas chroniques. Citons également l'hystérectomie subtotale qui est indiquée dans la version 2006 de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI), mais pas dans les versions antérieures. Pour obtenir des précisions sur les changements en matière de codification et leur incidence sur les indicateurs, veuillez consulter les notes techniques du rapport *Indicateurs de santé* de l'ICIS⁵⁰.

Références

1. Statistics Canada, *Health Regions: Boundaries and Correspondence With Census Geography, Catalogue No. 82-402-XIE* (Ottawa: 2007).
2. Statistics Canada, *Health Indicators, 2007, Catalogue No. 82-221-XIE, Vol. 1 No. 2* (Ottawa: 2007).
3. Statistics Canada, *Health Indicators, Catalogue No. 82-221-XWE*, last updated June, 2011, cited February 1, 2012, from <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/82-221-x2011002-eng.htm>>.
4. Statistics Canada, *Postal Code Conversion File (PCCF), Reference Guide, May 2011 Postal Codes* (Ottawa: 2011).
5. Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2011* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
6. Canadian Institute for Health Information, *National Physician Database, 2009-2010 --Data Release* (Ottawa, Ont: CIHI, 2011).
7. Statistics Canada, *Table 051-0001 - Estimates of Population, by Age Group and Sex for July 1, Canada, Provinces and Territories, Annual (Persons Unless Otherwise Noted)*, last updated March 23, 2011, cited February 1, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=0510001>>.
8. Canadian Institute for Health Information, *Canadian MIS Database--Hospital Financial Performance Indicators, 1999-2000 to 2009-2010, Methodological Notes, Revised August 2011* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
9. Canadian Institute for Health Information, *Regrouped Historical Data:Disemination*, last updated June 17, 2011, cited from <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/BULLETIN_CASEMIX_20110617_EN>.
10. Canadian Institute for Health Information, *Canada's Health Care Providers, 2000 to 2009, A Reference Guide* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
11. Canadian Institute for Health Information, *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2010* (Ottawa, Ont: CIHI, 2011),from <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SMDB_2009_EN.pdf>.
12. Canadian Institute for Health Information, *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2006 to 2010* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2012).
13. Canadian Institute for Health Information, *Pharmacists in Canada, 2010* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
14. Canadian Institute for Health Information, *Occupational Therapists in Canada, 2010* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
15. Canadian Institute for Health Information, *Physiotherapists in Canada, 2010* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).

16. Canadian Institute for Health Information, *Medical Radiation Technologist Database, 2009 Data Release--Methodological Notes* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
17. Canadian Institute for Health Information, *Medical Laboratory Technologist Database, 2009 Data Release--Methodological Notes* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
18. Canadian Institute for Health Information, *Physicians in Canada: Average Gross Fee-For-Service Payments, 2005-2006* (Ottawa, Ont.: 2007).
19. P Zurn et al., "Monitoring Health Workforce Transitions and Exits," *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: With Special Applications for Low- and Middle-Income Countries* World Health Organization, pp. 49-60.
20. Statistics Canada, *Table 107-5505 - Full-Time Equivalent Personnel in Residential Care Facilities, by Principal Characteristic of the Predominant Group of Residents and Size of Facility, Canada, Provinces and Territories, Annual (Number), CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*, cited January 24, 2012, from <http://estat.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcqi.exe?Lang=E&EST-Fi=EStat/English/CII_1-eng.htm>.
21. Statistics Canada, *Residential Care Facilities*, last updated September 28, 2011, cited from <<http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3210&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>>.
22. Canadian Institute for Health Information, *Medical Imaging in Canada, 2007* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2008).
23. Canadian Institute for Health Information, *Drug Use Among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2002 to 2008* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2010).
24. Canadian Institute for Health Information, *The Difference Data Makes--Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2010-2011* (2011: CIHI, 2011).
25. Statistics Canada, *Table 105-0501 - Health Indicator Profile, Annual Estimates, by Age Group and Sex, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (2007 Boundaries) and Peer Groups, Occasional, CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*, cited January 27, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1050501>>.
26. Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey - Annual Component (CCHS)*, last updated January 9, 2012, cited January 27, 2012, from <<http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb-bmdi/pub/3226-eng.htm>>.
27. Statistics Canada, *Table 105-0100 - Canadian Community Health Survey (CCHS 1.1) Indicator Profile, by Sex, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (January 2000 Boundaries) and Peer Groups, Every 2 Years, CANSIM (Database)*, cited January 27, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=eng>>.
28. Canadian Institute for Health Information, *Health Indicators 2011* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).

29. Statistics Canada, *Table 105-0547 - Household Food Insecurity, by Age Group and Sex, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (2007 Boundaries) and Peer Groups, Occasional (Number Unless Otherwise Noted)*, last updated May 26, 2010, cited January 27, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1050547&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>>>.
30. Statistics Canada, *Table 252-0051 - Incident-Based Crime Statistics, by Detailed Violations, Annual (Number Unless Otherwise Noted), CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*., cited January 27, 2012, from <http://estat.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&EST-Fi=EStat/English/CII_1-eng.htm>.
31. Statistics Canada, *Table 109-0300 - Census Indicator Profile, Canada, Provinces, Territories, Health Regions (December 2007 Boundaries) and Peer Groups, Every 5 Years*, cited January 30, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1090300&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>>>.
32. Statistics Canada, *Table 109-5324 - Unemployment Rate, Canada, Provinces, Health Regions (2011 Boundaries) and Peer Groups, Annual (Percent)*, cited January 30, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1095324&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>>>.
33. Statistics Canada, *Health Indicators--Definitions and Data Sources*, cited January 30, 2012, from <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2011002/def/defl-eng.htm>>.
34. Canadian Institute for Health Information, *Data Quality Documentation, Discharge Abstract Database, 2010-2011--Executive Summary* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
35. Canadian Institute for Health Information, *Data Quality Documentation, Hospital Morbidity Database, 2009-2010--Executive Summary* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
36. Canadian Institute for Health Information, *National Ambulatory Care Reporting System*, last updated 2011, cited September 22, 2011, from <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services_nacrs>.
37. Alberta Health and Wellness, *Ambulatory Care Re-Abstraction Study - Executive Report* (2006).
38. Alberta Health and Wellness, *Overview of Administrative Health Databases* (2011).
39. Canadian Institute for Health Information, *Data Quality Documentation, National Ambulatory Care Reporting System, 2010-2011--Executive Summary* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
40. Statistics Canada, *Table 107-5504 - Residents on Beds in Residential Care Facilities, by Age Group, Sex, Principal Characteristic of the Predominant Group of Residents and Size of Facility, Canada, Provinces and Territories, Annual (Number)*, cited January 31, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1075504&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>>>.

41. Statistics Canada, *Table 103-0403 - Cancer Incidence, by Selected Sites of Cancer and Sex, Three-Year Average, Canada, Provinces, Territories and Health Regions (June 2005 Boundaries), Occasional (Age-Standardized Rate Per 100,000 Population)*, cited January 30, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1030403&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>>>.
42. Statistics Canada, *Table 102-4303 - Birth-Related Indicators (Low and High Birth Weight, Small and Large for Gestational Age, Pre-Term Births), by Sex, Three-Year Average, Canada, Provinces, Territories, Health Regions and Peer Groups, Occasional (Number Unless Otherwise Noted), CANSIM (Database)*, cited January 30, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=eng>>.
43. Statistics Canada, *Table 102-4307 - Life Expectancy, at Birth and at Age 65, by Sex, Three-Year Average, Canada, Provinces, Territories, Health Regions and Peer Groups, Occasional (Years Unless Otherwise Noted), CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*, last updated 2011, cited February 1, 2012, from <http://estat.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcqi.exe?Lang=E&EST-Fi=EStat/English/CII_1-eng.htm>.
44. Statistics Canada, *Table 102-4309 - Mortality and Potential Years of Life Lost, by Selected Causes of Death and Sex, Three-Year Average, Canada, Provinces, Territories, Health Regions and Peer Groups, Occasional (Number Unless Otherwise Noted), CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*, cited February 1, 2012, from <http://estat.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcqi.exe?Lang=E&EST-Fi=EStat/English/CII_1-eng.htm>.
45. Statistics Canada, *Table 102-4305 - Infant and Perinatal Mortality, by Sex, Three-Year Average, Canada, Provinces, Territories, Health Regions and Peer Groups, Occasional (Number Unless Otherwise Noted), CANSIM (Database), Using E-STAT (Distributor)*, cited February 1, 2012, from <http://estat.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcqi.exe?Lang=E&EST-Fi=EStat/English/CII_1-eng.htm>.
46. Statistics Canada, *Table 102-0121 - Health-Adjusted Life Expectancy, at Birth and at Age 65, by Sex and Income Group, Canada and Provinces, Occasional (Years), CANSIM (Database)*, cited January 31, 2012, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=eng>>.
47. Statistics Canada, *Table 102-0019 - Disability-Free Life Expectancy, Abridged Life Table, at Birth and at Age 65, by Sex, Canada, Provinces, Territories, Health Regions and Peer Groups, Annual (Years), CANSIM (Database)*, last updated 2011, cited September 27, 2011, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=eng>>.
48. Statistics Canada, *Health Regions: Boundaries and Correspondence With Census Geography*, last updated March 28, 2008, cited February 1, 2012, from <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-402-x/82-402-x2011001-eng.htm>>.
49. Statistics Canada, *Table 102-0020 - Disability-Adjusted Life Expectancy, Abridged Life Table, at Birth and at Age 65, by Sex, Canada, Provinces, Territories and Health Regions, Annual (Years), CANSIM (Database)*, last updated 2011, cited September 27, 2011, from <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=eng>>.

50. Canadian Institute for Health Information, *Health Indicators 2011: Definitions, Data Sources and Rationale, June 2011* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
51. Canadian Institute for Health Information, *Comparing Wait Times for Hip Fracture Repair in Quebec With Those in Other Jurisdictions* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
52. Canadian Institute for Health Information, *Wait Times in Canada--A Comparison by Province, 2011* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2011).
53. Canadian Institute for Health Information, *Understanding Emergency Department Wait Times: Who Is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2005).
54. Canadian Institute for Health Information, *Understanding Emergency Department Wait Times: Access to Inpatient Beds and Patient Flow*, last updated 2007, cited from <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Emergency_Department_Wait_Times_III_2007_e.pdf>.

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

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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-052-0 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada — disponibilité des données*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *Developing a Model for Measuring the Efficiency of the Health System in Canada—Data Availability*. ISBN 978-1-77109-051-3 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue 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 300
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

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information