



N° 82-003-XIB au catalogue

Rapports sur la santé

Été 1998 Volume 10 N° 1

- Test Papanicolaou
- Services hospitaliers et grossesse
- Soins à domicile
- Personnes âgées et aide personnelle
- Profil provincial du cancer



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes. . .

Statistique Canada diffuse les données sous des formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur Internet, disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm, et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordnolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à :

Halifax	(902) 426-5331	Régina	(306) 780-5405
Montréal	(514) 283-5725	Edmonton	(403) 495-3027
Ottawa	(613) 951-8116	Calgary	(403) 292-6717
Toronto	(416) 973-6586	Vancouver	(604) 666-3691
Winnipeg	(204) 983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3 : <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1 800 267-6677

Renseignement sur les commandes/abonnements

Les prix n'incluent pas la taxe de vente

Une **version papier**, n° 82-003-XPB au catalogue publiée trimestriellement au coût de 35 \$ le numéro, 116 \$ par année au Canada. À l'étranger, le coût est de 35 \$ US le numéro et 116 \$ US par année. Une version internet n° 82-003-XIB au catalogue publiée trimestriellement au coût de 26 \$ le numéro.

Faites parvenir votre commande à Statistique Canada, Division des opérations et de l'intégration, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6 ou téléphonez au **(613) 951-7277 1 800 700-1033**, par télécopieur au **(613) 951-1584** ou **1 800 889-9734** ou via l'Internet : order@statcan.ca. En cas de changement d'adresse, veuillez fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse. On peut aussi se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés, des librairies locales et des bureaux locaux de Statistique Canada.

Normes de service à la clientèle

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Été 1998 Volume 10 N° 1

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1998

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6.

Juillet 1998

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 10, n° 1
ISSN 0840-6529

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 10, n° 1
ISSN 1209-1367

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- ^P nombres provisoires
- ^r nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'«American National Standard for Information Sciences» - «Permanence of Paper for Printed Library Materials», ANSI Z39.48 - 1984.



Au sujet des Rapports sur la santé

Rédactrice en chef

Marie P. Beaudet

Rédacteurs

Mary Sue Devereaux

Jason Siroonian

Rédacteurs adjoints

Hélène Aylwin

Claudio Pérez

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Bernie Edwards

Agnes Jones

Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Donna Eastman

Rédacteurs associés

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Nazeem Muhajarine

Yves Péron

Eugene Vayda

Kathryn Wilkins

Comité directeur de la Division des statistiques sur la santé pour la recherche et l'analyse

Gary Catlin, président

Pamela White

Larry Swain

Marie P. Beaudet

Martha Fair

Cyril Nair

Ghislaine Villeneuve

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Ils traitent de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Ils sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou abonnements sous la rubrique *Pour commander les publications*. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 18^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-7025. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : hlthrept@statcan.ca.

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Versión électronique

Les *Rapports sur la santé* sont aussi publiés sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Internet de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent des *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez «Français» à la page d'accueil, puis «Produits et services (\$)» à la page suivante. Choisissez «Publications téléchargeables» et poursuivez jusqu'après la page d'introduction. Vous trouverez les *Rapports sur la santé* n° 82-003-XIF au catalogue à la rubrique «Publications non gratuites».

Recommandation concernant les citations

Les *Rapports sur la santé* sont inscrits au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPB dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la revue en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article des *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, «Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe», *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, 82-003-XPB au catalogue).

Travaux de recherche

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou 9

Une femme sur quatre du groupe d'âge visé par le dépistage du cancer du col de l'utérus, n'a jamais passé le test de Papanicolaou ou l'a passé il y a trois ans ou plus.

Judy Lee, Greg F. Parsons et Jane F. Gentleman

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse 23

Au niveau national, la durée moyenne d'hospitalisation pour la naissance d'un enfant est de 3,6 jours.

Timothy Werschler

Les soins à domicile au Canada 31

Plus d'un demi-million de Canadiens ont bénéficié de soins à domicile officiels en 1994-1995, mais beaucoup de personnes qui en auraient eu besoin n'en n'ont pas bénéficié.

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle 41

Parmi les personnes âgées, la prévalence des besoins et des besoins insatisfaits en matière d'aide personnelle était inversement liée au revenu du ménage et à la scolarité.

Jiajian Chen et Russell Wilkins

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada 55

Les variations provinciales de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer reflètent souvent les variations géographiques de la prévalence du tabagisme, des habitudes alimentaires et de la portée des programmes de dépistage du cancer.

Leslie A. Gaudette, Christopher A. Altmayer, Marek Wysocki et Ru-Nie Gao

.....

Données disponibles

Statistiques canadiennes sur le cancer, 1998	75
Infirmiers et infirmières autorisés(ées), 1997	76
Décès, 1996	76
Utilisation des hôpitaux, 1995-1996	77
Estimations postcensitaires de la population	79

Pour commander les publications 85

Information sur les produits et services de la Division des statistiques sur la santé, y compris les prix et la façon de commander



Travaux de recherche

Des recherches et des analyses approfondies effectuées dans les domaines de la statistique sur la santé et de l'état civil

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou

Judy Lee, Greg F. Parsons et Jane F. Gentleman

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit le lien entre certaines caractéristiques des femmes et le fait qu'elles subissent ou non le test de Papanicolaou.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée par Statistique Canada en 1994-1995.

Techniques d'analyse

On a recouru à la régression logistique multivariée pour déterminer la cote exprimant le risque que les femmes n'observent pas les lignes directrices concernant le test de Papanicolaou, c'est-à-dire qu'elles ne passent jamais ce test, et chez celles qui l'ont déjà passé, le risque que ce ne soit pas au cours des trois dernières années.

Principaux résultats

Une femme de 18 à 69 ans sur quatre n'a jamais passé le test de Papanicolaou ou ne s'y est pas soumise au cours des trois années qui ont précédé l'ENSP. On note que les femmes âgées, qui courent un plus grand risque d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus, respectent moins les lignes directrices quant au dépistage de ce cancer que les femmes plus jeunes. Les autres caractéristiques des femmes pour lesquelles la cote exprimant le risque de n'avoir jamais subi un test de Papanicolaou est élevée sont les suivantes : être célibataire, résider au Québec, avoir immigré au Canada, ne pas avoir obtenu de diplôme d'études secondaires, ne pas appartenir au groupe de revenu le plus élevé et n'avoir eu aucun partenaire sexuel l'année précédente.

Mots-clés

Frottis cervicovaginal, test de Papanicolaou, cancer du col de l'utérus, dépistage de masse.

Auteurs

Judy Lee (613) 951-1775 travaille à la Division des statistiques sur la santé, Greg F. Parsons (613) 951-0062, à la Division de la statistique du commerce, et Jane F. Gentleman (613) 951-8553, à la Division des méthodes d'enquête sociales, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Selon le forum national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus tenu en 1995, il n'existe aucune autre forme de cancer pour laquelle le dépistage réduit l'incidence de la maladie invasive de façon aussi spectaculaire et prévisible¹. Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait selon une méthode simple, peu coûteuse, appelée test de Papanicolaou, ou frottis cervicovaginal. Ce test permet de déceler la présence de cellules anormales dans le col de l'utérus, y compris celles qui sont des précurseurs de la forme invasive du cancer du col.

À l'heure actuelle, les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus les mieux établis au Canada sont ceux de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Ces programmes ont débuté en 1949 et en 1991, respectivement. D'autres provinces ont mis en place des programmes de portée variable. Une série d'initiatives nationales ont été lancées en vue de mettre en place un programme complet de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la population,¹⁻⁴ mais pour diverses raisons, aucune province et aucun territoire^{1,5,6} ne dispose pour l'instant d'un système complètement intégré.

Méthodologie

Source des données

Les données du présent article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) menée par Statistique Canada en 1994-1995. L'ENSP est une enquête longitudinale conçue pour recueillir des renseignements chronologiques sur la santé de la population canadienne. En 1994-1995, elle a été effectuée auprès des ménages de l'ensemble des provinces et territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. On trouvera une description plus complète de la conception de l'enquête, de l'échantillon et des procédures d'entrevues dans les rapports déjà publiés⁷.

L'échantillon de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les provinces, à l'exclusion du volet institutionnel, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après un tri de sélection, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chacun des membres du ménage. Au total, on a recueilli des données sur 58 439 personnes.

En outre, dans chacun des 20 725 ménages participants, on a choisi au hasard une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie avait 12 ans et plus. Chez les personnes de ce groupe d'âge, le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé a atteint 96,1 %, ce qui représente 17 626 personnes.

Dans les autres 2 383 ménages participants, la personne choisie au hasard avait moins de 12 ans. Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995.

Parmi les 17 626 personnes de 12 ans et plus choisies au hasard, 14 786 répondaient aux critères d'admission dans le panel longitudinal de l'ENSP. Ces personnes répondaient aussi aux critères d'admission dans l'échantillon supplémentaire de Santé Canada. Le taux de réponse aux questions parrainées par Santé Canada est de 90,6 %.

Parmi les 17 626 personnes de 12 ans et plus choisies au hasard, les 2 840 restantes étaient parrainées par les administrations provinciales qui avaient choisi d'agrandir l'échantillon pour leur province. Ces personnes ne feront l'objet d'aucun suivi et n'étaient pas admissibles au supplément de Santé Canada.

Pour déterminer les antécédents concernant le test de Papanicolaou, on a demandé aux femmes de 18 ans et plus sélectionnées de répondre au questionnaire détaillé sur la santé : « Avez-vous déjà subi un test PAP? » À celles qui ont répondu

« Oui », on a alors demandé : « À quand remonte la dernière fois? » L'analyse ne vise que les femmes de ce groupe qui étaient admissibles au supplément de Santé Canada, puisqu'on demandait également à celles-ci d'indiquer combien de partenaires sexuels elles avaient eus au cours de l'année précédant l'entrevue (un facteur de risque de cancer du col de l'utérus)⁸. On leur a posé la question suivante : « Avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois? »

Après l'exclusion de 20 femmes qui n'ont pas répondu à certaines questions de l'enquête, 6 878 femmes faisaient encore partie du champ d'observation. Elles représentent 10 718 417 femmes de 18 ans et plus, non placées en établissement et vivant dans les dix provinces.

Techniques d'analyse

On a eu recours à la régression logistique multidimensionnelle pour prédire la cote exprimant le risque que les femmes n'observent pas les recommandations quant au dépistage par le test de Papanicolaou, c'est-à-dire, qu'elles ne passent jamais ce test, et chez celles qui l'ont déjà passé, le risque que ce ne soit pas au cours des trois dernières années. On a pondéré les données en prenant pour référence la population canadienne. Les poids d'échantillonnage ont été ajustés de façon à ce que leur moyenne soit égale à un. Cette méthode produit des estimations moins biaisées des erreurs-types.

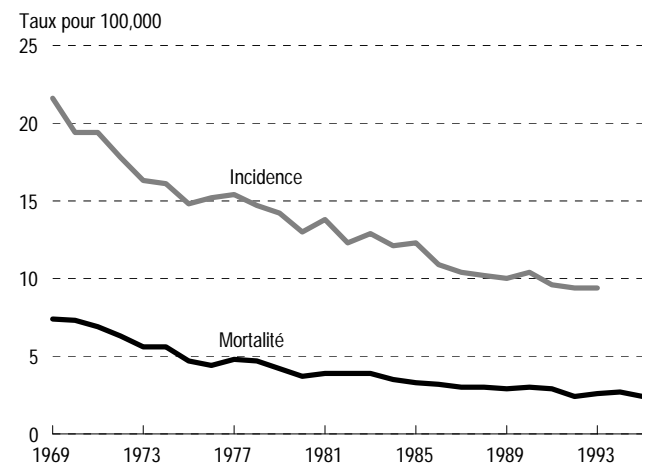
Les variables indépendantes des régressions sont l'âge, l'état matrimonial, la province de résidence, la résidence/non-résidence dans une région métropolitaine de recensement (RMR), niveau de scolarité atteint, le revenu du ménage, l'activité principale, le pays de naissance, le nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année et l'existence d'un cancer. Les RMR sont de grands centres urbains comprenant un noyau urbanisé, dont la population est supérieure à 100 000 habitants, et des régions urbaines et rurales adjacentes fortement intégrées socioéconomiquement au noyau urbanisé. Le Canada compte 25 RMR⁹. Le revenu du ménage est une mesure indirecte de l'adéquation du revenu fondée sur la taille du ménage. Par activité principale, on entend l'activité à laquelle la personne interrogée déclare consacrer la plupart de son temps. La variable de cancer est incluse dans le modèle pour ajuster les autres résultats en tenant compte du fait qu'une femme est atteinte ou non de cette maladie. On a émis l'hypothèse que la santé des femmes atteintes de cette maladie est vraisemblablement surveillée de plus près que celle des autres. Les femmes ayant déjà été eu un cancer n'ont pas été enregistrées comme souffrant de cette maladie au moment de l'enquête si le diagnostic remontait à cinq ans au moins et qu'on les avait déclarées guéries. On estime que 2,4 % de femmes qui ont participé à l'étude souffraient d'un cancer (quel qu'il soit) au moment de l'enquête.

Grâce au lancement du dépistage du cancer du col de l'utérus en Colombie-Britannique en 1949, puis à son adoption graduelle partout au Canada, le taux d'incidence de ce cancer et de la mortalité due à cette maladie ont diminué de façon spectaculaire⁵. De 1969 à 1998, le taux comparatif d'incidence est passé de 21,8 cas pour 100 000 femmes à la valeur estimative de 8,3 cas pour 100 000 (graphique 1)^{10,11}. Le taux de mortalité a également chuté durant cette période, passant de 7,4 décès pour 100 000 femmes au chiffre estimé de 2,2 décès pour 100 000, la diminution la plus forte s'observant chez les femmes plus âgées (graphique 2)¹⁰. Malgré ces progrès, on estime qu'on enregistrera 1 400 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus au Canada en 1998 et que cette maladie emportera 400 Canadiennes¹⁰.

Le pronostic concernant le cancer du col de l'utérus est assez encourageant, puisque le ratio du nombre de décès au nombre de cas est de 0,29¹⁰ alors que le taux relatif de survie à cinq ans, est de 74 %¹². Le cancer du col de l'utérus peut se traiter

facilement, la méthode de traitement dépendant du stade d'évolution de la maladie au moment du diagnostic : les cellules précancéreuses sont éliminées par traitement au laser, par cryochirurgie (destruction des tissus par application de froid extrême) et par conisation (ablation chirurgicale d'un fragment de tissu), tandis que les tumeurs invasives

Graphique 1
Taux comparatifs d'incidence du cancer du col de l'utérus et de mortalité due à ce cancer, femmes, tous âges confondus, Canada, de 1969 à 1995



Source des données : L'incidence du cancer au Canada, 1969 à 1993 (référence 11) ; Base canadienne de données sur l'état civil

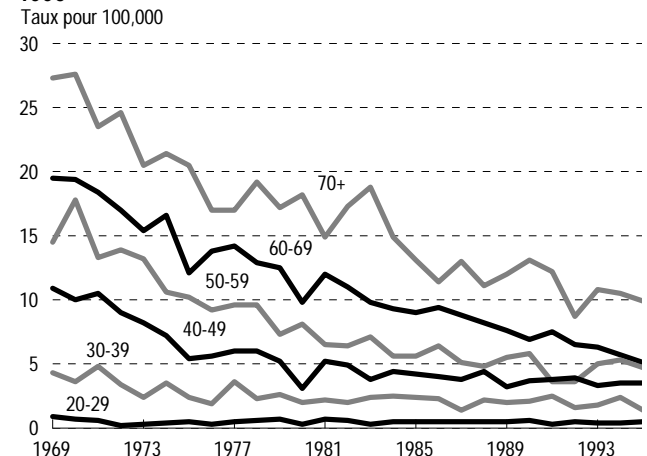
Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population canadienne de 1991. Les taux projetés d'incidence (1994 à 1998) et de mortalité (1996-1998) sont disponibles, mais non présentés.

Limites

Les données sur le test de Papanicolaou tirées de l'ENSP posent les problèmes inhérents aux données autodéclarées. Il se pourrait que les femmes qui ont accepté de participer à l'ENSP soient plus susceptibles que les autres d'avoir adopté des comportements visant à promouvoir un bon état de santé, comme de passer régulièrement un test de Papanicolaou. Certaines personnes qui souhaitent fournir une réponse socialement acceptable peuvent déclarer qu'elles ont déjà subi le test de Papanicolaou alors qu'en réalité, elles ne l'ont jamais passé. De plus, certaines femmes pourraient ne pas se souvenir de la date exacte du dernier test. Les études sur l'autodéclaration des antécédents concernant le test de Papanicolaou ont tendance à se solder par un surdénombrement du dépistage¹³.

Idéalement, on devrait calculer le taux d'administration du test et le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus en prenant pour référence le nombre de femmes dont le col de l'utérus est intact, nombre qui dépend des taux d'hystérectomie totale enregistrés au cours des années antérieures. Sans cette correction, les taux de non-observation des lignes directrices visant au dépistage du cancer du col de l'utérus présentés ici sont surestimés¹⁴.

Graphique 2
Taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus, selon le groupe d'âge, femmes de 20 ans et plus, Canada, de 1969 à 1995



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

nécessitent une hystérectomie simple ou totale, ou encore une radiothérapie avec chimiothérapie⁸. La plupart des cas de cancer invasifs du col de l'utérus sont décelés chez des femmes n'ayant jamais subi d'examen de dépistage ou n'en n'ayant pas subi un récemment^{8,15}.

Les femmes plus âgées, les immigrantes, les Autochtones, les fumeuses et (ou) celles dont le statut socioéconomique est faible courent un plus grand risque que les autres d'avoir un cancer du col de l'utérus. Les rapports sexuels précoces, le fait d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels et d'avoir été exposé au virus du papillome humain (VPH) sont également des facteurs qui augmentent le risque d'avoir ce cancer. Il existe une forte corrélation

entre le VPH (qui peut se transmettre par contacts sexuels) et le cancer du col de l'utérus (et ses précurseurs)^{8,16-18}.

Les données analysées ici proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, durant laquelle les Canadiennes de 18 ans et plus ont autodéclaré leurs antécédents concernant le test de Papanicolaou. L'étude associe avec la propension qu'ont les femmes à passer le test certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques ainsi que certaines caractéristiques (voir *Méthodologie* et *Limites*). Selon l'ENSP, environ une Canadienne de 18 ans et plus sur six n'a jamais subi de frottis cervicovaginal — résultat qui confirme ceux des travaux de

Lignes directrices concernant le dépistage

En 1989, les participants à l'atelier national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont formulé des recommandations dont voici les points saillants⁴.

- On devait encourager toute femme de 18 ans et plus qui a déjà eu des rapports sexuels à participer à un programme de dépistage par examen colcopcytologique.
- On devrait généralement réaliser deux frottis à un an d'intervalle, particulièrement chez les femmes qui commencent le dépistage après l'âge de 20 ans.
- Si les résultats des deux premiers frottis sont satisfaisants et ne présentent aucune anomalie épithéliale significative, on devrait, généralement, conseiller aux femmes de subir le dépistage tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans.
- On peut exclure du programme de dépistage par examen colcopcytologique les femmes de 69 ans et plus pour lesquelles on dispose d'au moins deux frottis satisfaisants et n'ayant pas d'anomalie épithéliale significative au cours des neuf dernières années et qui n'ont jamais manifesté de dysplasie grave ni de carcinome *in situ* (néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus de stade III) confirmé par examen biopsique.
- La fréquence recommandée du dépistage chez les femmes de 18 à 69 ans convient pour tous les groupes à risque.

- Quant aux femmes qui commencent à participer à un programme de dépistage à 67 ans et plus on devrait avant de les exclure du programme de dépistage, s'assurer d'avoir deux frottis satisfaisants à au moins six mois d'intervalle; les femmes de plus de 69 ans peuvent donc être exclues du programme si les frottis n'indiquent aucune anomalie épithéliale.

- Les fréquences recommandées de dépistage s'appliquent aux femmes dont les frottis ne montrent aucune anomalie épithéliale. Si des anomalies sont décelées, le calendrier des examens ultérieurs devrait être dicté par les exigences en matière de surveillance, de diagnostic, de traitement et de suivi.

- Les femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels ou qui ont subi une hystérectomie pour traiter un problème bénin et pour lesquelles le rapport d'anatomopathologie donne des preuves suffisantes que l'ablation de l'épithélium du col de l'utérus est complète et que les frottis antérieurs étaient normaux, n'ont pas besoin de passer d'examen de dépistage.

Ces lignes directrices soulignent l'importance des services de laboratoire de haute qualité pour interpréter les frottis vaginaux, avec des systèmes de contrôle de la qualité interne et externe adéquats et des systèmes d'information pour surveiller la fréquence des dépistages et pour rappeler aux femmes de se soumettre au test aux intervalles recommandés.

recherche plus anciens¹⁹⁻²¹. Les études antérieures montrent que le fait de subir le test de Papanicolaou est lié à des facteurs tels que l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu, la situation professionnelle, le groupe ethnique, au statut d'Autochtone ou d'immigrante, le fait de vivre en région urbaine ou rurale, le mode de vie de même qu'au comportement en regard de la santé^{10,15,19-29}.

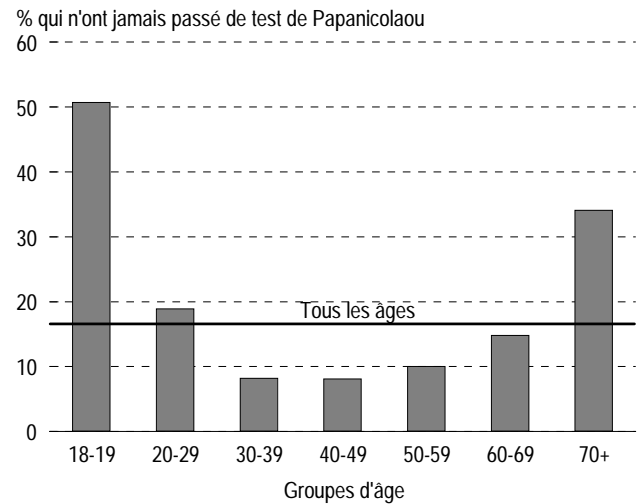
Toujours selon l'ENSP de 1994-1995, plus de 1,2 million de femmes de 18 à 69 ans, c'est-à-dire le groupe d'âge visé par les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, déclarent n'avoir jamais subi le test de Papanicolaou. En outre, pour 1,2 million de femmes le dernier test remonte à plus de trois ans. En tout, une femme sur quatre appartenant au groupe d'âge cible ne s'est pas soumise au dépistage conformément aux lignes directrices courantes (fait que nous désignerons ci-après non-observation des lignes directrices de dépistage).

La non-observation n'engage pas la responsabilité de la femme. En effet, les femmes qui subissent ou non le test de Papanicolaou le font pour toutes sortes de raisons, y compris parce qu'elles ont été sensibilisées à la question, qu'elles croient qu'il s'agit d'un test efficace, qu'elles réagissent à la promotion faite par des intervenants du secteur de la santé et en raison de leur accès aux divers programmes et services.

En 1989, les participants à un atelier national ont formulé 27 recommandations en vue d'établir un programme national de dépistage (voir *Lignes directrices concernant le dépistage*). Pour ce qui est de la fréquence du dépistage, on recommande que les médecins fassent le premier frottis cervicovaginal pour l'étude colposcytologique à l'âge de 18 ans ou dès que la femme commence à avoir des rapports sexuels. On devrait refaire cet examen un an plus tard, puis, si les frottis sont normaux et de bonne qualité, au moins tous les trois ans jusqu'à ce que la femme atteigne 70 ans. Ceci garantirait au plus grand nombre possible de femmes, partout au Canada, la protection qu'assure le dépistage systématique par étude cytologique des frottis vaginaux⁴. En pratique, certaines femmes subissent un test de Papanicolaou plus souvent que ne le recommandent les lignes

Graphique 3

Taux de non-observation des lignes directrices quant au test de Papanicolaou au cours de la vie, femmes de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Les taux unidimensionnels sont pondérés pour représenter 10 718 417 femmes de 18 ans et plus des dix provinces hors établissement.

directrices, par exemple, dans le cadre d'un examen médical régulier ou comme condition préalable à l'obtention de certaines formes de contraception.

Les femmes âgées

Le taux de non-observation des lignes directrices quant au dépistage au cours de la vie varie selon l'âge. Il diminue fortement, de 51 % à 19 %, lors du passage du groupe des 18 et 19 ans à celui des 20 à 29 ans, et continue à baisser, pour atteindre un creux de 8 % chez les femmes de 30 à 49 ans. Puis, le taux augmente, s'élevant à 34 % pour le groupe des 70 ans et plus (graphique 3 et tableau 1). L'analyse multivariée montre que la cote exprimant le risque de non-observation au cours de la vie est la plus faible chez les femmes de 30 à 39 ans et la plus élevée pour celles de 70 ans et plus (tableau 2).

On constate que chez les femmes ayant déjà subi au moins un test de Papanicolaou, le fait de l'avoir subi récemment, conformément aux recommandations, est fortement lié à l'âge. Plus une femme est âgée, moins il est probable que son dernier test remonte à moins de trois ans, comme on le recommande. Chez les femmes de 60 à 69 ans qui ont déjà passé ce test, pratiquement le tiers ne

Tableau 1

Taux de non-observation des lignes directrices quant au test de Papanicolaou, femmes de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	%	N'ont jamais passé le test [†]	Ont déjà passé le test		
			Total [†]	Le dernier il y a au moins trois ans [‡]	Au cours des trois dernières années [‡]
Toutes les femmes de 18 ans et plus		15,4	84,6	18,3	81,7
Âge					
	18-19	50,7	49,3	0,8	99,2
	20-29	18,9	81,1	2,7	97,3
	30-39	8,2	91,8	10,7	89,3
	40-49	8,1	92,0	15,6	84,4
	50-59	10,0	90,0	24,1	75,9
	60-69	14,8	85,2	31,1	68,9
	70+	34,1	66,0	54,2	45,8
État matrimonial					
	Célibataire (jamais mariée)	32,3	67,7	10,3	89,7
	Mariée actuellement	10,4	89,6	17,5	82,5
	Vit en union libre/avec un partenaire	9,1	90,9	8,4	91,6
	Séparée ou divorcée	9,2	90,8	18,1	81,9
	Veuve	25,4	74,6	44,9	55,1
Province de résidence					
	Québec	23,7	76,3	15,8	84,2
	Nouveau-Brunswick	15,7	84,3	24,3	75,7
	Terre-Neuve	13,1	86,9	23,6	76,4
	Ontario	14,5	85,5	18,6	81,5
	Île-du-Prince-Édouard	11,6	88,5	20,9	79,1
	Nouvelle-Écosse	10,5	89,5	20,1	79,9
	Alberta	10,1	89,9	11,5	88,5
	Colombie-Britannique	11,3	88,7	22,5	77,5
	Manitoba	8,9	91,1	20,9	79,1
	Saskatchewan	7,7	92,3	22,3	77,7
Réside dans une région métropolitaine					
	Non	13,5	86,5	23,2	76,8
	Oui	16,6	83,4	15,2	84,8
Niveau de scolarité					
	Pas de diplôme d'études secondaires	24,3	75,7	29,3	70,8
	Diplôme d'études secondaires	15,2	84,8	20,6	79,4
	Certaines études post-secondaires	13,7	86,3	15,0	85,0
	Collège ou université	9,6	90,5	12,2	87,8
Groupe de revenu du ménage					
	Inférieur	22,6	77,4	22,7	77,3
	Moyen-inférieur	18,3	81,7	23,4	76,6
	Moyen-supérieur	10,6	89,4	15,5	84,5
	Supérieur	8,8	91,2	10,2	89,8
Activité principale					
	Travaille	13,6	86,4	10,9	89,1
	Travaille et prend soin d'autres personnes	4,9	95,1	12,1	87,9
	Prend soin d'autres personnes	14,0	86,0	19,5	80,5
	Cherche du travail	16,7	83,3	14,0	86,0
	Retraitée, étudiante, malade	27,0	73,0	32,3	67,7
Lieu de naissance					
	Canada	13,3	86,7	18,6	81,4
	Autres pays d'Amérique du Nord, Europe, Australie	16,3	83,7	21,4	78,6
	Amérique du Sud, Amérique centrale, Caraïbes, Afrique	29,5	70,5	5,9	94,2
	Asie	39,2	60,8	9,9	90,1
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois[§]					
	Aucun	47,1	52,9	15,6	84,4
	Un	9,3	90,7	8,7	91,3
	Deux	13,4	86,6	5,2	94,8
	Trois ou plus	13,5	86,5	1,4	98,6
Atteinte d'un cancer					
	Non	15,5	84,5	18,2	81,8
	Oui	11,6	88,5	23,1	76,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %. La catégorie « inconnu » n'est pas présentée.

† Les taux univariés ont été pondérés et représentent 10 718 417 femmes de 18 ans et plus hors établissement des dix provinces, qui ont répondu oui ou non à la question du test de Papanicolaou.

‡ Les taux univariés ont été pondérés et représentent 9 062 010 femmes de 18 ans et plus hors établissement des dix provinces ayant déjà passé un test de Papanicolaou, à l'exception de celles qui ont passé le test, mais qui n'ont pas indiqué quand elles l'ont passé.

§ On n'a pas demandé aux femmes de plus de 45 ans combien de partenaires sexuels elles avaient.

Tableau 2

Rapports de cotes de non-observation des lignes directrices quant au test de Papanicolaou, femmes de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

Variable indépendante	Catégorie	Jamais passé le test		Ont passé le dernier il y a au moins trois ans	
		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95%	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95%
Âge	18-19	5,11**	3,4, 7,6	,05**	—, ,4
	20-29	2,19**	1,7, 2,9	,21**	,1, ,3
	30-39†	1,00	...	1,00	...
	40-49	1,26	,9, 1,8	1,46**	1,1, 1,9
	50-59	1,63	1,0, 2,7	1,94**	1,3, 2,9
	60-69	2,18**	1,3, 3,7	2,34**	1,6, 3,5
	70+	7,31**	4,3, 12,4	5,62**	3,6, 8,8
État matrimonial	Célibataire (jamais mariée)†	1,00	...	1,00	...
	Mariée actuellement	,37**	,3, ,5	,60**	,4, ,8
	Vit en union libre/avec un partenaire	,38**	,3, ,6	,71	,4, 1,1
	Séparée ou divorcée	,26**	,2, ,4	,67*	,5, 1,0
	Veuve	,31**	,2, ,4	,81	,6, 1,2
Province de résidence	Québec	5,22**	3,0, 9,1	,78	,5, 1,2
	Nouveau-Brunswick	2,76**	1,4, 5,5	1,11	,6, 1,9
	Terre-Neuve	2,11	1,0, 4,6	1,18	,7, 2,1
	Ontario	1,84*	1,1, 3,2	1,00	,7, 1,5
	Île-du-Prince-Édouard	1,79	,5, 6,6	,86	,3, 2,5
	Nouvelle-Écosse	1,52	,7, 3,1	,97	,6, 1,6
	Alberta	1,41	,8, 2,6	,56*	,4, ,9
	Colombie-Britannique	1,27	,7, 2,3	1,20	,8, 1,8
	Manitoba	1,03	,5, 2,1	1,03	,6, 1,7
	Saskatchewan†	1,00	...	1,00	...
Réside dans une région métropolitaine	Non†	1,00	...	1,00	...
	Oui	,97	,8, 1,2	,68**	,6, ,8
Niveau de scolarité	Pas de diplôme d'études secondaires	2,12**	1,7, 2,7	1,46**	1,2, 1,8
	Diplôme d'études secondaires	1,64**	1,3, 2,1	1,67**	1,3, 2,1
	Certaines études post-secondaires	1,04	,8, 1,3	1,19	1,0, 1,5
	Collège ou université†	1,00	...	1,00	...
Groupe de revenu du ménage	Inférieur	1,57**	1,1, 2,2	1,45*	1,1, 2,0
	Moyen-inférieur	1,70**	1,3, 2,3	1,81**	1,4, 2,4
	Moyen-supérieur	1,26	,9, 1,7	1,41*	1,1, 1,8
	Supérieur†	1,00	...	1,00	...
Activité principale	Travaille†	1,00	...	1,00	...
	Travaille et prend soin d'autres personnes	,65**	,5, ,9	1,11	,9, 1,4
	Prend soin d'autres personnes	1,10	,9, 1,4	1,35*	1,1, 1,7
	Cherche du travail	,81	,5, 1,4	1,47	,8, 2,7
	Retraitée, étudiante, malade	1,20	,9, 1,5	1,13	,9, 1,5
Lieu de naissance	Canada†	1,00	...	1,00	...
	Autres pays d'Amérique du Nord, Europe, Australie	1,87**	1,5, 2,4	,89	,7, 1,1
	Amérique du Sud, Amérique centrale, Caraïbes, Afrique	3,55**	2,4, 5,2	,35**	,2, ,7
	Asie	8,73**	6,5, 11,8	,58*	,4, ,9
Nombre de partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois‡	Aucun	9,48**	5,1, 17,8	7,81*	1,5, 40,6
	Un	2,02*	1,1, 3,7	4,73	,9, 23,9
	Deux	1,55	,7, 3,3	3,58	,6, 20,9
	Trois ou plus†	1,00	...	1,00	...
Atteinte de cancer	Non	1,41	,8, 2,4	1,40	,9, 2,1
	Oui†	1,00	...	1,00	...
Nombre d'observations		6 878		5 945	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Les rapports de cotes sont tirés de deux analyses de régression logistique multivariée, la première analyse ayant été pondérée pour représenter 10 718 417 femmes de 18 ans et plus des dix provinces et la seconde, pour représenter 9 062 010 femmes de 18 ans et plus des dix provinces ayant déjà passé un test de Papanicolaou et ayant indiqué quand elles l'avaient passé. Les catégories de référence sont les mêmes pour les deux analyses. Ces catégories ne comprennent pas toujours la plus faible ou la plus forte cote exprimant le risque. Le rapport de cotes pour une catégorie donnée par rapport à une autre catégorie est égal au rapport de leurs rapports de cotes respectifs. Des catégories « inconnu » pour les variables suivantes sont incorporées au modèle, mais ne sont pas présentées ici : niveau de scolarité, revenu et le nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois.

† Indique une catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours 1,00.

‡ On n'a pas demandé aux femmes de plus de 45 ans combien de partenaires sexuels elles avaient.

-- Nombres infimes

... Sans objet

* $0,01 < p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

qui ont déjà subi le test, pratiquement le tiers ne l'ont pas fait au cours des trois années qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP (tableau 1). Il n'est pas surprenant de constater que le groupe d'âge qui compte la plus forte proportion de femmes n'ayant pas passé de test de Papanicolaou au cours des trois dernières années est celui des 70 ans et plus. La prévalence plus forte de l'hystérectomie chez les femmes âgées explique partiellement le faible taux de dépistage pour ce groupe^{14,24}.

En l'absence d'examen cytologique indiquant des problèmes, il est recommandé de ne pas inclure les femmes du troisième âge dans les programmes de dépistage. Cependant, on recommande que les femmes âgées n'ayant jamais passé de test de Papanicolaou se soumettent à l'examen. Selon les lignes directrices, pour les femmes qui commencent à participer à un programme de dépistage à 67 ans et plus, on recommande d'attendre d'avoir obtenu deux frottis satisfaisants à au moins six mois d'intervalle. Ainsi les femmes de plus de 69 ans pouvant être exclues du programme si les frottis n'indiquent aucune anomalie épithéliale⁴.

Les femmes âgées, qui présentent les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus et de mortalité due à ce cancer les plus élevés¹¹, sont donc celles qui observent le moins les lignes directrices du test de Papanicolaou alors que théoriquement, elles devraient être, toutes proportions gardées, les plus nombreuses à avoir déjà subi un test de Papanicolaou car, étant donné leur âge, ce sont elles qui ont eu le plus d'occasions de passer cet examen. Ces résultats confirment ceux d'études antérieures indiquant que la fréquence du test de Papanicolaou chez les femmes âgées est inférieure à la norme^{20,23,25,30,31}.

Les immigrantes

Les études du dépistage du cancer parmi les groupes ethniques et les immigrants donnent à penser que certaines femmes hésitent à passer le test de Papanicolaou pour des raisons culturelles^{22,31}. Les données de l'ENSP appuient ces observations (tableau 2). Par exemple, les femmes nées en Asie sont celles pour lesquelles la cote exprimant le risque de n'avoir jamais passé un test de Papanicolaou est

la plus forte — presque neuf fois plus élevée que pour les femmes nées au Canada. Comme les immigrantes représentent 20 % des Canadiennes de 18 ans et plus, cette situation touche une part considérable de la population féminine (annexe).

Alors que les femmes nées en Asie sont les moins susceptibles d'avoir déjà passé le test de Papanicolaou, celles qui l'ont passé l'ont généralement fait moins de trois ans avant l'enquête. Les femmes nées en Amérique du Sud, en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Afrique qui ont passé au moins un test de Papanicolaou suivaient également mieux que les femmes nées au Canada les lignes directrices concernant l'intervalle entre les tests.

Caractéristiques socioéconomiques

L'enquête révèle aussi d'importants effets socioéconomiques qui corroborent les résultats d'études antérieures^{19,20,25}. Moins une femme est scolarisée, plus elle risque de n'avoir jamais subi un test de Papanicolaou. La cote exprimant le risque de non-observation des lignes directrices au cours de la vie est deux fois plus élevée pour les femmes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires que pour celles titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire. En outre, la cote exprimant le risque pour les femmes des deux groupes inférieurs de revenu du ménage est nettement plus élevée que celle calculée pour les femmes du groupe de revenu le plus élevé. Pareillement, les femmes qui appartiennent aux trois groupes inférieurs de revenu du ménage ont une cote exprimant le risque nettement plus élevée que celles ayant un revenu parmi les plus élevés.

Le niveau de scolarité est également lié au fait d'avoir passé récemment un test de Papanicolaou. Parmi les femmes ayant déjà passé ce test, la cote exprimant le risque de l'avoir fait il y a trois ans ou plus est nettement plus élevée pour celles qui ont engagé ou terminé des études secondaires que pour les femmes qui ont fait des études collégiales ou universitaires.

Province de résidence

Pour les femmes qui vivent au Québec, la cote

exprimant le risque de n'avoir jamais subi de test de Papanicolaou est très élevée, près du double de celle des résidentes du Nouveau-Brunswick, province qui se classe deuxième par ordre décroissant de cotes. C'est pour les femmes des quatre provinces de l'Ouest que la cote exprimant le risque de non-observation des lignes directrices de dépistage est la plus faible. En Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, provinces où le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus existe depuis le plus longtemps, la cote exprimant le risque de ne pas observer les lignes directrices au cours de la vie ne diffère pas significativement de celle observée pour la Saskatchewan, où cette cote est la plus faible.

Les Albertaines qui ont déjà passé un test de Papanicolaou sont celles qui observent le mieux l'intervalle recommandé de trois ans; la cote exprimant le risque de non-observation de ces femmes est la plus faible des dix provinces. Et alors que les résidentes du Québec présentent la cote exprimant le risque de ne pas observer les lignes directrices de dépistage au cours de la vie la plus élevée, celles qui ont déjà passé le test de Papanicolaou se conforment relativement à l'intervalle recommandé de trois ans. Inversement, la cote exprimant le risque de non-observation au cours de la vie des femmes de la Colombie-Britannique est faible, mais celles qui ont déjà passé le test de Papanicolaou ont la plus forte cote de risque d'avoir passé leur dernier test il y a plus de trois ans. Par conséquent, même dans la province ayant le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus le mieux établi au Canada, les lignes directrices concernant le dépistage ne sont pas complètement suivies.

Les résidentes des grandes régions urbaines

Vivre dans une grande ville n'a aucun effet significatif sur le fait qu'une femme ait déjà ou non passé un test de Papanicolaou. Cependant chez les femmes qui en ont déjà passé un, l'environnement influe sur la date du dernier examen. La cote exprimant le risque d'avoir passé le dernier test il y a trois ans ou plus est nettement plus faible pour les femmes des régions métropolitaines de recensement

urbaines ou des régions rurales que pour celles des petites régions urbaines ou régions rurales. Il se pourrait que l'accès aux installations médicales soit plus limité dans les petites régions urbaines et dans les régions rurales, ce qui influe sur la date du dernier examen de dépistage.

Nombre de partenaires sexuels

L'apparition du cancer du col de l'utérus est fortement associée à la précocité des premiers rapports sexuels et à la multiplicité des partenaires sexuels, car il est lié à l'infection par le virus du papillome humain (VPH), qui est transmissible sexuellement^{4,6,8}. L'étude montre qu'il est d'autant plus probable qu'une femme ait déjà subi un test de Papanicolaou que le nombre de ses partenaires sexuels l'année précédente était élevé. Compte tenu des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon lesquelles le dépistage devrait commencer avec le début de la vie sexuelle, il n'est pas étonnant que les femmes ayant eu au moins trois partenaires sexuels durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP ont la cote exprimant le risque de n'avoir jamais passé de test de Papanicolaou la plus faible — neuf fois plus faible que celle calculée pour les femmes qui n'ont eu aucun partenaire sexuel.

Chez les femmes qui ont déjà passé au moins une fois le test, le lien entre le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et la date du dernier test est similaire. La cote exprimant le risque de ne pas avoir passé le test au cours des trois dernières années est plus faible pour les femmes qui disent avoir eu au moins trois partenaires sexuels que pour celles qui n'ont eu qu'un partenaire.

Cependant, attribuer cette meilleure observation des lignes directrices au fait que les femmes à risque ont été mieux informées au sujet du cancer du col de l'utérus n'est qu'une conjecture. Cela pourrait découler de l'habitude qu'ont les médecins de réaliser un test de Papanicolaou avant de prescrire la pilule anticonceptionnelle ou d'en renouveler l'ordonnance.

État matrimonial et activité principale

Les célibataires sont les femmes les plus susceptibles

de n'avoir jamais passé de test de Papanicolaou. De plus, parmi les femmes qui ont déjà passé le test, les célibataires sont celles qui montrent la cote exprimant le risque la plus élevée d'avoir passé le dernier il y a plus de trois ans. Les veuves, qui sont plus susceptibles d'avoir déjà passé le test de Papanicolaou sont néanmoins, toutes proportions gardées, assez peu nombreuses à l'avoir passé au cours des trois dernières années.

Les femmes dont l'activité principale consiste à la fois à travailler et à s'occuper d'autres personnes ont une cote exprimant le risque de n'avoir jamais passé un test de Papanicolaou la plus faible, — significativement plus faible que celles des femmes dont le travail est l'unique activité principale. Les

femmes dont l'activité principale consiste à s'occuper d'autres personnes ont une cote exprimant le risque de ne pas avoir passé le test le plus récent au cours des trois dernières années la plus élevée — significativement plus élevée que celles des femmes dont le travail est l'activité principale.

Mot de la fin

Les efforts déployés pour faire mieux observer les lignes directrices sur le dépistage par le test de Papanicolaou de façon à réduire encore davantage l'incidence du col de l'utérus et la mortalité due à ce cancer donneraient sans doute de meilleurs résultats s'ils ciblaient les groupes de femmes dont il est question ici et dans des recherches antérieures. Par exemple, le taux élevé de non-observation des lignes directrices au cours de la vie chez les femmes nées à l'extérieur du Canada donne à penser que certains programmes de dépistage pourraient cibler les immigrantes. Le cancer du col de l'utérus est très courant dans les pays en voie de développement, où son taux d'incidence et le taux de mortalité sont fort élevés^{16,32} (voir *Comparaison entre pays*).

On a constaté que le dépistage est généralement excessif parmi les femmes qui courent un faible risque d'être atteintes d'un cancer du col de l'utérus et insuffisant pour les groupes à haut risque³³, observation qui est conforme, dans une certaine mesure, aux résultats présents. Alors que les femmes plus âgées sont celles qui courent le plus grand risque d'avoir un cancer du col de l'utérus, les données de l'ENSP montrent qu'elles ne subissent pas le test de Papanicolaou aussi fréquemment que recommandé. En revanche, il est encourageant d'observer que c'est pour les femmes ayant de multiples partenaires sexuels, qui courent également un risque élevé d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus à la suite d'une infection par le VPH, que la cote exprimant le risque de ne pas observer les lignes directrices quant au dépistage est la plus faible.

La moitié des cas de cancer invasifs du col de l'utérus surviennent chez des femmes qui n'ont jamais subi d'examen cytologique ou dont le dernier examen remonte à plus de cinq ans¹⁵. Les résultats de la présente étude, à savoir qu'un grand nombre de Canadiennes n'ont jamais passé le test de

Comparaisons entre pays

La publication quinquennale intitulée *Cancer Incidence in Five Continents*³², qui regroupe des données provenant des registres du cancer de tous les pays du monde, est la source des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus présentés ici.

Pays/registre du cancer	Taux comparatif d'incidence pour 100 000 femmes, 1988 à 1992
Zimbabwe : Harare, Africains [†]	67,2
Équateur : Quito	31,7
Costa Rica	24,5
Philippines : Manille	21,6
Inde : Bombay	20,2
République tchèque	16,4
Hong Kong	15,3
Danemark	15,2
Angleterre et pays de Galles [‡]	12,5
É.-U. : SEER, [§] Noires	12,0
Territoire de la capitale australienne	10,3
Japon : Osaka	9,2
Canada	7,8
É.-U. : SEER, [§] Blanche	7,5
Chine : Shanghai	3,3

Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population mondiale type.

[†] Les données pour le Zimbabwe correspondent à la période de 1990 à 1992 uniquement.

[‡] Les données pour l'Angleterre et le pays de Galles correspondent à la période de 1988 à 1990 uniquement.

[§] Surveillance, Epidemiology and End Results Program (États-Unis)

Papanicolaou ou qu'elles ont passé le dernier il y a plus de trois ans, donne à penser qu'il faudrait déployer plus d'efforts pour atteindre ces femmes.

Références

1. Santé Canada, *Travaux 1995 : un forum Canadien sur la coopération des programmes de dépistage et des stratégies de mise en place*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 27 février – 1 mars 1995.
2. Groupe de travail nommé par les sous-ministres de la Santé, «Dépistage du cancer du cervix. Épidémiologie et antécédants du carcinome du cervix», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 114 (5 juin) 1976, p. 1003-1012.
3. Santé Canada, *Programme de dépistage du cancer du cervix*, 1982, Ottawa, Santé Canada, 1982.
4. A.B. Miller, G. Anderson, J. Brisson *et al.*, «Rapport du Groupe de travail national sur le dépistage du cancer du cervix», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 145(10), 1991, p. 1301-1325.
5. E.J. Parboosingh, G. Anderson, E.A. Clarke *et al.*, «Cervical cancer screening: Are the 1989 recommendations still valid?», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 154(12), 1996, p. 1847-1853.
6. M.M. Cohen, «Why is there no progress against cervical cancer?», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 154(12), 1996, p. 1867-1869.
7. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. National Institutes of Health Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Cervical cancer. *Monographs, Journal of the National Cancer Institute*, 21, 1996, p. vii-xix.
9. Statistique Canada, *Guide du recensement de 1991*, (Statistique Canada, n° 92-305F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992.
10. Institut national du cancer du Canada, *Les statistiques canadiennes sur le cancer, 1998*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1998.
11. Statistique Canada, *L'incidence du cancer au Canada 1969-1993*, (n° 82-566-XPB au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1997.
12. Institut national du cancer du Canada, *Les statistiques canadiennes sur le cancer, 1995*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1995.
13. J.A. Bowman, R. Sanson-Fisher et S. Redman, «The accuracy of self-reported Pap smear utilisation», *Social Science and Medicine*, 44(7), 1997, p. 969-976.
14. J.A. Snider et J.E. Beauvais, «Utilisation du frottis de Papanicolaou au Canada : Estimation basée sur une population admissible rajustée en fonction des antécédents d'hystérectomie», *Maladies chroniques au Canada*, 19(1), 1998, p. 19-24.
15. G.H. Anderson, J.L. Benedet, J.C. Le Riche *et al.*, «Invasive cancer of the cervix in British Columbia: A review of the demography and screening histories of 437 cases seen from 1985-1988», *Obstetrics and Gynecology*, 80(1), 1992, p. 1-4.
16. M.P. Coleman, J. Estève, P. Damiecki *et al.*, *Trends in Cancer Incidence and Mortality*, Agence internationale de la recherche sur le cancer, série scientifique n° 121, Lyon, Agence internationale de la recherche sur le cancer, 1993.
17. D. Schohenfeld et J.F.(Jr.) Fraumeni (s. la dir. de), *Cancer Epidemiology and Prevention*, 2e révision, New York, Presses universitaires d'Oxford, 1996.
18. R. Herero, «Epidemiology of cervical cancer», *Journal of the National Cancer Institute*, monographie, 21, 1996, p. 1-6.
19. A. O'Connor, «Women's cancer prevention practices», (s. la dir. de) T. Stephens et D.F. Graham, *Enquête sur la promotion de santé 1990*, rapport technique Santé et Bien-être social Canada, n° H39-263/2-1990F au catalogue, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1993.
20. V. Goel, «Factors associated with cervical cancer screening: Results from the Ontario Health Survey», *Canadian Journal of Public Health*, 85(2), 1994, p. 125-127.
21. Centers for Disease Control and Prevention, «Trends in Cancer Screening—United States, 1987 and 1992», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(3), 1995, p. 57-65.
22. S.J. McPhee, J.A. Bird, T. Davis *et al.*, «Barriers to breast and cervical cancer screening among Vietnamese-American women», *American Journal of Preventive Medicine*, 13(3), 1997, p. 205-213.
23. R.A. Hayward, M.F. Shapiro, H.E. Freeman *et al.*, «Who gets screened for cervical and breast cancer? Results from a new national survey», *Archives of Internal Medicine*, 148, 1988, p. 1177-1181.
24. M.M. Cohen et K.M. Hammarstrand, «Papanicolaou test coverage without a cytology registry», *American Journal of Epidemiology*, 129(2), 1989, p. 388-394.
25. E.E. Calle, W.D. Flanders, M.J. Thun *et al.*, «Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women», *American Journal of Public Health*, 83(1), 1993, p. 53-60.
26. S.J. Katz et T.P. Hofer, «Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage, Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States», *Journal of the American Medical Association*, 272(7), 1994, p. 530-534.
27. J. Snider, J. Beauvais, I Levy *et al.*, «Trends in mammography and Pap smear utilization in Canada», *Maladies chroniques au Canada*, 17(3/4), 1996, p. 108-117.
28. T.P. Hofer et S.J. Katz, «Healthy behaviors among women in the United States and Ontario: The effect on use of preventive care», *American Journal of Public Health*, 86(12), 1996, p. 1755-1759.
29. L. Guyon, *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 1996.
30. L.M. Martin, E.E. Calle, P.A. Wingo *et al.*, «Comparison of mammography and Pap test use from the 1987 and 1992 National Health Interview Surveys: Are we closing the gaps?», *American Journal of Preventive Medicine*, 12(2), 1996, p. 82-90.

31. C.L. Brown, «Screening patterns for cervical cancer: How best to reach the unscreened population», *Monographs, Journal of the National Cancer Institute*, 21, 1996, p. 7-11.
32. D.M. Parkin, C.S. Muir, S.L. Whelan *et al.*, (s.la dir. de), *Cancer Incidence in Five Continents, Volume VII*, Agence internationale de recherche sur le cancer, série scientifique n° 143, Lyon, Agence internationale de recherche sur le cancer, 1997.
33. E.Grunfeld, «Cervical cancer: Screening hard-to-reach groups», éditorial, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(5), 1997, p. 543-545.

Annexe

Répartition en pourcentage des caractéristiques, femmes de 18 ans et plus, selon le degré d'observation des lignes directrices quant au test de Papanicolaou, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Toutes les femmes	Ont passé le test au cours des trois dernières années [†]	L'ont passé il y a moins de trois ans [†]	Ne l'ont jamais passé
Total	10 718 417	7 402 822	1 659 188	1 654 278
	100,0	100,0	%	100,0
Âge				
18-19	3,2	2,3	,1	10,6
20-29	17,6	20,1	2,5	21,6
30-39	24,6	29,3	15,6	13,0
40-49	18,4	20,7	17,1	9,6
50-59	13,1	13,0	18,4	8,5
60-69	11,3	9,6	19,4	10,9
70+	11,7	5,1	27,0	25,8
État matrimonial				
Célibataire (jamais mariée)	17,2	15,1	7,7	35,9
Mariée actuellement	56,7	60,7	57,6	38,2
Vit en union libre/avec un partenaire	6,8	8,2	3,4	4,0
Séparée ou divorcée	9,5	10,2	10,1	5,7
Veuve	9,9	5,9	21,3	16,2
Province de résidence				
Terre-Neuve	1,9	1,9	2,6	1,6
Île-du-Prince-Édouard	,5	,5	,6	,3
Nouvelle-Écosse	3,3	3,4	3,8	2,2
Nouveau-Brunswick	2,6	2,4	3,4	2,6
Québec	25,3	23,6	19,7	38,9
Ontario	37,8	38,1	38,7	35,4
Manitoba	3,7	3,8	4,5	2,1
Saskatchewan	3,3	3,4	4,4	1,6
Alberta	9,0	10,3	6,0	5,9
Colombie-Britannique	12,7	12,6	16,4	9,3
Réside dans une région métropolitaine				
Non	38,2	36,8	49,5	33,5
Oui	61,8	63,2	50,5	66,5
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires	25,5	19,8	36,5	40,3
Diplôme d'études secondaires	17,5	17,0	19,7	17,2
Certaines études post-secondaires	26,1	27,7	21,8	23,1
Collège ou université	30,8	35,5	22,0	19,1
Inconnu	,1	--	--	,4
Groupe de revenu du ménage				
Inférieur	20,2	17,4	22,9	29,5
Moyen-inférieur	28,9	26,2	35,7	34,3
Moyen-supérieur	33,4	36,6	29,8	23,1
Supérieur	13,5	16,0	8,1	7,7
Inconnu	4,0	3,8	3,5	5,4
Activité principale				
Travaille	24,9	27,7	15,1	21,9
Travaille et prend soin d'autres personnes	20,4	24,7	15,2	6,5
Prend soin d'autres personnes	27,2	27,2	29,4	24,7
Cherche du travail	2,0	2,1	1,5	2,2
Retraitée, étudiante, malade	25,5	18,3	38,8	44,7
Lieu de naissance				
Canada	80,4	82,1	83,7	69,4
Autres pays d'Amérique du Nord, Europe, Australie	11,8	11,2	13,5	12,4
Amérique du Sud, Amérique centrale, Caraïbes, Afrique	3,0	2,9	,8	5,7
Asie	4,9	3,9	1,9	12,5
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois[‡]				
Aucun	6,3	4,1	3,4	19,3
Un	45,9	55,1	23,4	27,7
Deux	2,5	3,0	,7	2,2
Trois ou plus	1,8	2,2	,1	1,6
Non demandé/Inconnu	43,4	35,7	72,3	49,2
Atteinte d'un cancer				
Oui	2,4	2,3	3,1	1,8
Non	97,6	97,7	96,9	98,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : La répartition des données ont été pondérées et représentent les femmes de 18 ans et plus des dix provinces hors-établissement.

† À l'exception des femmes qui ont déjà passé le test mais n'ont pas indiqué quand elles l'ont passé.

‡ On n'a pas demandé aux femmes de plus de 45 ans combien de partenaires sexuels elles avaient.

-- Nombres infimes

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse

Timothy Werschler

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les variations interprovinciales de l'utilisation des services hospitaliers par les femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Source des données

Les données sont extraites de la Base de données axée sur la personne, tenue à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Cette base de données regroupe les données sur les hospitalisations que les hôpitaux généraux et spécialisés transmettent aux administrations provinciales et territoriales. Cette base est complète pour chaque province ou territoire. Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

Techniques d'analyse

On a sélectionné un groupe de 57 627 femmes qui ont accouché en octobre ou en novembre 1993 en recherchant certains codes de la CIM-9 et de la CCA dans les enregistrements d'hospitalisation. Puis, on a couplé ces enregistrements à ceux d'autres hospitalisations survenues dans les six mois qui ont précédé et le quatre mois suivant l'accouchement.

Principaux résultats

Environ 15 % des femmes qui ont accouché en octobre ou en novembre 1993 ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six mois qui ont précédé leur accouchement. En revanche, 4 % seulement ont été hospitalisées durant les quatre mois qui ont suivi leur accouchement.

Mots-clés

Taux de réhospitalisation, durée de séjour, politique de soins de santé, accouchement, épisiotomie, césarienne.

Auteur

Timothy Werschler (613) 951-4954 travaille à la Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

On imagine généralement les hôpitaux comme des lieux réservés aux malades et aux blessés. Cependant, une fonction importante de nombre d'entre eux consiste à prodiguer des soins en rapport avec l'accouchement. Durant l'exercice 1993-1994, une femme hospitalisée sur quatre l'a été pour accoucher.

Bien que chaque grossesse et chaque accouchement soit unique, l'expérience vécue à cet égard par les femmes canadiennes dépend, en partie, des soins de santé qu'elles reçoivent. De nombreux facteurs, comme l'accès à des ressources hospitalières, la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital, les pratiques habituelles du médecin traitant, les politiques hospitalières et l'offre de services de consultation externe, influent sur l'utilisation des services hospitaliers en rapport avec la grossesse. Puisque la prestation des services de santé relève des autorités provinciales ou territoriales, l'utilisation des services hospitaliers durant la grossesse et l'accouchement peut aussi varier selon la région.

Méthodologie

Source des données

Les données de l'analyse sont extraites de la Base de données axée sur la personne tenue à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Cette base de données regroupe les données sur les hospitalisations que les hôpitaux généraux et spécialisés transmettent aux administrations provinciales et territoriales, et est considérée comme étant complète pour chaque province ou territoire. On n'avait pas de données pour le Yukon.

Chaque enregistrement d'hospitalisation contient des renseignements sur les caractéristiques du patient (comme le sexe et l'âge), les diagnostics, les interventions chirurgicales pratiquées, la durée de séjour, l'emplacement de l'hôpital et d'autres renseignements connexes. Les données sont soumises à plusieurs vérifications pour confirmer leur intégrité générale et s'assurer qu'elles conviennent à l'analyse.

Techniques d'analyse

Comme il n'existe aucun code de diagnostic ou d'intervention permettant d'indiquer clairement qu'un enfant est né durant une hospitalisation, on a jugé qu'une femme avait accouché si son dossier d'hospitalisation comportait un des codes suivants^{1,2}.

Accouchement normal : Code 650 de la CIM-9

Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement : Codes 660 à 669 de la CIM-9

Résultat de l'accouchement : Codes V27.0 à V27.7 de la CIM-9

Induction du travail, manœuvres instrumentales et opération césarienne : Codes 84.0 à 86.2 de la CCA

Césarienne, autre méthode spécialisée et méthode non spécialisée : Codes 86.8 et 86.9 de la CCA

Accouchement NCA ou SAI : Code 87.98 de la CCA

Les modifications mineures observées pour ces critères de sélection n'ont produit aucune variation importante de la taille de la population étudiée ou de sa composition, car la plupart des femmes ont pu être repérées grâce à plus d'un des codes susmentionnés. En vertu des critères de sélection, les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né ont été incluses dans l'analyse, afin de rendre l'échantillon plus complet. Cependant, il n'a pas été possible de déterminer quelles naissances étaient des mortinaissances. D'autres codes d'intervention, comme la cure d'hernie (codes 650 à 659 de la CCA) n'ont pas été utilisés comme

critères de sélection, car ils ne sont pas nécessairement associés à un accouchement.

Cette méthode de sélection a produit une population de 57 627 femmes. Durant la même période, on a enregistré 61 243 naissances à l'échelle nationale (naissances et mortinaissances regroupées). Après correction pour tenir compte des naissances multiples, on estime, d'après les enregistrements des naissances, que 59 915 femmes ont accouché. Par conséquent, la population examinée dans cet article représente 96 % environ des femmes qui ont accouché durant cette période.

Limites

Les données analysées dans cet article ne portent que sur les hospitalisations. Quoique la grande majorité des Canadiennes accouchent à l'hôpital, nombre de soins de santé prodigués avant et après l'accouchement le sont en cabinet privé ou au service de consultation externe d'un hôpital, mais nous n'avons pas examiné ici ce type de services.

De même, les hospitalisations qui sont survenues à l'extérieur de la province de résidence habituelle de la femme ont été exclues. Ces hospitalisations représentent environ 3 % de toutes les hospitalisations en 1993-1994. Inversement, les femmes arrivant d'une autre province et admises subséquemment à l'hôpital sont identifiées comme deux personnes distinctes dans la base de données. Ce traitement entache d'un léger biais par excès, de l'ordre de 1 %, le nombre total de patientes à l'échelle nationale (calculé d'après les taux de migration interprovinciale annuels courants).

La Base de données axée sur la personne ne contient pas de données sur les nouveau-nés. On attribue souvent à ces derniers le numéro d'assurance-santé de leur mère, jusqu'à ce qu'un numéro d'identification unique leur soit donné quelques jours après la naissance. Par conséquent, il n'est pas facile de coupler les données sur les services prodigués aux nouveau-nés immédiatement après l'accouchement et ceux prodigués lors d'hospitalisations subséquentes. Les données sur les hospitalisations liées à l'accouchement ne contiennent aucun renseignement sur la parité (nombre d'enfants nés de la même mère). Par conséquent, il n'est pas possible d'examiner le lien entre cette dernière et la durée de l'hospitalisation, le taux de réhospitalisation et les interventions pratiquées à la naissance.

Cet article décrit les services hospitaliers associés à la grossesse dispensés à 57 627 femmes admises à l'hôpital pour accoucher en octobre ou en novembre 1993. Il est basé sur des renseignements tirés de la Base de données axée sur la personne de la Division des statistiques sur la santé. On y analyse les variations par province de l'hospitalisation des femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (voir *Méthodologie*).

Contrairement aux bases de données «classiques» sur les hospitalisations, la Base de données axée sur la personne permet de coupler les enregistrements qui se rapportent à une même personne en fonction du numéro d'assurance-santé fourni au moment de l'admission à l'hôpital. Ce couplage permet d'axer l'analyse sur la personne plutôt que sur les événements (hospitalisations).

Pour deux provinces, le Québec et la Nouvelle-Écosse, on n'a pu coupler que les enregistrements des hospitalisations survenues durant un seul exercice. On a donc choisi pour l'analyse les femmes qui ont accouché à l'hôpital en octobre ou en novembre, afin de pouvoir examiner toutes les hospitalisations de ces femmes durant les six mois qui ont précédé l'accouchement et durant les quatre

Tableau 1
Taux d'hospitalisation liée à la grossesse, provinces et territoire, octobre-novembre, 1993

	Femmes qui ont accouché	Taux d'hospitalisation prénatale	Taux d'hospitalisation postnatale	Hospitalisation pour accouchement uniquement
	Nombre	%	%	%
Canada	57 627	14,9	3,8	81,3
T.-N.	1 004	20,5	5,1	74,4
Î.-P.-É.	238	19,3	5,5	75,2
N.-É.	1 704	17,2	5,8	77,1
N.-B.	1 413	15,7	5,2	79,1
Qué.	13 444	14,9	3,0	82,2
Ont.	22 943	13,7	3,1	83,2
Man.	2 228	21,9	4,9	73,2
Sask.	2 075	19,9	7,5	72,7
Alb.	5 460	14,6	5,6	79,8
C.-B.	6 937	13,6	4,1	82,4
T.N.-O.	181	19,3	7,2	73,5

Source des données : Base des données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

mois qui ont suivi.

À l'hôpital seulement pour l'accouchement

Parmi les femmes du groupe observé, 81 % n'ont été admises qu'une seule fois à l'hôpital durant l'exercice 1993-1994, et ce, pour accoucher (tableau 1). Environ 15 % ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six mois qui ont précédé l'accouchement, chiffre qui confirme ceux des études menées aux États-Unis^{3,4}. Par contre, 4 % seulement ont dû être hospitalisées dans les quatre mois qui ont suivi l'accouchement.

Tableau 2
Diagnostics principaux au moment de l'hospitalisation prénatale, Canada, octobre-novembre, 1993

Diagnostic (code CIM-9)	Nombre	Pourcentage des hospitalisations prénatales†	Pourcentage de tous les accouchements
		%	
Travail prématuré et faux travail (644)	3 917	33	6,8
Autres complications de la grossesse, non classées ailleurs (646)	1 199	10	2,1
Autres complications classées ailleurs, mais compliquant la grossesse (648)	1 089	9	1,9
Hémorragie, antepartum décollement prématuré du placenta, placenta praevia (641)	844	7	1,5
Hypertension compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (642)	831	7	1,4
Vomissements incoercibles (643)	669	6	1,2
Autres problèmes se rapportant à la cavité amniotique et aux membranes (658)	405	3	0,7
Hémorragie du début de la grossesse (640)	317	3	0,6
Anomalies des tissus mous du bassin et des organes pelviens (654)	241	2	0,4
Autres problèmes concernant le fœtus et le placenta, conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère (656)	229	2	0,4

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

† Taux calculés d'après 11 807 hospitalisations prénatales, en incluant les hospitalisations multiples d'une même personne (15 % des hospitalisations).

Les hospitalisations avant l'accouchement

Le taux d'hospitalisation dans les six mois qui ont précédé l'accouchement varient considérablement d'une région à l'autre. Les taux enregistrés en Colombie-Britannique, en Ontario, en Alberta et au Québec sont identiques ou inférieurs à la moyenne nationale. Les autres provinces, y compris les Territoires du Nord-Ouest, affichent des taux supérieurs à la moyenne, les plus élevés étant observés au Manitoba et à Terre-Neuve.

Les principales causes d'une hospitalisation durant les six mois qui précèdent un accouchement sont le travail prématuré et le faux travail, les autres complications de la grossesse non classées ailleurs (comme les infections mineures de l'appareil génito-urinaire, les problèmes hépatiques et l'œdème gestationnel) et les autres complications classées ailleurs, mais compliquant la grossesse (comme le diabète sucré, l'anémie et les maladies cardiovasculaires). Ensemble, ces causes représentent plus de la moitié des hospitalisations survenant avant l'accouchement (tableau 2).

La durée de l'hospitalisation varie selon la province

D'après les données administratives sur les dates

d'admission et de départ pour les séjours associés à l'accouchement, on arrive à produire des estimations cohérentes de la durée moyenne de l'hospitalisation selon la province ou le territoire. Au niveau national, la durée moyenne de l'hospitalisation pour cause d'accouchement est de 3,6 jours (tableau 3). Cependant, elle est plus courte en Ontario et dans l'Ouest du Canada que dans l'Est. C'est pour les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta et l'Ontario que les séjours moyens à l'hôpital sont les plus courts. Contrairement à ce qu'il se passe dans la plupart des autres provinces ou territoires, l'hospitalisation comparativement brève dans les Territoires du Nord-Ouest (2,8 jours) pourrait tenir à la pratique consistant à transporter les femmes ayant une grossesse à haut risque dans les établissements médicaux plus importants et plus spécialisés des provinces voisines.

Les chiffres concernant la durée moyenne de séjour à l'hôpital présentés ici sont comparables aux résultats de l'*Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique de Santé Canada*⁵. Les écarts pourraient tenir aux unités d'analyse. Ainsi les chiffres de cet article se fondent sur les séjours à l'hôpital liés à l'accouchement et sont pondérés en fonction de la population. Par contre, dans le rapport de Santé

Tableau 3

Durée moyenne de l'hospitalisation pour accouchement, selon la province et territoire, octobre-novembre 1993

	Nombre total de journées d'hospitalisation			Femmes hospitalisées			Durée moyenne de l'hospitalisation		
	Total	Césarienne	Pas de césarienne	Total	Césarienne	Pas de césarienne	Total	Césarienne	Pas de césarienne
	Jours			Nombre			Jours		
Canada	209 325	61 780	147 545	57 627	10 484	47 143	3,6	5,9	3,1
Terre-Neuve	4 302	1 257	3 045	1 004	204	800	4,3	6,2	3,8
Île-du-Prince-Édouard	1 114	375	739	238	48	190	4,7	7,8	3,9
Nouvelle-Écosse	7 354	2 063	5 291	1 704	330	1 374	4,3	6,3	3,9
Nouveau-Brunswick	6 365	2 105	4 260	1 413	301	1 112	4,5	7,0	3,8
Québec	56 197	15 191	41 006	13 444	2 292	11 152	4,2	6,6	3,7
Ontario	75 629	23 345	52 284	22 943	4 160	18 783	3,3	5,6	2,8
Manitoba	7 782	2 614	5 168	2 228	395	1 833	3,5	6,6	2,8
Saskatchewan	7 943	2 036	5 907	2 075	347	1 728	3,8	5,9	3,4
Alberta	17 257	4 654	12 603	5 460	895	4 565	3,2	5,2	2,8
Colombie-Britannique	24 882	8 095	16 787	6 937	1 502	5 435	3,6	5,4	3,1
Territoires du Nord-Ouest	500	45	455	181	10	171	2,8	4,5	2,7

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé

Canada, l'unité d'analyse est l'hôpital ou le service d'obstétrique, chaque unité ayant le même poids à chaque unité.

Une femme sur trois subit une épisiotomie

Une des interventions les plus courantes durant l'accouchement est l'épisiotomie (code 85.7 de la CCA) (tableau 4). Si on inclut les épisiotomies associées à l'usage de forceps ou à l'extraction par ventouse (codes 84.7 et 84.1), 31 % des accouchements comprennent une forme d'épisiotomie. (Une étude récente de Santé Canada, établissait à 55% le taux total d'épisiotomie⁵. Les écarts pourraient encore tenir des unités d'analyse.)

Une proportion semblable de femmes (36 %) subissent la réparation d'autres lacérations obstétricales, certaines étant consécutives à l'épisiotomie. Quoiqu'on ait très souvent recours à cette dernière, certains chercheurs soutiennent que peu de données justifient son utilisation systématique et que la réduction du taux d'épisiotomie aurait des répercussions favorables sur la santé^{6,7}.

Le travail est déclenché une fois sur sept

Il arrive qu'un travail qui a commencé naturellement cesse après l'admission à l'hôpital et il faut alors le

déclencher de nouveau médicalement. Dans d'autres cas, on déclenche le travail d'emblée, souvent parce que la grossesse s'est prolongée au-delà de la date prévue de l'accouchement. Parmi le groupe de femmes observées, un accouchement sur sept a été induit médicalement et les membranes ont été rompues artificiellement chez une femme sur trois.

Lorsqu'on décide de provoquer un accouchement, on peut planifier de le faire durant les heures normales de travail, pendant lesquelles l'accès au médecin traitant et au personnel hospitalier est plus facile. Le taux d'hospitalisation des femmes prêtes à accoucher est supérieur d'environ 10 % à la moyenne durant la semaine et inférieur d'environ 20 % à cette moyenne les week-ends et les jours fériés.

Césarienne

En tout, 18 % des accouchements ont eu lieu par opération césarienne basse, intervention pratiquée plus fréquemment chez les mères âgées et chez celles qui ont déjà subi une césarienne antérieurement^{8,9}. Ce chiffre corrobore les estimations publiées ailleurs. Cependant, certaines études récentes laissent entendre qu'on pourrait réduire ce taux de moitié sans affecter la santé de la mère ou de l'enfant^{5,10}.

Les taux de morbidité maternelle et néonatale associés à la césarienne sont plus élevés que ceux

Tableau 4

Taux de prévalence des interventions liées à l'accouchement les plus courantes, par province et territoire, octobre-novembre, 1993

Intervention (code CCA)	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.
	%											
Réparation d'autres lacérations obstétricales (87.8)	36	29	17	36	15	38	34	35	37	40	39	44
Rupture artificielle des membranes (85.0)	35	36	53	41	12	44	32	32	26	36	33	40
Épisiotomie (85.7)	21	24	34	24	17	29	20	23	17	18	15	15
Autres opérations sur le fœtus et l'amnios (87.5)	20	33	-	4	1	17	16	17	15	57	18	7
Césarienne cervicale (86.1)	18	20	23	19	21	17	17	20	17	16	22	6
Accouchement assisté manuellement (85.6)	16	15	-	16	12	12	22	1	16	12	14	21
Autres actes obstétricaux (87.9)	15	8	-	-	-	24	19	-	10	-	6	1
Induction médicale du travail (85.5) [†]	14	16	19	17	9	13	14	20	11	14	14	8
Extraction par ventouse (84.7)	7	5	2	3	3	8	6	3	11	9	6	10
Accouchement avec forceps bas avec épisiotomie (84.1)	4	4	3	4	4	4	4	6	3	3	3	1

Source des données : Base de données axée sur la personne, Division des statistiques sur la santé.

Nota : Taux calculés en se fondant sur le fait que 56 967 femmes ont subi au moins une intervention durant l'accouchement.

† Inclut la rotation manuelle de la tête du fœtus, l'accouchement spontané assisté, la manoeuvre de Credé et les autres actes.

- Néant ou zéro

observés pour l'accouchement par voie vaginale¹¹. Comme on pouvait s'y attendre, la césarienne est en général suivie d'une hospitalisation plus longue (tableau 3). Cependant, certaines études américaines récentes appuient la thèse selon laquelle les programmes comprenant la sortie rapide de l'hôpital après la césarienne et un suivi à domicile sont bénéfiques pour la santé et permettent de réaliser des économies importantes^{12,13}. Au Canada, environ 25 % des hôpitaux ont mis sur pied un programme de sortie rapide de l'hôpital⁵.

Surveillance du fœtus

La surveillance du fœtus durant l'accouchement (code 87.5 de la CCA) varie considérablement d'une région à l'autre, les principales méthodes appliquées étant l'amnioscopie à l'aiguille, l'électrocardiographie (EKG) fœtale et la prise d'échantillons de sang. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, on a recours à la surveillance fœtale durant moins de 5 % des accouchements. Au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique 15 % à 18 % des naissances bénéficient de cette approche. Enfin, à Terre-Neuve, la surveillance du fœtus a lieu durant le tiers des accouchements et, en Alberta, durant plus de la moitié. Selon d'autres études, la majorité des hôpitaux canadiens seraient en faveur du monitoring électronique initial du fœtus, mais une minorité seulement, de la surveillance continue de la fréquence cardiaque du fœtus⁵.

Bien que la plupart des accouchements bénéficient d'une certaine forme d'assistance durant l'accouchement, les pratiques semblent varier considérablement d'une région à l'autre. On croit donc que le choix de l'intervention dépend, en partie, des habitudes régionales. Cependant, puisque les estimations recueillies ici se fondent que sur une période de deux mois, il convient de les interpréter avec prudence. Certaines variations pourraient tenir à la période relativement courte à laquelle se rapportent les taux ou à des variations provinciales des méthodes de codage.

La variation de la fréquence des «autres actes obstétricaux» est vraisemblablement due aux conventions de codage adoptées par chaque

province ou territoire. Ce code, que l'on utilise comme un code global pour les accouchements durant lesquels aucune intervention précise n'a été pratiquée, n'est pas nécessairement appliqué uniformément.

L'hospitalisation brève augmente-t-elle le taux de réhospitalisation?

Étant donné le raccourcissement du séjour à l'hôpital^{14,15}, on s'inquiète de plus en plus de savoir si cette pratique n'a pas de répercussions néfastes sur la santé de la nouvelle mère et de son bébé. On s'est servi des taux de réhospitalisation pour essayer d'évaluer l'évolution des résultats observés en ce qui concerne la santé, mais ces données pourraient être trompeuses, le taux de réhospitalisation en disant peut-être davantage sur l'accès aux services de santé dans chaque province que sur les résultats en matière

Tableau 5
Diagnostics principaux au moment de l'hospitalisation après l'accouchement, Canada, octobre-novembre, 1993

Diagnostic (code CIM-9)	Nombre	Pourcentage	
		des hospitalisations postnatales [†]	de tous les accouchements
		%	
Cholélithiase (574) [‡]	392	15	0,7
Hémorragie du post-partum (666)	248	10	0,4
Examen et soins du post-partum (V24)	228	9	0,4
Infection puerpérale grave (670)	166	6	0,3
Mesures contraceptives (V25)	91	4	0,2
Complications des suites des couches, autres et sans précision (674) [‡]	80	3	0,1
Autres problèmes en rapport avec l'abdomen et le pelvis (789)	52	2	0,1
Personnes en quête d'avis ou de conseils, sans plainte ou maladie (V65) [‡]	52	2	0,1
Infections du sein et du mamelon associées à l'accouchement (675)	51	2	0,1
Autres complications de la grossesse non classées ailleurs (646)	42	2	0,1

Source des données: Base de données axées sur la personne, Division des statistiques sur la santé.

[†] Taux calculés d'après 2 598 hospitalisations après l'accouchement en incluant les hospitalisations multiples de la même personne (15 % des hospitalisations).
[‡] On ne sait pas si les hospitalisations pour ces diagnostics sont liées à la grossesse.

de santé¹⁶. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, la durée moyenne d'hospitalisation à l'accouchement excède d'un jour entier celle de l'Ontario, mais les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement y sont tous deux nettement plus élevés qu'en Ontario.

Les hospitalisations après l'accouchement

Seulement 4 % des femmes du groupe étudié ont été hospitalisées de nouveau dans les quatre mois qui ont suivi la naissance de leur enfant (tableau 1). D'autres recherches corroborent ce résultat et indiquent également qu'une faible proportion seulement de femmes qui éprouvent des complications postnatales sont hospitalisées^{11,17}. Parmi celles qui le sont, les principales causes diagnostiquées sont la cholélithiase (calculs biliaires), l'hémorragie du post-partum, l'examen et les soins du post-partum et l'infection puerpérale grave (tableau 5). Pour ce groupe, 45 jours, en moyenne, se sont écoulés entre la sortie de l'hôpital et la seconde hospitalisation.

La ventilation des taux d'hospitalisation après l'accouchement selon la province révèle certaines variations. Seuls le Québec et l'Ontario affichent des taux inférieurs à la moyenne nationale, tandis que la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont les taux les plus élevés. Il convient toutefois d'interpréter avec prudence les taux d'hospitalisation calculés pour l'Île-du-Prince-Édouard et pour les Territoires du Nord-Ouest, car ils reposent sur un petit nombre de cas.

Mot de la fin

L'utilisation de ressources hospitalières durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale varie considérablement d'une région à l'autre du pays. Dans les provinces atlantiques, plus de femmes sont, proportionnellement, hospitalisées avant et après l'accouchement et c'est aussi dans cette région que l'hospitalisation associée à l'accouchement est la plus longue. Par contre, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, cette hospitalisation est relativement courte et les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement sont généralement faibles.

Les résultats varient ailleurs au pays. Au Québec, l'hospitalisation est assez longue au moment de l'accouchement, mais les taux d'hospitalisation en périodes pré et postnatales sont faibles. Inversement, au Manitoba, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, l'hospitalisation est brève, mais les taux d'hospitalisation avant et après l'accouchement sont assez élevés.

Les résultats présentés ici reflètent l'utilisation des services hospitaliers associée à la grossesse et à l'accouchement durant l'exercice 1993-1994, période la plus récente pour laquelle on dispose de données couplées sur les hospitalisations. Depuis, l'utilisation des services hospitaliers associée à la grossesse n'a cessé d'évoluer, notamment à cause de politiques hospitalières plus précises quant à la longueur du séjour lors d'un accouchement sans complications, d'un meilleur accès aux services d'une sage-femme et à l'accroissement constant des programmes de soins pré et postnatals en dehors des milieux hospitaliers.

Remerciements

L'auteur remercie Wayne J. Millar pour ses conseils et son aide analytique dans l'élaboration de cet article.

Références

1. Statistique Canada, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, (n° 82-562F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992.
2. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, volume 1, Genève, OMS, 1977.
3. D. Grimes, «The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 170(5), 1994, p. 1489-1494.

4. J. Haas, S. Berman, A. Goldberg *et al.*, «Prenatal hospitalization and compliance with guidelines for prenatal care», *American Journal of Public Health*, 86(6), 1996, p. 815-819.
5. Canadian Institute of Child Health, *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*, Ottawa, 1995.
6. J. Reynolds, «Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program», *Journal de l'Association canadienne médicale*, 153(3), 1995, p. 275-282.
7. R. Lede, J. Belizan et G. Carroli, «Is routine use of episiotomy justified?», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 174(5), 1996, p. 1399-1402.
8. W. Millar, C. Nair et S. Wadhera, «Diminution des taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre?», *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 17-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. Y. C. MacNab, J. MacDonald et T. Tuk, «Risques de la maternité à un âge avancé», *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 43-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. L. Schimmel et J. DeJoseph, «Toward lower caesarean birth rates and effective care: Five years' outcomes of joint private obstetric practice», *Birth*, 24(3), 1997, p.181-187.
11. D. Donahue, D. Brooten, M. Roncoli *et al.*, «Acute care visits and rehospitalization in women and infants after caesarean birth», *Journal of Perinatology*, 14(1), 1994, p. 36-40.
12. D. Brooten, M. Roncoli, S. Finkler *et al.*, «A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having caesarean birth», *Obstetrics and Gynaecology*, 84(5), 1994, p. 832-838.
13. T. Strong, W. (Junior) Brown, W. (senior) Brown *et al.*, «Experience with early postcesarean hospital dismissal», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 169(1), 1993, p. 116-119.
14. J. Randhawa et Rod Riley, «Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 45-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
16. K. Lee, M. Perlman, M. Ballantyne *et al.*, «Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate», *Journal of Paediatrics*, 127(5), 1995, p. 758-760.
17. C. Glazener, M. Abdalla, P. Stroud *et al.*, «Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 1995, p. 282-287.

Les soins à domicile au Canada

Kathryn Wilkins et Evelyn Park

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit, entre autres, les caractéristiques socioéconomiques liées à la santé des personnes qui bénéficient des services officiels de soins à domicile financés par l'administration publique.

Source des données

Les données sont tirées de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. L'analyse porte sur 16 291 personnes de 18 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a établi le profil des bénéficiaires de services de soins à domicile financés par les administrations publiques d'après les fréquences unidimensionnelles pondérées et la régression logistique multivariée.

Principaux résultats

En 1994-1995, le nombre de bénéficiaires de services de soins à domicile financés par l'administration publique s'élevait à plus d'un demi-million. Les personnes âgées, de sexe féminin, souffrant d'au moins deux problèmes de santé chroniques ou vivant avec d'autres personnes représentent une part importante de ces bénéficiaires. Les caractéristiques liées de façon significative avec l'obtention de soins à domicile incluent la vieillesse, un état de santé général mauvais ou passable, l'abstinence en regard de l'alcool (par opposition à une consommation régulière), un faible revenu, le fait de vivre seul, d'avoir besoin d'aide pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne et le fait de souffrir d'un cancer ou de séquelles d'un accident vasculaire cérébral.

Mots-clés

Services de soins à domicile, personne âgée, personne handicapée, soins infirmiers à domicile, activités de la vie quotidienne.

Auteurs

Kathryn Wilkins (613) 951-1769 et Evelyn Park (613) 951-5821 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Ces dernières années, la restructuration des services de santé a entraîné la fermeture de certains hôpitaux¹ et la diminution du nombre de lits. En outre, les efforts en vue de limiter les coûts se sont traduits par des hospitalisations plus courtes. La baisse des taux d'hospitalisation et la réduction de la durée de séjour à l'hôpital donnent à penser que, après une intervention chirurgicale ou une maladie l'on renvoie maintenant certains patients chez eux à un stade de rétablissement plus précoce que par le passé^{2,3}. De surcroît, étant donné le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes atteintes d'un problème de santé chronique débilisant, comme l'arthrite ou la démence, vivent dans la collectivité⁴.

Les divers paliers d'administration accordent, à l'heure actuelle, beaucoup d'attention à la prestation de services de soins de santé et de soutien à domicile, car une telle solution de rechange serait moins coûteuse que la prestation de soins de courte ou de longue durée en établissement, ou permettrait de faire la transition après l'obtention de ces soins. Selon un rapport publié en 1997 par le Forum national sur

sur la santé, les soins à domicile représentent un des trois domaines dans lesquels on doit prendre certaines mesures pour passer à un régime plus intégré⁵. Le financement de soins à domicile était considéré comme une priorité dans le budget fédéral de 1997 et la prestation de ce genre de soins a fait l'objet d'une conférence nationale en 1998⁶.

En plus des recommandations consistant à fusionner les soins à domicile et les services de soins de santé financés par l'administration publique, le Forum national sur la santé a souligné qu'il serait souhaitable de normaliser les soins à domicile dans les diverses régions du Canada. À l'heure actuelle,

la prestation de services de soins à domicile est centralisée dans certaines provinces, mais contrôlée à l'échelon régional ou local dans d'autres. La recommandation d'un médecin peut être nécessaire dans un endroit, tandis que celle d'un organisme social peut suffire dans un autre^{7,8}. En outre, dans la plupart des provinces ou territoires, mais non dans tous, les bénéficiaires de soins à domicile doivent verser des frais minimes, en fonction de leurs moyens⁹. Dans certaines régions, les soins à domicile incluent une gamme complète de services, y compris la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, les soins palliatifs et les soins aigus; dans d'autres, on

Méthodologie

Source des données

Cette analyse se fonde en grande partie sur les données de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 menée par Statistique Canada dans les 10 provinces. Donc, on présente aussi certaines données provenant de la composante institutionnelle, qui couvre les résidents de longue durée des établissements de soins prolongés.

L'échantillon de l'ENSP comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après un tri de sélection (pour que l'échantillon reste représentatif)¹⁰, 20 725 ménages restaient dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chaque membre du ménage. En tout, on a recueilli des données sur 58 439 personnes. (Cette base de données s'appelle le Fichier général). En outre, on a demandé à une personne choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie avait 12 ans ou plus. Le taux de réponse au questionnaire détaillé sur la santé s'adressant aux personnes de 12 ans et plus atteint 96,1 % ou 17 626 personnes. (La base de données ainsi constituée, le Fichier santé, comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général se rapportant à ces personnes.) L'analyse porte sur les 16 291 adultes (personnes de 18 ans et plus) interrogés.

Techniques d'analyse

On s'est servi des totalisations de certaines variables pour décrire les bénéficiaires de soins à domicile financés par l'administration publique (appelés ici services officiels de soins à domicile) et pour les comparer à la population générale des ménages. Les estimations sont pondérées en fonction de la répartition selon l'âge et le sexe de la population canadienne de 18 ans et plus en 1994-1995.

On a étudié les associations entre diverses variables indépendantes et l'obtention de soins à domicile par régression logistique multidimensionnelle, en tenant compte des effets d'autres facteurs qui influent sur la santé. L'analyse par régression a été effectuée sur les données fournies par les 568 personnes de 18 ans et plus qui ont dit avoir bénéficié des soins à domicile au cours des 12 mois précédant l'enquête, ainsi que sur les 15 663 personnes qui n'ont pas bénéficié de ce genre de soins et pour lesquels on disposait de données complètes. Pour éviter de perdre les données sur les 4 % de personnes qui n'ont pas fourni de renseignements sur le revenu, on a créé la catégorie « revenu du ménage : données non disponibles ». Pour réduire le biais, on a pondéré les régressions en appliquant des poids d'échantillonnage rééquilibrés de façon à ce que leur somme soit égale à la taille de l'échantillon. Pour tenir compte des effets de plan de sondage, on a considéré que les rapports de cotes n'étaient statistiquement significatifs que si les valeurs des bornes inférieure et supérieure de leur intervalle de confiance de 95 % ne tombaient pas dans la fourchette de 0,945 à 1,055.

ne propose que les soins standards, comme les soins infirmiers et les services d'aide familiale.

Ce manque d'uniformité pose des difficultés pour la recherche et pourrait expliquer pourquoi les rapports publiés sur les soins à domicile mettent presque exclusivement l'accent sur les programmes administrés au niveau provincial ou régional¹¹⁻¹³. Pourtant, il est essentiel d'identifier qui sont les bénéficiaires de soins à domicile au niveau national pour concevoir la prestation de services harmonisés.

On a recueilli des données sur les services de soins à domicile financés par les administrations publiques prodigués dans les diverses régions du pays dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Cette analyse est fondée sur les données de 1994-1995 de l'ENSP, et décrit le profil des bénéficiaires de soins à domicile officiels, en ce qui a trait à l'état de santé et aux caractéristiques comportementales, personnelles et sociales (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). On y précise aussi quels facteurs sont, après avoir tenu compte d'autres variables pertinentes, associés à l'obtention de soins à domicile. Enfin, on y examine la proportion de personnes qui, ayant besoin d'aide, bénéficient effectivement de services officiels de soins à domicile.

Les femmes et les soins à domicile — un lien indirect

En 1994-1995, on estime que, 522 900 Canadiens adultes, c'est-à-dire 2,4 % de la population de 18 ans et plus, ont bénéficié de services de soins à domicile officiels au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Plus du tiers (36 %) de ces bénéficiaires avaient moins de 65 ans, résultat qui indique clairement que les soins à domicile ne se limitent pas à des services gériatriques.

La proportion de bénéficiaires ayant moins de 65 ans est certes importante, mais les bénéficiaires de soins à domicile comptent une proportion beaucoup plus faible de représentants de ce groupe d'âge que les membres des ménages ne bénéficiant pas de ce genre de soins (tableau 1). Seulement 1 % des membres des ménages de moins de 65 ans reçoivent des soins à domicile, comparativement à 8 % de personnes appartenant au groupe des 65 à

Tableau 1
Certaines caractéristiques des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Bénéficiaires de soins à domicile	Non-bénéficiaires
	%	
Âge		
18-64	35,9	86,0
65-79	39,8	11,9
80+	24,3	2,1
Sexe		
Hommes	32,7	49,5
Femmes	67,4	50,6
Modalités de vie		
Vit seul(e)	39,0	12,0
Vit avec d'autres	61,0	88,0
Revenu du ménage		
Inférieur	13,9	5,4
Moyen-inférieur	25,1	11,1
Moyen	33,0	28,0
Moyen-supérieur	18,4	35,2
Supérieur	5,2	15,5
Données non disponibles	4,4	4,7
Problèmes de santé chroniques[†]		
Arthrite/rhumatisme	45,7	13,4
Maux de dos (non arthritiques)	27,6	14,8
Bronchite chronique/emphysème	11,3	3,1
Cancer	9,6	1,6
Cataracte	17,2	2,3
Diabète	15,5	3,1
Maladie cardiaque	25,3	3,7
Hypertension	28,8	9,2
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	10,0	0,7
Incontinence urinaire	8,0	1,0
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	56,3	14,0
État de santé général		
Mauvais	20,6	2,0
Passable	29,0	8,2
Bon	29,2	27,0
Très bon	16,5	37,3
Excellent	4,8	25,5
Besoin d'aide dans les AVQ[†]	25,4	0,9
Déplacement à l'intérieur de la maison	13,0	0,5
Soins personnels	22,5	0,7
Besoin d'aide dans les AIVQ[†]	72,3	7,6
Préparation des repas	31,4	1,4
Achat d'épicerie	40,8	2,5
Travaux ménagers	50,9	2,8
Gros travaux domestiques	63,0	7,0
Blessure limitant les activités au cours des 12 derniers mois	21,5	15,8
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois		
Aucune	50,5	90,8
1 à 7 nuits	21,7	6,9
8 nuits et plus	27,8	2,1
Consommation d'alcool		
Aucune	47,5	20,1
Occasionnelle (< 1 verre par semaine)	34,9	41,5
Régulière (au moins 1 verre par semaine)	17,6	38,4
Tabagisme		
Jamais	37,2	38,0
Occasionnel/ancien fumeur	42,4	35,8
Quotidien	20,5	26,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

[†] Les pourcentages peuvent excéder 100 %, car on a accepté les réponses multiples.

[‡] Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé.

79 ans et à 22 % de celles appartenant au groupe des 80 ans et plus. Comme on pouvait s’y attendre, même en tenant compte de l’effet qu’occasionnent certains problèmes de santé chroniques et d’autres facteurs ayant une incidence sur la santé, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile est pratiquement trois fois plus élevée pour les personnes âgées que pour les personnes de 18 à 64 ans (tableau 2).

Les deux tiers des bénéficiaires de soins à domicile sont des femmes, mais la cote corrigée exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile n’est pas plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Ces résultats reflètent l’association entre le sexe féminin et des facteurs plus fortement liés à l’obtention de soins à domicile, comme la vieillesse, la manifestation de problèmes de santé chroniques et la nécessité d’obtenir de l’aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVL).

Définitions

On a lu la définition qui suit aux participants à l’ENSP : « Par services de soins à domicile, on entend des soins de santé ou des services d’aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l’entretien ménager, physiothérapie, counseling, repas livrés à domicile. » On a demandé : « Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? (Oui/Non) Quel genre de services avez-vous reçu? (Précisez) »

Pour mesurer la prévalence des problèmes de santé chroniques, on a demandé : « Souffrez-vous de certains des problèmes de santé de longue durée (c’est-à-dire un état qui persiste et qui devrait persister six mois ou plus) diagnostiqués par un professionnel de la santé dont voici la liste : asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos autres que ceux dus à l’arthrite, hypertension, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, cataracte, glaucome? »

Pour mesurer l’incidence des blessures, on a demandé : « Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales? »

Pour évaluer la dépendance en regard des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), on a demandé : « À cause d’un problème de santé, avez-vous besoin de l’aide d’une autre personne pour préparer les repas? Magasiner pour acheter de l’épicerie ou d’autres produits essentiels? Accomplir les tâches ménagères quotidiennes normales? Accomplir les gros travaux domestiques, comme laver les murs, entretenir le jardin, etc.? »

Pour évaluer la dépendance en regard des activités de la vie

quotidienne (AVQ), on a étendu la question aux « soins personnels, comme se laver, s’habiller ou manger? Se déplacer à l’intérieur de la maison? »

Pour obtenir des renseignements sur l’état de santé général, on a demandé : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? »

La consommation d’alcool est catégorisée comme suit :

1. régulière (au moins un verre par semaine);
2. occasionnelle (2 à 3 verres par mois au plus);
3. n’a jamais bu ou ne boit pas pour le moment (aucune consommation d’alcool au cours des 12 derniers mois).

Le tabagisme est catégorisé comme suit :

1. fumeur régulier (fume quotidiennement à l’heure actuelle);
2. ancien fumeur ou fumeur occasionnel à l’heure actuelle (« occasionnel » correspond à une consommation moins fréquente que quotidienne);
3. n’a jamais fumé.

Les modalités de vie sont catégorisées comme suit :

1. vit avec au moins une autre personne;
2. vit seul.

La fréquence moyenne des contacts avec les parents, (vivant à l’extérieur du foyer) les amis et les voisins et classée en deux catégories :

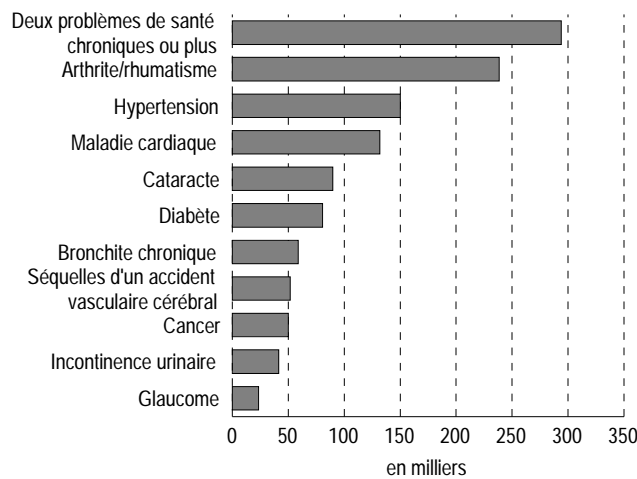
1. faible à moyenne (moyenne de 0 à 4 contacts au cours des 12 derniers mois);
2. forte (moyenne de 5 à 6 contacts au cours des 12 derniers mois).

Les catégories de revenu du ménage sont déterminées d’après la taille du ménage :

Taille du ménage	Catégorie de revenu du ménage				
	Inférieur	Moyen-inférieur	Moyen	Moyen-supérieur	Supérieur
1 ou 2 personnes	<10 000 \$	10 000 \$-14 999 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	≥60 000 \$
3 ou 4 personnes	<10 000 \$	10 000 \$-19 999 \$	20 000 \$-39 999 \$	40 000 \$-79 999 \$	≥80 000 \$
5 personnes ou plus	<15 000 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	60 000 \$-79 999 \$	≥80 000 \$

L'ENSP ne fournit pas de renseignements directs sur la gravité de la maladie. Cependant, on s'est servi de trois variables comme indicateurs de l'état de santé : l'état de santé général autodéclaré, le nombre de problèmes de santé chroniques et le temps passé à l'hôpital l'année précédente. La moitié des bénéficiaires de soins à domicile ont déclaré que leur santé est « mauvaise » ou « passable », 56 % avaient au moins deux problèmes de santé chroniques et 28 % avaient passé au moins huit nuits à l'hôpital l'année précédente. Ces proportions sont nettement plus faibles pour les personnes qui ne reçoivent pas de soins à domicile. La cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile reste nettement plus élevée pour les personnes déclarant que leur état de santé est mauvais ou passable, ou qu'elles ont passé au moins huit nuits à l'hôpital, que pour les autres, même si on tient compte de l'effet de problèmes de santé chroniques particuliers, de l'âge, du besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne, du sexe et d'autres facteurs associés aux soins à domicile.

Graphique 1
Nombre de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon l'existence d'un problème de santé chronique†, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé
 † Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé

Forte prévalence de l'arthrite

La forte prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes qui bénéficient de soins à domicile n'implique pas nécessairement que la cote exprimant la possibilité de recevoir les soins augmente avec la présence de ces problèmes de

Tableau 2
Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre certaines caractéristiques et l'obtention de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Facteurs démographiques		
Âge : 65 ans et plus	2,9*	2,14, 3,79
Sexe : féminin	1,2	0,89, 1,50
Besoins physiques		
Dépendance en regard des AIVQ ou des AVQ	10,8*	8,07, 14,40
Séjour à l'hôpital d'au moins 8 nuits au cours des 12 derniers mois†	3,9*	2,86, 5,29
État de santé général mauvais ou passable‡	1,4*	1,07, 1,83
Blessure limitant les activités au cours des 12 derniers mois	1,4	1,03, 1,88§
Problèmes de santé chroniques††		
Cancer	2,2*	1,40, 3,50
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,8*	1,15, 2,96
Diabète	1,4	0,96, 2,00
Cataracte	1,3	0,91, 1,88
Maladie cardiaque	1,3	0,93, 1,75
Incontinence urinaire	1,2	0,72, 1,94
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	1,2	0,81, 1,74
Bronchite chronique	1,1	0,72, 1,60
Arthrite/rhumatisme	1,0	0,73, 1,25
Maux de dos (non arthritiques)	0,9	0,66, 1,18
Hypertension	0,9	0,67, 1,20
Facteurs sociaux, comportementaux et économiques		
Consommation d'alcool : aucune‡‡	1,8*	1,30, 2,53
Consommation d'alcool : occasionnelle‡‡	1,4	1,03, 1,97§
Modalités de vie : vit seul	1,6*	1,23, 2,14
Catégorie de revenu du ménage : inférieur, moyen-inférieur§§	1,6*	1,19, 2,04
Catégorie de revenu du ménage : données non disponibles§§	1,2	0,69, 2,09
Usage du tabac : quotidien	1,1	0,81, 1,57
Usage du tabac : occasionnel, ancien fumeur	1,2	0,91, 1,59

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : Taille de l'échantillon 16 231 personnes.

† Catégorie de référence moins de huit nuits à l'hôpital.

‡ Catégorie de référence : excellent, très bon ou bon état de santé.

§ Afin de tenir compte des effets du plan, le chevauchement des intervalles de confiance (.945 et 1,055) n'est pas jugé significatif sur le plan statistique.

†† Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé. Catégorie de référence : absence de problèmes chroniques

‡‡ Catégorie de référence : consommation régulière (au moins un verre d'alcool par semaine).

§§ Catégorie de référence : revenu moyen, moyen-supérieur ou supérieur.

* p < 0,05

Limites

Les soins à domicile officiels ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des soins prodigués aux personnes dans leur foyer. Celles qui bénéficient de soins infirmiers à domicile ont probablement besoin d'une plus grande aide personnelle ou, du moins, d'une aide plus spécialisée que celle que peuvent leur fournir les membres du ménage, mais il est raisonnable de penser qu'à de nombreux égards, les bénéficiaires de soins à domicile officiels diffèrent peu des personnes qui bénéficient de soins officieux. Néanmoins, comme on ne possède pas de données sur les soins à domicile officieux, les personnes qui ne bénéficient que de ce genre de soins ne sont pas incluses dans le groupe des personnes obtenant des soins à domicile officiels.

Il n'existe aucune définition uniforme des soins officiels à domicile, et cela limite l'interprétation des résultats. Les services de soins à domicile, l'accès à ces services et à leur contenu varie d'une province ou d'une région à l'autre. Pour tenir compte de certains écarts, on a inclus dès le départ la variable de province dans les modèles de régression. Cependant, on l'a finalement éliminée de l'analyse, car son effet sur la probabilité de recevoir des soins à domicile est négligeable.

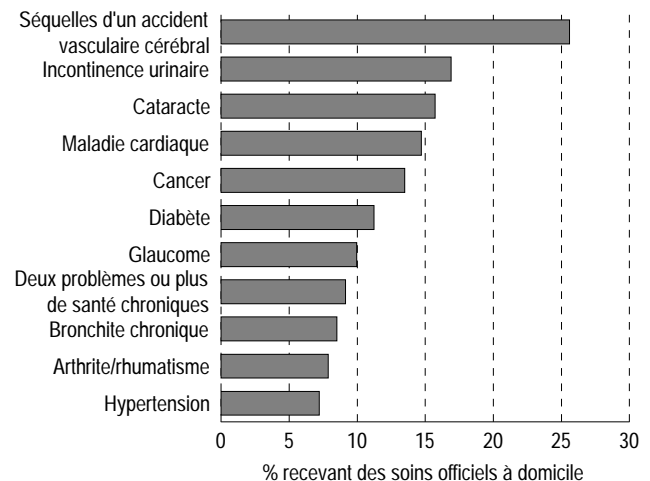
Un biais de sélection pourrait limiter encore davantage l'interprétation des données. Les membres des ménages qui n'étaient pas disponibles au moment de la sélection de la personne chargée de répondre au questionnaire détaillé sur la santé auraient pu être en moins bonne santé que ceux qui ont participé à la sélection. Par exemple, certaines personnes ayant bénéficié de soins à domicile durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête n'ont peut-être pas pu être interviewées parce qu'elles étaient malades ou à l'hôpital. Pour déterminer partiellement l'importance de ce biais, on a produit des estimations pondérées du nombre de personnes qui ont bénéficié de soins à domicile en se servant des données recueillies auprès des personnes choisies au hasard (Fichier santé), et auprès des membres de tous les ménages (Fichier général). L'estimation calculée d'après les données du Fichier général est légèrement plus élevée (2,6 % contre 2,4 %), mais il est rassurant de constater que l'écart est faible.

Toutes les données sont autodéclarées et on ignore dans quelle mesure elles sont valides. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration en ce qui concerne les problèmes de santé chroniques, on a demandé aux personnes interrogées de ne mentionner que ceux qui dureraient depuis au moins six mois (ou qui, en principe, dureraient au moins six mois) et qui ont fait l'objet d'un diagnostic de la part d'un spécialiste de la santé.

santé. Par exemple, parmi les bénéficiaires de soins à domicile, pratiquement 240 000, soit près de la moitié (46 %), souffrent d'arthrite ou de rhumatisme (graphique 1). Cependant, 8 % seulement des personnes qui souffrent d'arthrite ou de rhumatisme bénéficient de ce genre de soins (graphique 2). De surcroît, si on tient compte de l'effet d'autres facteurs, la cote exprimant la possibilité qu'elles reçoivent des soins à domicile est, en réalité, la même que pour les personnes qui ne souffrent pas de ces maladies (tableau 2).

Chez les personnes présentant d'autres problèmes de santé, les proportions de bénéficiaires de soins à domicile sont nettement plus fortes. Par exemple, plus d'une personne sur quatre souffrant de séquelles d'un accident vasculaire cérébral reçoit des soins à domicile, mais cela ne représente que 52 000 personnes ou 10 % de l'ensemble des bénéficiaires de soins à domicile. Ce résultat reflète la prévalence assez faible de ce genre de problème de santé parmi la population ne résidant pas en établissement. Par conséquent, bien que la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile soit plus élevée pour les personnes qui souffrent de séquelles d'un

Graphique 2
Proportion de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon l'existence de problèmes de santé chronique[†], population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

† Tel que diagnostiqué par un professionnel de la santé

accident vasculaire cérébral que pour celles qui font de l'arthrite ou du rhumatisme, la clientèle d'une personne prodiguant des soins à domicile compterait plus de personnes souffrant d'arthrite que des suites d'un accident vasculaire cérébral.

Même si l'on tient compte des facteurs susceptibles d'expliquer le besoin de soins à domicile, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile pour les personnes atteintes d'un cancer ou de troubles consécutifs à un accident vasculaire est environ deux fois plus élevée. Il se pourrait que ces problèmes de santé créent des besoins particuliers, peut-être de services de réadaptation ou de soins palliatifs, dont ne rendent pas compte les autres caractéristiques liées à l'état de santé observées ici.

Les personnes âgées reçoivent des soins à domicile plutôt qu'en établissement

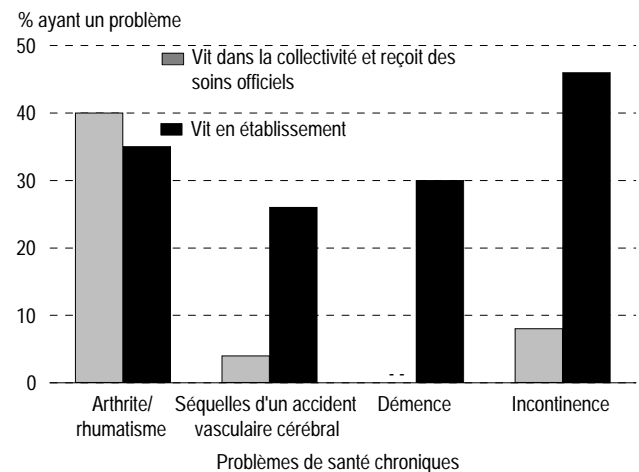
Le nombre de personnes de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile (335 200) excède considérablement celui des personnes âgées placées en établissement (185 600)¹⁴. Malheureusement, déterminer dans quelle mesure les soins à domicile retardent ou préviennent le placement en établissement dépasse le cadre de cet article. On ne peut pas non plus examiner ici le degré de soutien familial ni les responsabilités assumées par des prestataires de soins officiels. Cependant, en comparant certaines caractéristiques influant sur la santé des bénéficiaires de soins à domicile et des résidents d'établissement de soins prolongés, on parvient à se faire une idée des problèmes de santé qu'il est possible de traiter à domicile. Par exemple, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme est plus forte chez les bénéficiaires de soins à domicile que chez les pensionnaires des établissements de soins. En revanche, parmi les personnes qui souffrent de séquelles d'un accident vasculaire cérébral, de démence ou d'incontinence, celles vivant en établissement sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que celles bénéficiant de soins à domicile (graphique 3)¹⁴.

Facteurs sociaux

Les bénéficiaires de soins à domicile comptent une proportion environ trois fois plus forte de personnes qui vivent seules que les membres de la population des ménages ne recevant pas ces soins (39 % contre 12 %) (tableau 1). Cette tendance s'observe quel que soit l'âge, bien que les bénéficiaires de soins à domicile de 18 à 64 ans vivant seuls soient plus fortement surreprésentés que ceux de 65 ans et plus.

La plus forte probabilité que les personnes vivant seules bénéficient de soins à domicile est sans doute attribuable, en partie, à la plus forte prévalence de besoins liés à l'état de santé dans ce groupe. Par exemple, une part plus importante de ces personnes, particulièrement celles de moins de 65 ans, souffrent d'au moins un problème de santé chronique. Cependant, même après avoir tenu compte de l'effet des maladies chroniques et d'autres facteurs liés à la santé, la cote exprimant la possibilité de bénéficier de soins officiels à domicile est 1,6 fois plus élevée pour les personnes qui vivent seules que pour celles qui vivent avec au moins une autre personne. Cette observation confirme la supposition naturelle selon laquelle les personnes qui vivent avec d'autres ont tendance à bénéficier d'une aide officielle de la part de ces personnes.

Graphique 3
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques, selon le lieu de résidence, population de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé et fichiers des établissements
-- Nombre infimes

On note une association inverse marquée entre la catégorie de revenu du ménage et la proportion de personnes qui reçoivent des soins à domicile (graphique 4). Ce résultat pourrait témoigner du moins bon état de santé des personnes de faible statut socioéconomique, ce qui accroît le besoin de soins à domicile. Cependant, même si on tient compte de l'effet de l'état de santé, du tabagisme et de l'existence de nombreux problèmes de santé chroniques, la cote exprimant la possibilité de recevoir des soins à domicile est 1,6 fois plus élevée pour les personnes appartenant aux deux catégories inférieures de revenu que pour celles des trois catégories supérieures. La variable de revenu pourrait refléter certains aspects de la santé (ou de la maladie) non mesurés par les autres variables incluses dans le modèle. Il se pourrait aussi que les personnes dont le revenu est plus élevé puissent davantage s'offrir des services de soins à domicile privés, soins qui sortent du cadre de la présente analyse.

L'abstinence en regard de l'alcool est également liée à l'obtention de soins à domicile. En tenant compte des autres variables liées à la santé, la cote exprimant la possibilité de bénéficier de soins à

domicile est deux fois plus élevée pour les personnes qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents que pour celles qui boivent régulièrement. Le rapport de cotes indique aussi que la possibilité de recevoir des soins à domicile est plus grande pour les buveurs occasionnels que pour les buveurs réguliers, mais sa valeur n'est pas statistiquement significative. Ces résultats concordent avec ceux d'études qui laissent entendre que la consommation régulière, modérée, d'alcool a certains effets salutaires^{15,16}. Cependant, l'association ne montre pas nécessairement que la consommation régulière d'alcool est la *cause* d'une meilleure santé, d'autant plus que les résultats proviennent de données transversales. Qui plus est, on ne fait aucune distinction ici entre une consommation régulière d'alcool modérée ou forte, ou entre les anciens buveurs et les personnes qui ont toujours été abstinentes. L'association entre l'abstinence et l'obtention de soins à domicile pourrait refléter une tendance, chez les personnes qui manifestent des problèmes de santé, à boire moins d'alcool ou à s'abstenir d'en boire.

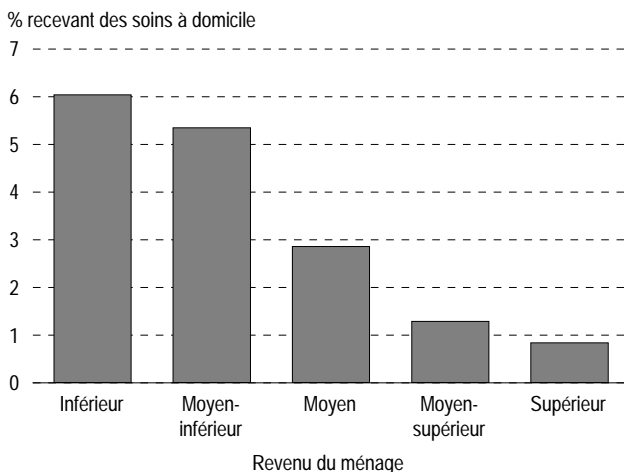
Nombre de personnes qui ont besoin de soins à domicile n'en reçoivent pas

Comme on peut s'y attendre, les personnes qui déclarent avoir besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne ou aux activités instrumentales de vie quotidienne, bénéficient d'une façon proportionnellement plus élevée de soins à domicile (rapport de cotes 10,8). Pourtant, une proportion assez forte de personnes éprouvant ces besoins ne bénéficient pas de soins à domicile officiels.

Plus de la moitié (plus de 136 000) des personnes qui ont dit avoir besoin d'aide pour prendre soin d'elles-mêmes (se laver, s'habiller ou manger) ne reçoivent pas de soins à domicile officiels (graphiques 5 et 6). Quant à celles qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme préparer les repas, faire leurs courses ou accomplir des tâches ménagères, la proportion ne bénéficiant pas de soins à domicile est encore plus forte. Au moins une partie de ces besoins est probablement satisfaite par des services

Graphique 4

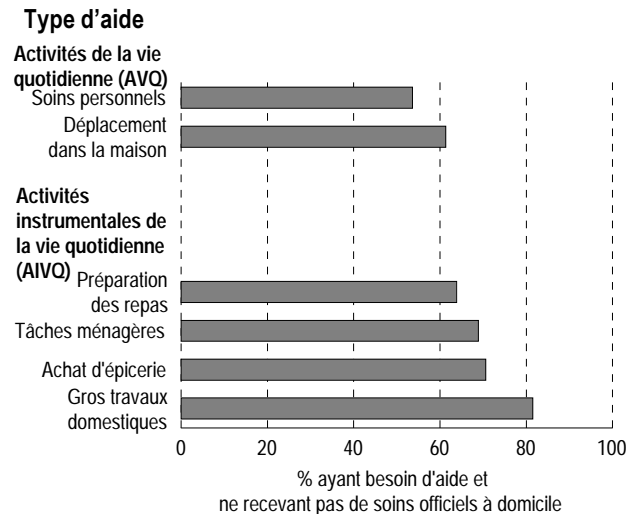
Proportion de personnes qui ont reçu des soins à domicile officiels l'année précédente, selon la catégorie de revenu du ménage, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, Fichier santé.

Graphique 5

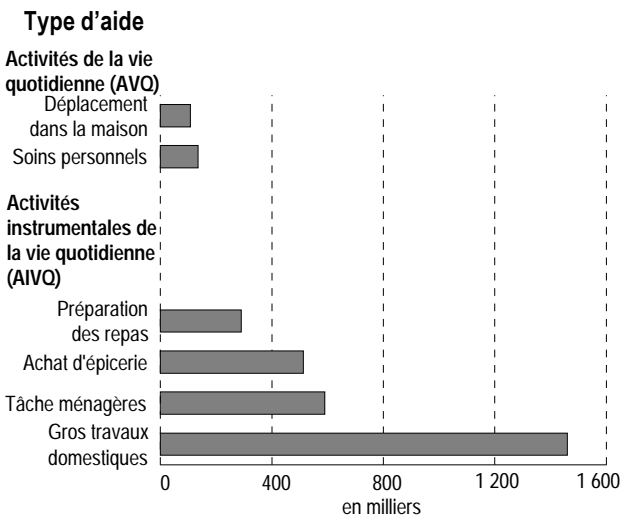
Proportion de personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ qui n'ont pas reçu de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Graphique 6

Nombre de personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ qui n'ont pas reçu de soins à domicile officiels l'année précédente, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

privés de soins à domicile ou par certains membres de la famille, mais manifestement, un grand nombre de personnes qui ont besoin d'aide pour accomplir des fonctions assez élémentaires ne bénéficiaient pas de soins à domicile officiels.

Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude réalisée récemment en Saskatchewan auprès des personnes sortant de l'hôpital pour retourner chez elles. De celles qui, selon les autorités hospitalières, auraient dû bénéficier de soins à domicile, 60% n'ont pas cherché à bénéficier de services officiels¹⁷.

Les renseignements provenant d'autres sources indiquent que les soins à domicile *officiels* ne constituent qu'une fraction des services de soutien prodigués. L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991 révèle que l'aide officielle, prodiguée principalement par la famille, représente une part importante de l'aide globale offerte aux personnes âgées handicapées¹⁸. (Note de la rédaction : lire l'article intitulé *Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle* dans le présent numéro). Selon l'Enquête sociale générale de 1990, 56 % de Canadiens de 15 ans et plus ont bénéficié de services de soutien (en grande partie pour accomplir des travaux ménagers et d'entretien) prodigués par la famille et les amis¹⁹. Enfin, selon l'Enquête sociale générale de 1996, 2,8 millions d'adultes prodiguent officiellement une forme ou une autre de soins à des personnes souffrant de problèmes de santé chroniques²⁰. Compte tenu de ces résultats, on est quelque peu surpris de constater que, d'après l'ENSP, chez les personnes qui dépendent des autres pour accomplir les AIVQ ou les AVQ, la fréquence moyenne des contacts avec les amis, les membres de la famille et les voisins ne varie pas en fonction du recours ou du non-recours aux soins à domicile officiels. On observerait peut-être des écarts si on avait recueilli des renseignements sur la fréquence à laquelle des soins de soutien sont dispensés lors de ces «contacts».

Mot de la fin

Plus d'un demi-million de Canadiens ont bénéficié de soins à domicile officiels en 1994-1995. Les personnes âgées qui ont bénéficié de ce genre de soins sont proportionnellement nettement plus

nombreuses que celles qui vivent en établissement de soins prolongés. En outre, la prestation de soins à domicile est sans aucun doute un déterminant important de la capacité à continuer de vivre dans son milieu. L'obtention de soins à domicile officiels est liée non seulement à l'âge, à l'affaiblissement et à des problèmes de santé particuliers, mais aussi à des facteurs socioéconomiques et à la structure familiale.

Une proportion importante de personnes qui ont besoin d'aide ne bénéficient pas de soins à domicile officiels. Il est raisonnable de supposer que, l'aide est souvent prodiguée par d'autres membres du ménage et que certaines personnes ont recours aux services privés. Qui plus est, il est fort probable que les besoins de certaines personnes ne soient tout simplement pas satisfaits.

Références

1. P. Tully et É. Saint-Pierre, «La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003-PBX au catalogue).
2. G.M. Andersen, «Hospital restructuring and the epidemiology of hospital utilization: Recent experience in Ontario», *Medical Care*, 35(10), 1997, p. OS93-OS101.
3. «Les personnes âgées ont l'impression d'être "mises à la porte" des hôpitaux», *La Presse*, 18 janvier 1997, p. A17.
4. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, (n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1998.
5. Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Rapport final du Forum national sur la santé*, (n° H21-125/5-1-1997F au catalogue) Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
6. J. Coutts, «Home care crucial to medicare, Rock says», *The Globe and Mail*, 10 mars 1998, p. A3.
7. Santé et Bien-être social Canada, *Classification des bénéficiaires de soins prolongés à domicile*, (n° H39-267/1993F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
8. B. Pickles, A.U. Topping et K.A. Woods, «Community care for Canadian seniors: an exercise in educational planning», *Disability and Rehabilitation*, 16(3), 1994, p. 181-189.
9. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Santé Canada, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et les territoires du Canada*, Ottawa, Sous-comité fédéral-provincial-territoires sur les soins continus, 1993.
11. L.W. Chambers, P. Tugwell, C.H. Goldsmith *et al.*, «The impact of home care on recently discharged elderly hospital patients in an Ontario community», *Canadian Journal on Aging*, 9(4), 1990, p. 327-347.
12. A.M. Clarfield et H. Bergman, «Medical home care services for the housebound elderly», *Journal de l'Association canadienne médicale*, 144(1), 1994, p. 40-45.
13. M. Nixon, «Hospital without walls. The family physician and the challenge of home health care», *Canadian Family Physician*, 37, 1991, p. 1709-1794.
14. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. M. Grønbaek, A. Deis, T.I.A. Sørensen *et al.*, «Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits», *British Medical Journal*, 310, 1995, p. 1165-1169.
16. J.T. Rehm, S.J. Bondy, C.T. Sempos *et al.*, «Alcohol consumption and coronary heart disease morbidity and mortality», *American Journal of Epidemiology*, 146(6), 1997, p. 495-501.
17. Health Services Utilization and Research Commission, *Hospital and home care study*, Rapport sommaire, n° 10, Saskatoon, Saskatchewan, 1998.
18. P.A. Dunn, *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, Séries sujets spéciaux provenant de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (n° 82-615 au catalogue, volume 1), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services 1990.
19. S.A. McDaniel, *La famille et les amis*, Enquête sociale générale, série analytique (Statistique Canada, n° 11-612F au catalogue, série n° 9), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
20. Statistique Canada, «Qui va s'en occuper? L'aide liée à la santé dans les années 1990», *Le Quotidien*, (Statistique Canada, n° 11-612F au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1997.

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle

Jijian Chen et Russell Wilkins

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les différences sociales et économiques quant à la prévalence des besoins satisfaits et insatisfaits d'aide personnelle en raison de l'état de santé de la population vivant à domicile âgés de 65 ans et plus, et précise les sources dont proviennent le soutien fourni.

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA).

Techniques d'analyse

Tous les calculs sont basés sur des données pondérées. Les pourcentages de personnes ayant des besoins et des besoins insatisfaits en matière d'aide personnelle, corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, ont été calculés selon le sexe, l'état matrimonial, les modalités de vie, le niveau de scolarité et le revenu du ménage.

Principaux résultats

En 1991, 30 % des personnes âgées vivant à domicile ont besoin d'une certaine forme d'aide personnelle en raison de leur état de santé. Les trois quarts d'entre elles n'ont besoin d'aide que pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : les autres ayant besoin d'aide pour les activités élémentaires de la vie quotidienne. La prévalence des besoins et des besoins insatisfaits était plus grande chez les femmes que chez les hommes, et était inversement liée au revenu du ménage et à la scolarité, et était relativement élevée chez les personnes âgées qui ont déjà été mariées et chez celles vivant seules. Les personnes âgées vivant à domicile sont plus susceptibles de recevoir de l'aide personnelle de sources officieuses que de sources officielles, même si cela varie selon les caractéristiques socio-économiques et le type d'aide qu'elles ont reçu.

Mots-clés

Activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne, aide officielle, aide officieuse, aide reçue, besoins insatisfaits

Auteurs

Jijian Chen (613) 951-5059 et Russell Wilkins (613) 951-5305 travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

À u Canada comme dans d'autres pays industrialisés, à cause de la plus longue espérance de vie et de l'augmentation croissante du nombre de personnes âgées, on se préoccupe davantage de la prestation de soins de longue durée ou «continus»¹⁻¹¹. On entend par ces termes les services de soins de santé prolongés, y compris les soins à domicile et en clinique, en plus des soins en établissement pour des besoins non aigus, particulièrement les besoins d'aide personnelle chez les personnes qui sont limitées dans leurs activités^{1,3,12-14}. On estime que les soins continus représentent « la troisième composante en importance des dépenses gouvernementales pour le système de soins de santé au Canada, après les hôpitaux et les services médicaux »¹⁵. Pour planifier l'avenir des soins prolongés, on doit d'abord évaluer les besoins actuels ainsi que la portée des soins reçus aujourd'hui.

Cette analyse utilise les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991 en vue d'examiner les différences économiques et sociales des besoins d'aide personnelle liés à l'état de santé chez les personnes âgées vivant à domicile (voir *Méthodologie*, *Aide personnelle en raison de l'état de santé*, et *Définition*). Il évalue en outre l'ampleur des besoins insatisfaits ainsi que les sources de l'aide reçue par les personnes âgées.

La présente analyse montre qu'en 1991, environ 2 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont besoin d'une certaine forme d'aide personnelle en raison de leur état de santé. Les personnes âgées représentent une part disproportionnée de ce groupe — 45 % — même si elles ne constituent que 14 % de la population vivant à domicile.

En dispensant des soins à domicile à une personne âgée, on peut empêcher ou retarder son placement en établissement. Toutefois, seulement la moitié environ des personnes âgées ayant besoin d'aide personnelle voient leurs besoins entièrement

satisfaits. La prévalence des besoins insatisfaits est plus grande chez les personnes vivant à domicile dont le revenu est inférieur et chez celles qui sont relativement peu scolarisées. L'ampleur de l'aide reçue par les personnes âgées dépend des sources de soutien à leur disposition, ces dernières étant quant à elles fonction de l'état matrimonial et des modalités de vie. En fait, même si nombre de ces personnes reçoivent de l'aide de sources officielles, la majorité dépendent toujours de l'aide officieuse, par exemple, celle fournie par le conjoint, le partenaire ou les enfants.

Méthodologie

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) postcensitaire de 1991¹⁶. (Une autre ESLA avait été effectuée en 1986-1987.) On a analysé la population âgée de 15 ans et plus vivant à domicile (ménages privés) et dans des établissements. Pour la population totale, la taille de l'échantillon était de 101 330, et pour la population des ménages, de 91 360. Dans le cas de la population des ménages, on s'est servi des questions du recensement sur les limitations d'activités et les incapacités afin de sélectionner un échantillon enrichi comportant une proportion beaucoup plus élevée de personnes ayant une incapacité que cela n'aurait été possible si ce n'avait été de ces questions. Certaines publications fournissent des renseignements supplémentaires¹⁶.

Techniques d'analyse

La majeure partie de l'analyse comprise dans cet article concerne la population vivant à domicile. À partir du fichier principal de l'ESLA, on a recalculé les poids pour les hommes et les femmes âgées de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans ou plus. On a procédé ainsi pour les données sur les ménages au niveau du Canada, en fonction des répartitions de la population selon l'âge et le sexe au moment du Recensement de 1991. Tous les résultats reposent sur des données pondérées.

Les pourcentages de personnes ayant des besoins et des besoins insatisfaits en matière d'aide personnelle en raison de leur état de santé ont été calculés pour l'ensemble de la population selon le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu et les modalités de vie. Ces pourcentages ont été corrigés pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, selon la méthode directe, en fonction des estimations de la population totale de l'ESLA de 1991.

On a examiné cinq sources d'aide personnelle : conjoints, enfants, autres parents, amis ou voisins, et services officiels. Les pourcentages de personnes âgées recevant de l'aide de chacune de ces sources se répartissent entre catégories qui se chevauchent et sont calculés selon le sexe et l'état matrimonial. Le caractère officiel ou officieux du soutien reçu a par la suite été examiné à partir de catégories s'excluant mutuellement : aide officieuse seulement, aide officielle seulement et une combinaison des deux. Pour toutes les personnes âgées recevant de l'aide, les pourcentages dans ces catégories ont été calculés selon le sexe, l'état matrimonial, la modalité de vie, le revenu et le niveau de scolarité (voir *Définitions*).

Limites

Les données de l'ESLA analysées ici sont celles de 1991. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et l'Enquête sociale générale de 1996 fournissent des données plus récentes, mais les échantillons sont beaucoup plus restreints et ne permettraient pas le niveau d'analyse présentée ici. Ainsi, il est fort probable que les résultats pour 1991 soient encore pertinents, puisque les variables examinées ne sont pas sujettes à des changements rapides ou majeurs. Une comparaison de ces données avec celles de l'ESLA de 1986-1987 a montré que les besoins d'aide en raison de leur état de santé et de leur niveau de satisfaction étaient assez similaires (données non présentées).

Même si cet article met principalement l'accent sur la population vivant à domicile, il est important de souligner que la population vivant en établissement représente une proportion substantielle de l'ensemble des besoins d'aide personnelle en raison de leur état de santé (voir *Une partie du tableau*).

Aide personnelle en raison de l'état de santé

Dans cette analyse, on entend par *aide personnelle en raison de l'état de santé* l'aide requise ou reçue pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). Par AIVQ, on entend : l'achat d'épicerie, la préparation des repas, les gros travaux ménagers ou les tâches ménagères quotidiennes ainsi que les petites sorties. Les AVQ comprennent les soins personnels (manger, se laver, s'habiller) ou les déplacements dans la maison. Étant donné la nature de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), les personnes ayant besoin d'une telle aide doivent avoir au moins une certaine incapacité ou encore, avoir besoin d'aide ou en avoir reçu pour des raisons de santé.

À peu près toutes les personnes ayant des limitations dans leurs AVQ en ont aussi dans les AIVQ. Toutefois, de nombreuses personnes étant limitées pour les activités instrumentales ne le sont pas pour les activités élémentaires. La priorité a donc été accordée aux besoins d'aide liés aux AVQ. Les besoins ont été regroupés hiérarchiquement en quatre catégories (seule la première catégorie applicable a été attribuée) :

- Besoins insatisfaits liés aux AVQ. Personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ, ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'une aide additionnelle pour au moins une AVQ.
- Tous les besoins liés aux AVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide liée aux AVQ. (Cette catégorie peut comprendre les personnes dont certains besoins liés aux AIVQ sont insatisfaits.)
- Seuls les besoins liés aux AIVQ sont insatisfaits. Les personnes ayant besoin d'aide dans leurs AIVQ, mais ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'aide additionnelle dans au moins une AIVQ. (Cette catégorie exclut les personnes ayant des besoins liés aux AVQ.)
- Tous les besoins liés aux AIVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide dans leurs AIVQ. (Cette catégorie exclut les personnes ayant des besoins liés aux AVQ.)

La somme de ces quatre catégories équivaut au total de la population ayant besoin d'aide.

Lorsque la priorité est accordée aux besoins liés aux AVQ, on ne considère pas que les personnes dont les besoins liés aux AVQ sont satisfaits, mais qui ont d'autres besoins insatisfaits d'aide pour ce qui est des AIVQ, ont des besoins insatisfaits. Par conséquent,

la population a aussi été regroupée selon les besoins satisfaits ou insatisfaits, y compris les besoins liés aux AVQ et aux AIVQ, de la façon suivante :

- Les besoins liés aux AVQ ou aux AIVQ sont insatisfaits. Les personnes ayant besoin d'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ, mais ne recevant pas cette aide ou ayant besoin d'aide additionnelle dans au moins une AVQ ou AIVQ.
- Tous les besoins d'aide liée aux AVQ et aux AIVQ sont satisfaits. Les autres personnes recevant de l'aide dans leurs AVQ ou AIVQ. La somme de ces deux catégories est aussi égale à l'ensemble de la population ayant besoin d'aide.

Plusieurs questions de l'ESLA de 1991 ont été utilisées pour déterminer dans quelle mesure les besoins d'aide personnelle en raison de leur état de santé étaient satisfaits. Par exemple, en ce qui a trait aux soins personnels, pour la catégorie des besoins insatisfaits liés aux AVQ, les personnes interrogées devaient avoir soit répondu «non» à la question «À cause de votre affection, recevez-vous de l'aide pour vos soins personnels, par exemple pour vous laver, faire votre toilette, vous habiller et manger?» et «oui» à la question «En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide pour vos soins personnels?», ou «oui» à la première question, et «oui» à la question «En raison de votre affection, avez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour vos soins personnels?».¹⁷ On a considéré que les besoins de soins personnels de ceux qui ont répondu avoir reçu de l'aide et n'avoir pas besoin d'aide additionnelle étaient entièrement satisfaits.

Pour la catégorie des besoins insatisfaits liés aux AIVQ, dans le cas des travaux ménagers légers, par exemple, les personnes interrogées devaient avoir soit répondu «vous seul» à la question «Qui s'occupe habituellement de vos travaux ménagers courants?» et «oui» à la question «À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide pour faire vos travaux ménagers courants?», ou «vous-même et quelqu'un d'autre» ou «quelqu'un d'autre» à la première question, et «oui» à la question «Est-ce à cause de votre affection ou de votre problème de santé?» et «oui» à la question «À cause de votre affection, avez-vous besoin d'aide ADDITIONNELLE pour faire vos travaux ménagers courants?»¹⁷ On a considéré que les besoins en matière de travaux ménagers légers de ceux qui ont reçu de l'aide et n'ont pas eu besoin d'aide additionnelle étaient entièrement satisfaits.

Une partie du tableau

Les besoins de la population vivant à domicile ne représentent qu'une partie des besoins d'aide personnelle liés à l'état de santé, particulièrement chez les personnes les plus âgées et chez celles ayant besoin d'aide pour leurs activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). En 1991, les personnes vivant à domicile représentaient 79 % de la population âgée de 65 ans ou plus qui avait besoin d'aide dans leurs AVQ et AIVQ, et 53 % de la population âgée de 85 ans ou plus ayant de tels besoins. Les pourcentages sont beaucoup plus faibles lorsque l'on ne tient compte que des personnes qui ont besoin d'aide dans leurs AVQ, étant donné que c'est le cas de la plupart des personnes résidant en établissement. La population vivant à domicile représentait 53 % de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ayant besoin d'aide dans leurs AVQ, et 36 % seulement chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Par ailleurs, l'exclusion des personnes vivant en établissement modifie relativement peu la taille de la population ayant besoin d'aide dans leurs AIVQ seulement (données non fournies), puisque ces personnes n'ont généralement pas besoin de soins aussi nombreux et importants que ceux fournis dans les établissements.

D'ici 2031, la population âgée de 85 ans ou plus devrait avoir plus que triplé¹⁸. Cela signifie des augmentations considérables du nombre de personnes ayant besoin d'une aide personnelle, particulièrement dans leurs AVQ. Ainsi, pour obtenir un tableau complet des besoins prévus et des besoins insatisfaits, on doit tenir compte des personnes vivant en établissement.

La prévalence des besoins d'aide personnelle chez la population totale augmente rapidement avec l'âge pour les deux sexes, et il

La prévalence des besoins d'aide personnelle de la population, 65 ans et plus, Canada, 1991

	Population totale ayant des besoins [†]		Population à domicile ayant des besoins [‡]		Différence en points de pourcentage	Population à domicile par rapport à la population ayant des besoins
	en milliers	%	en milliers	%		
Besoins liés aux AVQ ou aux AIVQ						
Total 65+ [§]	1 062	34	839	30	4	79
65-74	454	24	418	23	1	92
75-84	399	41	311	35	6	78
85+	209	75	110	61	14	53
Besoins liés aux AVQ						
Total 65+ [§]	338	11	179	7	4	53
65-74	83	5	60	3	2	72
75-84	134	14	75	8	6	56
85+	121	43	44	24	19	36

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

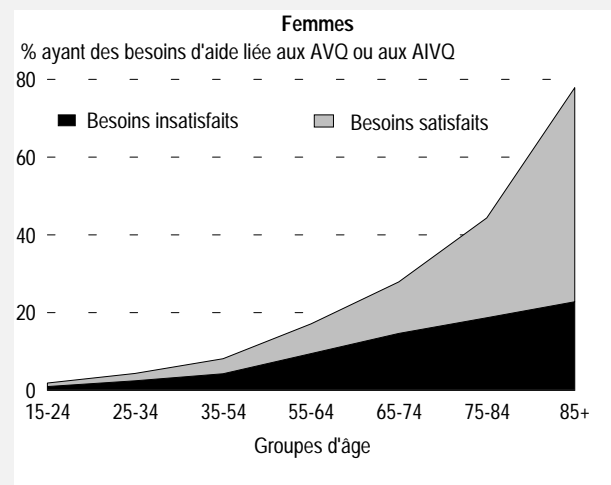
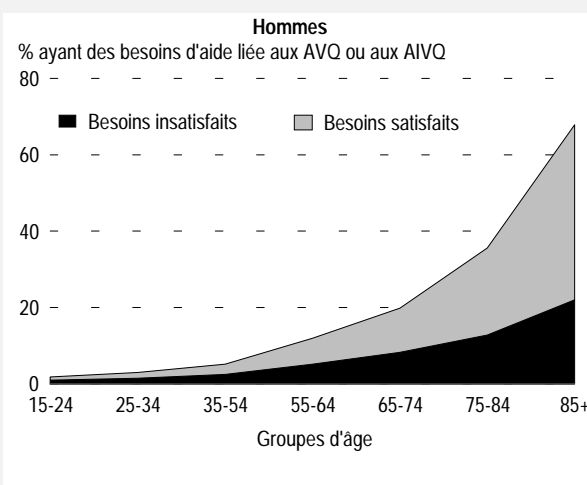
† Pourcentage de la population totale

‡ Pourcentage de la population vivant à domicile

§ Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population

en va de même de la prévalence des besoins insatisfaits, mais dans une moins large mesure. Toutefois, dans tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide et d'avoir des besoins insatisfaits.

Prévalence des besoins satisfaits et insatisfaits d'aide personnelle en raison de l'état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge, population totale 15 ans et plus, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Les besoins augmentent avec l'âge

Selon l'ESLA de 1991, 9 % de la population âgée de 15 ans ou plus et vivant à domicile, soit environ 1,9 million de personnes, ont indiqué avoir besoin d'aide personnelle en raison de leur état de santé (tableau 1). La prévalence des besoins augmente considérablement avec l'âge, passant de 2 % chez les 15 à 24 ans, à 61 % chez les 85 ans ou plus.

En 1991, environ le tiers de la population âgée de 65 ans et plus et vivant à domicile, soit au total 839 000 personnes, avait besoin d'aide personnelle

Tableau 1
Prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé, selon la catégorie de besoin, le sexe et l'âge, population à domicile, 15 ans et plus, 1991

	Population	Besoins liés au AIVQ ou aux AVQ		Besoins liés aux AIVQ seulement		Besoins liés aux AVQ	
		Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits
	en milliers	%					
Les deux sexes							
15+ [†]	21 063	9	5	7	4	2	1
15-24	3 766	2	1	1	1	1	-
25-34	4 778	3	2	3	2	1	-
35-54	7 247	6	3	5	3	1	1
55-64	2 365	14	7	12	6	2	1
65-74	1 838	23	12	19	9	3	2
75-84	889	35	18	27	13	8	4
85+	180	61	35	37	19	24	10
65+ [†]	2 907	30	16	23	11	7	3
Hommes 15+[†]							
15-24	1 910	2	1	1	-	1	-
25-34	2 369	3	2	2	1	1	-
35-54	3 608	5	2	4	2	1	1
55-64	1 159	11	5	9	4	2	1
65-74	828	18	8	16	6	3	2
75-84	358	31	14	25	11	6	2
85+	62	56	30	34	14	22	9
65+ [†]	1 248	26	12	20	8	5	2
Femmes 15+[†]							
15-24	1 856	2	1	1	1	-	-
25-34	2 410	4	3	4	2	1	0
35-54	3 639	8	4	7	4	1	1
55-64	1 206	16	10	14	8	2	1
65-74	1 010	26	15	23	12	4	3
75-84	530	38	21	28	14	10	5
85+	118	64	38	38	22	26	10
65+ [†]	1 659	33	19	26	13	8	4

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

† Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population
- Néant ou zéro

en raison de son état de santé. La plupart de ces personnes (661 000) ont besoin d'aide uniquement pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), par exemple, l'achat d'épicerie, la préparation des repas et les travaux ménagers. Un nombre beaucoup plus petit de personnes âgées vivant à domicile (179 000) ont besoin qu'on les aide pour les activités élémentaires de leur vie quotidienne (AVQ), par exemple, manger et se laver, parce qu'un grand nombre de ces personnes vivent dans des établissements de soins de santé (voir *Une partie du tableau*).

Le vieillissement est aussi lié à l'augmentation des besoins d'aide insatisfaits. La prévalence des besoins insatisfaits pour les AVQ et les AIVQ augmente, passant de 1 % chez les 15 à 24 ans à 12 % chez les 65 à 74 ans, et à 35 % chez les 85 ans ou plus.

Parmi les personnes âgées, la prévalence des besoins et des besoins insatisfaits est plus forte pour les femmes que pour les hommes.

Les besoins varient selon les caractéristiques socioéconomiques

Pour les personnes âgées des deux sexes, la prévalence des besoins d'aide personnelle dans leurs AVQ et AIVQ, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est plus grande chez celles ayant un statut socioéconomique moins élevé (tableau 2 et graphique 1). Environ le tiers (32 %) des personnes âgées appartenant à des ménages au revenu inférieur ont de tels besoins, comparativement à 25 % de celles vivant dans des ménages ayant un revenu supérieur. La prévalence des besoins est aussi plus grande chez les personnes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires (32 %), comparativement à celles qui ont au moins un diplôme d'études secondaires (26 %).

Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées ou qui ont déjà été mariées (et qui sont pour la majorité veuves), ainsi que celles qui vivent seules, ont en général une prévalence relativement élevée de besoins d'aide personnelle. Tandis que 34 % des personnes âgées qui ont déjà été mariées ou qui vivaient seules ont besoin d'une telle aide, ce chiffre passe de 27 % à 28 % pour celles qui sont mariées ou qui vivent avec d'autres personnes

Tableau 2

Prévalence chez les personnes âgées des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé, selon le type de besoin, le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 1991

Sexe et certaines caractéristiques	Population	Besoins liés aux AIVQ ou aux AVQ		Besoins liés aux AIVQ seulement		Besoins liés aux AVQ	
		Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits	Total	Besoins insatisfaits
	en milliers	% corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population					
Les deux sexes[†]	2 907	30	16	23	11	7	3
Revenu du ménage							
Inférieur	1 673	32	19	24	13	7	4
Supérieur	1 159	25	11	21	9	4	2
Niveau de scolarité							
Études primaires ou moins	1 151	32	17	25	12	7	3
Études secondaires partielles	708	30	15	23	10	7	4
Diplôme d'études secondaires	1 048	26	14	20	11	5	2
État matrimonial							
Déjà marié(e)	972	34	20	26	14	8	4
Jamais marié(e)	246	30	10	24	8	6	1
Avec conjoint(e) ou partenaire	1 688	27	14	21	10	5	3
Modalités de vie							
Vit seul(e)	764	34	21	27	16	6	4
Vit avec d'autres	2 069	28	14	22	10	6	3
Hommes[†]	1 248	26	12	20	8	5	2
Revenu du ménage							
Inférieur	701	27	13	21	9	6	2
Supérieur	530	21	10	18	8	3	2
Niveau de scolarité							
Études primaires ou moins	472	26	11	21	8	5	2
Études secondaires partielles	319	25	13	19	7	6	4
Diplôme d'études secondaires	458	23	11	19	9	4	2
État matrimonial							
Déjà marié	183	27	13	21	8	7	4
Jamais marié	88	29	17	23	15	6	1
Avec conjoint(e) ou partenaire	977	24	11	20	8	5	2
Modalités de vie							
Vit seul	167	27	16	22	13	5	3
Vit avec d'autres	1 064	24	11	19	8	5	2
Femmes[†]	1 659	33	19	26	13	8	4
Revenu du ménage							
Inférieur	972	35	23	26	16	9	5
Supérieur	629	29	13	25	10	4	2
Niveau de scolarité							
Études primaires ou moins	680	36	21	28	14	8	5
Études secondaires partielles	388	35	17	27	12	8	4
Diplôme d'études secondaires	591	28	17	22	13	6	3
État matrimonial							
Déjà mariée	789	35	21	27	15	8	4
Jamais mariée	159	34	9	28	6	6	2
Avec conjoint(e) ou partenaire	711	31	18	24	13	7	4
Modalités de vie							
Vit seule	598	36	22	29	17	7	4
Vit avec d'autres	1 004	31	17	24	12	7	4

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

† Comprend les personnes dont on ne connaît que certaines caractéristiques.

respectivement. On observe la même tendance pour les femmes et pour les hommes, même si la prévalence des besoins est toujours plus élevée pour les femmes.

Les besoins d'aide dans les AVQ, qui sont davantage élémentaires, sont plus répandus chez les personnes ayant un statut socioéconomique plus faible. Dans l'ensemble, 7 % des personnes âgées des ménages de revenu inférieur ont besoin d'aide dans leurs AVQ, comparativement à 4 % des personnes âgées vivant dans des ménages au revenu supérieur. Les personnes âgées qui ont déjà été mariées ont une prévalence plus élevée de besoins liés aux AVQ (8 %) que celles qui sont encore mariées ou qui n'ont jamais été mariées (5 % et 6 %).

Toutefois, chez les personnes âgées de la population à domicile, la prévalence des besoins d'aide dans les AVQ ne varie pas beaucoup selon les modalités de vie (tableau 2). Cela tient peut-être au fait que nombre des personnes âgées qui ont des besoins liés aux AVQ, particulièrement celles qui n'obtiennent pas un soutien approprié dans leur milieu vivent dans des établissements de soins de santé.

Définitions

Les sources *officieuses* d'aide comprennent le conjoint, les enfants, d'autres parents, les amis et les voisins. Les sources *officielles* englobent les organisations bénévoles, les organismes gouvernementaux, les organisations privées et les personnes embauchées pour fournir de l'aide. Parmi les services d'aide officiels figurent les services de repas à domicile, les services de préposés aux soins, les services de soins à domicile, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et les services de visites amicales¹⁷.

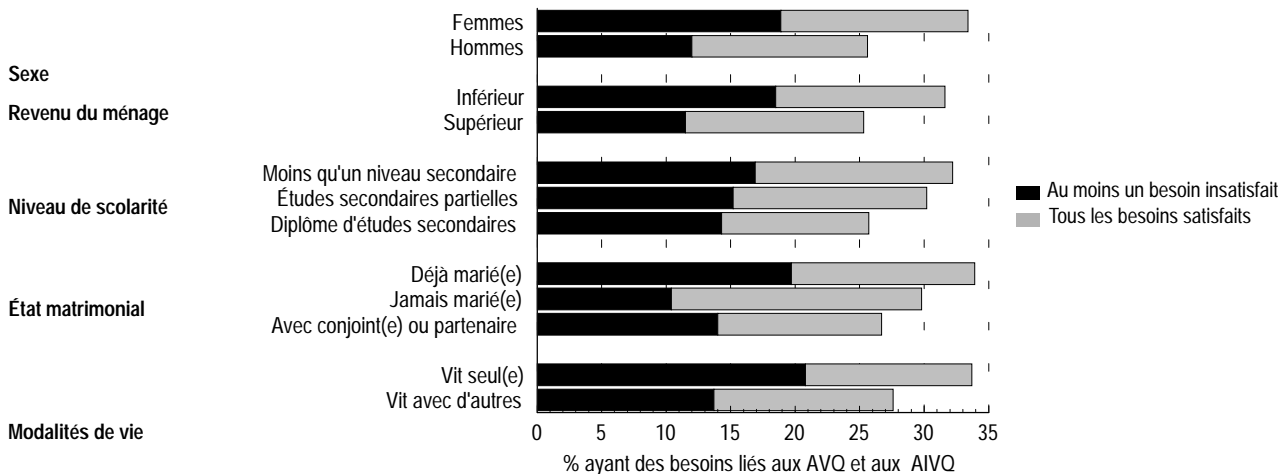
L'*état matrimonial* est défini comme suit : célibataire (jamais marié(e)); marié(e) (vivant avec un(e) conjoint(e)); et déjà marié(e) (veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)).

Le *niveau de scolarité* est défini : selon le niveau de scolarité le plus élevé atteint. Pour l'analyse des besoins liés à la santé, le niveau de scolarité a été divisé en trois catégories : études primaires ou moins; études secondaires partielles; diplôme d'études secondaires (avec ou sans scolarité postsecondaire).

Les personnes de tous les âges ont été réparties selon cinq *groupes de revenu* de taille à peu près égale (quintiles), selon le rapport du revenu de la famille économique et des seuils de faible revenu de Statistique Canada en fonction de la taille des familles et de l'agglomération. Les mêmes seuils de revenu ont été utilisés pour tous les groupes d'âges. Les quintiles ont par la suite été regroupés en revenu inférieur (quintiles 1 et 2) et supérieur (quintiles 3, 4 et 5).

Les *modalités de vie* ont été réparties en deux catégories : les personnes qui vivent seules et les personnes qui vivent avec d'autres.

Graphique 1
Prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle liés à l'état de santé chez les personnes âgées, certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population

Même modèle pour les besoins insatisfaits

Pour les deux sexes, la prévalence d'au moins un besoin insatisfait d'aide personnelle, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est aussi plus élevée chez les personnes âgées de statut socioéconomique plus faible. Tandis que 19 % des personnes des ménages au revenu inférieur ont des besoins insatisfaits, seulement 11 % de celles vivant dans des ménages au revenu supérieur sont dans ce cas. De même, 17 % des personnes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires ont des besoins insatisfaits, comparativement à 14 % de celles ayant au moins un diplôme d'études secondaires.

L'inégalité socioéconomique pour les personnes âgées ayant des besoins insatisfaits est principalement attribuable aux différences notées chez les femmes. La prévalence des besoins insatisfaits, corrigée pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population, est de 23 % chez les femmes des ménages au revenu inférieur, comparativement à 13 % chez les femmes des ménages au revenu supérieur. Tandis que 21 % des femmes âgées n'ayant pas fait d'études secondaires ont des besoins insatisfaits, la proportion est de 17 % chez celles qui ont fait des études secondaires partielles. Par contre, pour les hommes, la prévalence des besoins insatisfaits varie peu selon le statut socioéconomique et est plus faible que pour les femmes dans chaque catégorie, ce qui montre que les besoins des hommes âgés sont généralement davantage satisfaits.

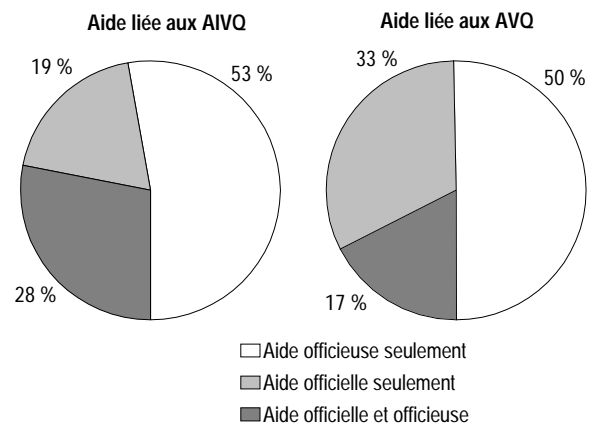
Les personnes âgées des deux sexes qui ont déjà été mariées ont une prévalence plus élevée de besoins insatisfaits que celles qui sont encore mariées. Toutefois, les besoins insatisfaits ont tendance à être plus répandus chez les femmes mariées que chez les hommes mariés. À vrai dire, le niveau généralement plus élevé de besoins insatisfaits, chez les femmes âgées s'explique par le fait que le mari est souvent plus âgé et donc plus susceptible d'avoir une santé fragile et moins en mesure de fournir du soutien¹⁹. De plus les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, et elles sont donc plus susceptibles de devenir veuves et de vivre seules.

En effet, la prévalence des besoins insatisfaits est beaucoup plus élevée chez les personnes âgées vivant seules (21 %) que chez celles vivant avec d'autres personnes (14 %). Il s'agit principalement de besoins insatisfaits d'aide dans leurs AIVQ. En fait, la prévalence de besoins insatisfaits d'aide dans leurs AVQ varie peu selon les modalités de vie. Encore une fois, cela peut venir, au moins partiellement, du fait que nombre de personnes âgées ayant des besoins liés aux AVQ ne font plus partie de la population à domicile.

Sources d'aide variées

Des études précédentes ont montré que chez les personnes âgées vivant à domicile qui reçoivent de l'aide, la majorité de cette aide provient de sources officielles²⁰⁻²⁴. Selon l'ESLA de 1991, au moins la moitié des personnes âgées recevant de l'aide l'obtiennent uniquement de sources officielles, tandis que 28 % pour les AIVQ et 17 % pour les AVQ reçoivent de l'aide à la fois de sources officielles et officielles (graphique 2). Toutefois, cela veut dire que pour environ la moitié de toutes les personnes âgées recevant de l'aide, cette aide provient au moins en partie de sources officielles.

Graphique 2
Caractère officiel ou officieux de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées, selon le type d'aide, population à domicile, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Les personnes âgées qui ont besoin d'aide personnelle en raison de leur état de santé ont tendance à se constituer un réseau de soutien. Ce réseau comprend des sources officielles, ainsi que le conjoint ou le partenaire, les enfants, d'autres parents ainsi que les amis et voisins (graphique 3). Toutefois, les composantes particulières de ce réseau varient selon les sources de soutien qui sont à la disposition des personnes âgées, cet élément étant influencé par les caractéristiques socioéconomiques de ces dernières.

Sources de soutien différentes

Le lien entre le revenu du ménage et les sources de soutien varie selon le sexe et le genre de besoin (tableau 3). Que ce soit pour de l'aide dans leurs AVQ ou leurs AIVQ, plus de la moitié des hommes âgés dépendent exclusivement de sources officieuses, peu importe le revenu du ménage. Toutefois, parmi les hommes recevant de l'aide dans leurs AVQ, ceux qui appartiennent à des ménages au revenu inférieur dépendent davantage des sources officielles seulement (27 %) que ceux des ménages au revenu

supérieur (7 %). Les femmes des ménages au revenu inférieur, particulièrement celles recevant de l'aide dans leurs AVQ, ont aussi tendance à dépendre de sources officielles ou d'une association d'aide officielle et officieuse. Ces éléments font ressortir l'importance des sources officielles pour la prestation de soutien aux personnes âgées financièrement défavorisées et qui ont besoin d'aide pour leurs activités élémentaires.

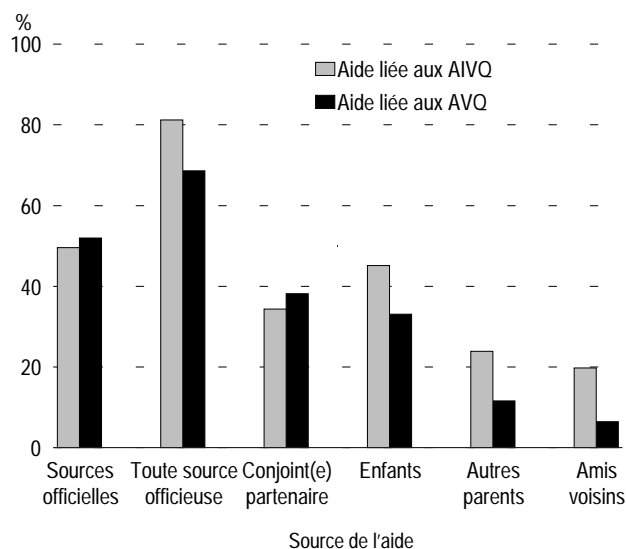
Le lien entre le niveau de scolarité et les sources d'aide différait de celui entre ces dernières et le revenu. Hommes et femmes ayant un faible niveau de scolarité ont tendance à dépendre davantage d'un soutien officieux pour l'aide personnelle liée à l'état de santé. Pour les personnes ayant des niveaux plus élevés de scolarité, les sources officielles, isolément ou combinées à des sources officieuses, représentent des proportions plus importantes de l'aide reçue. Il est possible que les personnes âgées ayant peu de scolarité, ne savent pas quels services officiels sont à leur disposition et quels frais sont pris en charge, ce qui limite leur accès à ces services. En outre, ces personnes peuvent être plus réticentes à demander de l'aide à des inconnus.

Les personnes âgées n'ayant pas de conjoint ni de partenaire sont plus susceptibles que les autres de dépendre exclusivement de sources officielles, particulièrement pour l'aide dans leurs AVQ. Environ la moitié des personnes qui n'ont pas de conjoint ni de partenaire et qui ont besoin d'aide dans leurs AVQ dépendent uniquement des sources officielles. Par contre, que ce soit pour de l'aide dans les AVQ ou les AIVQ, environ une personne âgée sur dix ayant un conjoint ou un partenaire dépend exclusivement de sources officielles.

Dans une large mesure, ces écarts selon l'état matrimonial quant aux sources de soutien rendent compte des modalités de vie des personnes âgées. Celles qui vivent seules dépendent davantage de sources de soutien officielles. Environ trois quarts (73 %) des femmes qui vivent seules et reçoivent de l'aide dans leurs AVQ dépendent de sources officielles; seulement 16 % recevant de l'aide uniquement de sources officieuses. (On ne connaît pas les données parallèles pour les hommes âgés

Graphique 3

Source de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées, selon le type d'aide, population à domicile, Canada, 1991



Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Comme l'aide fournie peut provenir de plus d'une source, le pourcentage total des personnes recevant de l'aide des diverses sources est supérieur à 100 %.

vivant seuls et qui ont déclaré recevoir de l'aide dans leurs AVQ, et ce, parce que la taille de l'échantillon est trop restreinte pour fournir des estimations fiables.) Tant pour les hommes que pour les femmes qui vivent seules et qui reçoivent de l'aide dans leurs AIVQ, les sources officielles, isolément ou combinées à de l'aide officieuses, prédominent toujours, même si les sources officieuses jouent un rôle un peu plus important.

Par contre, comme on l'a déjà relevé, la majorité des personnes âgées qui vivent avec d'autres

personnes et reçoivent de l'aide dans leurs AIVQ ou AVQ, dépendent seulement de sources officieuses. Parmi les personnes âgées mariées, lorsque les sources de soutien sont réparties en fonction de catégories plus détaillées, mais comportant des chevauchements, c'est le soutien officieux, particulièrement d'un conjoint ou d'un partenaire, qui prédomine. Cela est vrai pour les deux sexes et autant pour l'aide dans les AVQ que pour celle dans les AIVQ (tableau 4). En outre, autant d'hommes que de femmes mariés reçoivent

Tableau 3

Caractère officiel ou officieux de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées vivant à domicile, selon le sexe, le type de besoin et certaines caractéristiques, Canada, 1991

Source d'aide et certaines caractéristiques	Total des personnes recevant de l'aide		Sources de l'aide					
			Aide officieuse seulement		Aide officielle seulement		Aide officielle et officieuse	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	en milliers		%					
Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)								
Total†	290	537	55	51	20	19	25	30
Revenu du ménage								
Inférieur	187	341	59	43	15	24	26	33
Supérieur	100	168	50	68	26	8	24	24
Niveau de scolarité								
Études primaires ou moins	125	250	64	59	9	17	27	23
Études secondaires partielles	165	287	48	44	28	20	24	35
État matrimonial								
Sans conjoint(e) ni partenaire	70	342	46	45	26	24	28	31
Avec conjoint(e) ou partenaire	220	195	58	61	18	11	24	28
Modalités de vie								
Vit seul(e)	44	216	35	29	35	33	30	38
Vit avec d'autres	242	294	59	68	16	8	24	24
Activités de la vie quotidienne (AVQ)								
Total†	52	100	56	47	20	38	24	14
Revenu du ménage								
Inférieur	31	69	56	43	27	41	17	16
Supérieur	19	21	57	69	7	20	37	11
Niveau de scolarité								
Études primaires ou moins	21	46	81	55	10	23	10	22
Études secondaires partielles	31	54	34	40	29	54	37	6
État matrimonial								
Sans conjoint(e) ni partenaire	12	67	52	37	43	53	6	11
Avec conjoint(e) ou partenaire	40	33	57	68	12	12	31	20
Modalités de vie								
Vit seul(e)	--	33	--	16	--	73	--	11
Vit avec d'autres	46	56	57	69	17	14	26	17

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

Nota : Les pourcentages reposent sur les personnes qui reçoivent de l'aide d'une source connue.

† Comprend les personnes avec des données manquantes pour certaines caractéristiques.

-- Le nombre de personnes dans cette catégorie est trop petit pour fournir des estimations fiables.

au moins un peu d'aide d'un conjoint ou d'un partenaire dans leurs AIVQ. Cela ne signifie pas que la somme d'aide fournie est suffisante pour répondre aux besoins du conjoint. Comme il a été noté précédemment, les femmes mariées sont beaucoup plus susceptibles que les hommes mariés d'avoir des besoins insatisfaits.

Outre l'aide reçue d'un conjoint ou d'un partenaire dans les AVQ, les personnes âgées mariées reçoivent plus souvent cette aide de sources officielles que de leurs enfants. Ainsi, dans les AVQ, les personnes âgées mariées ont tendance à dépendre d'une aide officielle comme deuxième option, plutôt que de leurs enfants. Toutefois, pour leurs AIVQ, les personnes âgées mariées sont aussi susceptibles de recevoir de l'aide de leurs enfants que de sources officielles.

Répercussions

Selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991, les personnes âgées qui ont déjà été mariées (et qui sont pour la majorité veuves) et celles qui vivent seules (souvent les mêmes personnes) sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une aide personnelle en raison de leur état de santé. Peut-être parce qu'elles n'ont pas accès facilement aux sources officielles d'aide (c'est-à-dire à l'intérieur du ménage), ces personnes ont aussi le niveau le plus élevé de besoins insatisfaits. De même, les personnes âgées dont les besoins sont satisfaits disposent en général, du fait de leur état matrimonial et de leurs modalités de vie, de sources d'aide officielles à proximité.

Donc, le veuvage a des conséquences graves pour les personnes âgées qui ont besoin d'une aide personnelle en raison de leur état de santé, puisqu'il crée généralement des ménages à une personne. Le fait de vivre seul, particulièrement pour les femmes, est lié non seulement à une dépendance relativement grande à l'égard des sources officielles de soutien, mais aussi à une probabilité relativement plus élevée que leurs besoins ne soient pas satisfaits. Il convient de souligner que les personnes âgées veuves sont à peu près aussi susceptibles, si ce n'est plus, de recevoir de l'aide de sources officielles que de leurs enfants.

Tableau 4
Sources de l'aide personnelle liée à l'état de santé reçue par les personnes âgées vivant à domicile, selon l'état matrimonial, le sexe et le type de besoin, Canada, 1991

Source de l'aide [†] et état matrimonial	Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)		Activités de la vie quotidienne (AVQ)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	en milliers			
Total des personnes recevant ces services	290	537	52	100
Sans conjoint(e) ni partenaire	70	342	12	67
Avec conjoint(e) ou partenaire	220	195	40	33
	%			
Conjoint(e) ou partenaire	51	25	61	27
Sans conjoint(e) ni partenaire
Avec conjoint(e) ou partenaire	63	63	79	74
Enfants	41	48	27	36
Sans conjoint(e) ni partenaire	35	51	12	40
Avec conjoint(e) ou partenaire	42	42	32	28
Autres parents	17	28	12	11
Sans conjoint(e) ni partenaire	39	32	31	13
Avec conjoint(e) ou partenaire	9	20	6	8
Amis ou voisins	21	19	13	3
Sans conjoint(e) ni partenaire	31	23	17	3
Avec conjoint(e) ou partenaire	18	12	12	4
Services officiels	81	81	82	62
Sans conjoint(e) ni partenaire	78	77	56	49
Avec conjoint(e) ou partenaire	82	89	90	89
Services officiels	47	51	50	53
Sans conjoint(e) ni partenaire	56	58	53	63
Avec conjoint(e) ou partenaire	44	40	49	33

Source des données : Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991

[†] Étant donné que des personnes peuvent recevoir de l'aide de plus d'une source, le pourcentage total des personnes recevant de l'aide des diverses sources est supérieur à 100 %.

... Sans objet

Dans une certaine mesure, l'importance de l'apport conjoint d'aide officieuses et d'aide officielle peut avoir donné lieu à l'émergence d'une nouvelle norme dans les pays occidentaux, à savoir que « les personnes âgées ne veulent pas, en règle générale, avoir l'impression de dépendre de leurs enfants »^{10,25}. Cette tendance à avoir recours aux services officiels plutôt qu'aux enfants est aussi ressortie au Canada^{26,27}. Il se peut que la taille plus restreinte de la famille, la plus grande mobilité géographique et la participation plus grande des femmes au marché du travail aient entraîné une réduction du nombre des membres de la famille pouvant fournir une aide officieuse^{10,11,25,26,28-30}.

Il convient de souligner que certains types de soins peuvent nécessiter davantage de compétences ou de force physique que celles que possèdent les personnes qui fournissent de l'aide officieuse, ce qui peut obliger le recours aux services officiels. Par ailleurs, outre les soins qu'elles prodiguent, les personnes qui fournissent de l'aide officieuse peuvent faciliter l'accès des personnes âgées aux services officiels, les aider à obtenir une aide additionnelle, augmentant ainsi la probabilité que l'aide soit fournie par un ensemble de sources officielles et officieuses.

L'importance de la combinaison du soutien officiel et officieux peut aussi découler, en partie, de l'accent accru qui est mis sur les services officiels dans le milieu, avec comme objectif de réduire le placement en établissement et le fardeau imposé aux familles^{6,28}. La proportion substantielle de soins qui est fournie par une combinaison de sources officielles et officieuses indique que le soutien non officiel est largement utilisé en complément des sources officieuses, plutôt qu'en remplacement de celles-ci.

Les différences quant aux besoins insatisfaits selon l'état matrimonial et les modalités de vie reflètent la présence ou l'absence d'un soutien officieux. En l'absence d'aide du conjoint, des enfants, de parents et d'amis, ou si, pour une raison ou pour une autre, l'aide officieuse devient moins accessible, la demande en services de soins à domicile et en établissements de soins prolongés augmentera considérablement.

La prévalence des besoins et des besoins insatisfaits d'aide personnelle est plus grande chez

les personnes âgées ayant un revenu inférieur et un niveau moins élevé de scolarité. De plus, les personnes âgées ayant un revenu inférieur sont plus dépendantes des services officiels que celles ayant un revenu supérieur. Ainsi, en l'absence de soutien officiel, les disparités socioéconomiques quant aux besoins insatisfaits auraient été plus grandes, avec comme conséquence une détérioration de la santé des personnes ne recevant pas l'aide nécessaire.

Du fait du vieillissement de la population, le Canada pourrait connaître un accroissement de la demande de services de soutien officiel, que ces services soient fournis en établissement ou dans le milieu de vie, par des bénévoles, des sources privées ou des sources gouvernementales. Le financement de services officiels dans le milieu de vie a été proposé comme un moyen de réduire le coût des soins de longue durée associé au placement en établissement. Par conséquent, il devient de plus en plus important de comprendre le lien qui existe entre les soins officiels et les soins officieux^{24,28,30-32}, car il s'agit d'un lien essentiel pour planifier les services de soins de santé et pour financer à long terme l'aide personnelle.

Remerciements

Santé Canada a soutenu les premières étapes de ce travail. Des remerciements vont aussi à Jean-Pierre Morin, et Jenny Lynch (Division des méthodes d'enquêtes sociales), et Diane Stukel (Division des méthodes d'enquêtes-ménages) qui ont contribué à la nouvelle pondération des données de l'échantillon des ménages de l'ESLA pour les groupes les plus âgés.

Références

1. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral provincial territorial des soins continus, *Les orientations futures dans le domaine des soins continus*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1992.
2. C. Rosenthal, (s. la dir. de), «La Réforme des soins de longue durée et les soins «familiaux» : une combinaison inquiétante», *La Revue canadienne du vieillissement*, 14(4), 1994, p. 423-427.

3. B. Havens, «Long-term care diversity within the care continuum», *La Revue canadienne du vieillissement*, 14(2), 1995, p. 245-262.
4. B. Havens et D. Bray, «International comparisons of long-term care: Canada, with specific reference to Manitoba», *La Revue canadienne du vieillissement*, 15, supplément n° 1, 1996, p. 31-45.
5. B. Havens, F. Béland et J. Van Nostrand, éditorial, «Les systèmes de soins de longue durée dans cinq pays», *La Revue canadienne du vieillissement*, 15, supplément n° 1, 1996, p. 5-8.
6. F. Béland et D. Arweiler, «Conceptual framework for development of long-term care policy», *La Revue canadienne du vieillissement*, 15(4), 1996, p. 649-697.
7. E.G. Moore, M. Rosenberg et D. McGuinness, *Viellir au Canada: les aspects démographique et géographique du vieillissement*, série des monographies du recensement, Toronto, ITP Nelson, 1997.
8. Organisation de coopération de développement économiques, *Protéger les personnes âgées dépendantes: Nouvelles orientations*, études de politique sociale n° 14, Organisation de coopération de développement économiques (OCDE), Paris, 1994.
9. K.G. Manton, L. Corder et E. Stallard, «Changes in the use of personal assistance and special equipment from 1982 to 1989: Results from the 1982 and 1989 NLTCs», *The Gerontologist*, 33(2), 1993, p. 168-176.
10. S. O. Daatland, «Formal and informal care: New approaches», (s. la dir. de), G. Caselli et A.D. Lopez *Health and Mortality among Elderly Populations*, Oxford, Clarendon Press, 1996, p. 315-330.
11. A. Golini et R. Vivio, «Strategies for the provision of social and health care services for the elderly», (s. la dir. de), G. Caselli et A.D. Lopez, *Health and Mortality among Elderly Populations*, Oxford, Clarendon Press, 1996, p. 331-349.
12. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral, provincial et territorial des soins continus, *Système national de conversion pour la classification des soins et services de longue durée* (n° H39-187-1990F au catalogue), Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1990.
13. Santé et Bien-être social Canada, Sous-comité fédéral, provincial et territorial des soins continus, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et les territoires du Canada*, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1993.
14. M.J. Hollander, «The continuum of care: An integrated system of service delivery», (s. la dir. de), E. Sawyer et M. Stephenson, *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-term Care*, Ottawa, Les Presses de l'Association canadienne des hôpitaux, 1996, p. 97-113.
15. M.J. Hollander, *Rapport sur le projet d'étude de la nécessité et de la faisabilité d'une base de données nationale sur les soins continus* (n° 82F0012XPF au catalogue), Statistique Canada, Ottawa, 1994.
16. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991 : guide de l'utilisateur* (n° 82-602SF au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
17. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991 : manuel de l'interviewer* (n° 82-602SF au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1991.
18. B. Desjardins et J. Dumas, «Vieillesse de la population et les personnes âgées», (Statistique Canada n° 91-533F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
19. J.F. Gentleman et E. Park, «Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent», *Rapports sur la Santé*, 6(2), 1994, p. 225-240 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. L.O. Stone, *Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés, Rapport préliminaire sur les résultats de l'Enquête sociale générale* (Statistique Canada, n° 89-508 au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1988.
21. J. Hagey, «Aide à domicile : le soutien aux canadiens âgés», *Tendances sociales Canadiennes*, 14(3), 1989, p. 22-24.
22. Santé et Bien-être social Canada, *Viellissement et autonomie : Aperçu d'une enquête nationale*, n° H88-3/13-1993F, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.
23. R. Wilkins, M. Rochon et P. Lafontaine, Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé, (s. la dir. de) C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard et al., «Et la santé, ça va en 1992-1993?», Rapport de l'Enquête sociale et de la santé 1992-1993, volume 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995, p. 279-311.
24. N. Chappell, *Social Support and Aging*, Toronto, Butterworths Canada Ltd., 1992.
25. G. Sundström, «Les solidarités familiales : Tour d'horizon des tendances», *Protéger les personnes âgées dépendantes : nouvelles orientations*, études de politique sociale n° 14. Paris, OCDE, 1994, p. 15-58.
26. N. Kenny, R. Dickinson, M. D. Stout et al., (s. la dir. de), de Forum national sur santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, volume II - Rapports de synthèse et documents de référence, (n° H21-126/5/2-1997F au catalogue), Ottawa, Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.
27. N.L. McAllister et M.J. Hollander, «Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique: Attitudes et opinions», *Rapports sur la santé*, 5(4), 1993, p. 409-418 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
28. J.G. Chipperfield, «The support source mix: A comparison of elderly men and women from two decades», *La Revue canadienne du vieillissement*, 13(4), 1994, p. 434-453.
29. S.L. Tennstedt, S.L. Crawford et J.B. McKinlay, «Is family care on the decline? A longitudinal investigation of the substitution of formal long-term care services for informal care», *The Milbank Quarterly*, 71(4), 1993, p. 601-624.
30. M. Silverstein et E. Litwak, «A task-specific typology of inter-generational family structure in later life», *The Gerontologist*, 33(2), 1993, p. 258-264.
31. N. Chappell et A. Blandford, «Informal and formal care: Exploring the complementarity», *Ageing and Society*, 10, 1991, p. 299-317.
32. J.P. Margaret et N. Chappell, «Self-care in relationship to informal and formal care», *Ageing and Society*, 10, 1990, p. 41-59.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada

Leslie A. Gaudette, Christopher A. Altmayer, Marek Wysocki et Ru-Nie Gao

Résumé

Objectifs

Le présent article a pour objet d'analyser les variations provinciales et territoriales de l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer pour certains types de cancer.

Source des données

Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer et du Registre canadien du cancer. Les données sur la mortalité sont tirées de la Base canadienne de données de l'état civil.

Techniques d'analyse

On a calculé les taux comparatifs d'incidence du cancer et de mortalité par cancer pour le Canada et pour chaque province ou territoire, selon le sexe, pour les principaux types de cancer, pour la période allant de 1991 à 1993.

Principaux résultats

Les variations géographiques de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer dépendent fortement des tendances observées pour les quatre formes principales de cancer, à savoir les cancers du poumon, du côlon et du rectum, de la prostate et du sein. Les taux d'incidence du cancer sont significativement élevés au Québec et en Nouvelle-Écosse alors qu'ils sont significativement faibles dans les trois provinces de l'Ouest. Ceci généralement reflète les variations provinciales et territoriales de la prévalence du tabagisme, des habitudes alimentaires et de la portée des programmes de lutte anticancéreuse.

Mots-clés

Tumeurs, tabagisme, dépistage de masse, variations géographiques.

Auteurs

Leslie A. Gaudette (613) 951-1740 et Ru-Nie Gao travaillent à la Division des statistiques sur la santé et Marek Wysocki, à la Division des méthodes d'enquêtes-ménages, à Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Christopher A. Altmayer a travaillé pour la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'enseignement coopératif de l'Université de Waterloo.

Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer ne sont pas les mêmes partout au Canada. Ils ont tendance à être supérieurs à la moyenne au Québec et dans les provinces maritimes, et inférieurs à celle-ci dans les trois provinces de l'Ouest. Ces fluctuations régionales reflètent, en grande partie, la variation de la prévalence des facteurs de risque et de la mise en œuvre de programmes de dépistage pour diverses formes de cancer.

On se fonde ici sur les données de trois années (de 1991 à 1993) pour analyser les tendances de l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer dans les diverses régions du Canada (voir *Méthodologie, Limites et Définitions*). Les écarts significatifs observés entre les taux provinciaux ou territoriaux et les taux nationaux pourraient susciter l'étude plus approfondie des facteurs de risque liés à l'environnement et au mode de vie ainsi que celle des effets du dépistage et du traitement¹⁻⁴.

Variation des taux d'une région à l'autre du pays

Au Canada, de 1991 à 1993, le taux comparatif annuel d'incidence du cancer pour tous les types confondus était nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 476 nouveaux cas diagnostiqués pour 100 000 hommes,

comparativement à 337 pour 100 000 femmes. Parcilleusement, le taux comparatif de mortalité était plus élevé pour les hommes que pour les femmes : 243 contre 153 décès pour 100 000. Néanmoins, ces taux varient considérablement selon la province ou le territoire (graphique 1).

Méthodologie

Source des données

Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer pour 1991 et du Registre canadien du cancer pour 1992 et 1993. Les données sur l'incidence du cancer sont recueillies annuellement par les registres provinciaux et territoriaux du cancer et communiquées à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada qui tient à jour ces bases de données⁵. Les statistiques sur la mortalité par cancer, calculées d'après les données des registres de l'état civil provinciaux et territoriaux, sont tirées de la Base canadienne des données de l'état civil tenue à jour par Statistique Canada⁶.

Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont calculés d'après les estimations démographiques postcensitaires, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net, produites par la Division de la démographie de Statistique Canada.

On présente ici les taux d'incidence et de mortalité pour certains sièges et types de cancer. Les cancers analysés ici représentent pratiquement 90 % des nouveaux cas de cancer et de décès par cancer enregistrés chaque année. La plupart des types choisis pour l'analyse sont les formes les plus courantes de cancer. On a également examiné l'étendue des variations régionales pour certains cancers moins courants.

Techniques d'analyse

On a modélisé les dénombrements des nouveaux cas de cancer et des décès par cancer comme des variables aléatoires de Poisson dont la moyenne estimée est le produit du taux brut par le chiffre de population. On a supposé que cette moyenne est différente pour chaque combinaison particulière de province, groupe d'âge, sexe, période de référence et type de cancer. On a aussi supposé que les dénombrements répartis selon la loi de Poisson sont indépendants dans le temps et entre les groupes d'âge, et que la loi de distribution normale est une approximation raisonnable de leur distribution.

On s'est servi des données correspondant à une période de référence de trois ans pour calculer les taux comparatifs. On estime que cette période est suffisamment courte pour refléter adéquatement les variations récentes des taux observés pour certains types de cancer, mais suffisamment longue pour fournir des estimations assez précises. Pour chaque groupe d'âge, on a élevé au carré le quotient de la proportion de la population type et du chiffre de population, puis on a multiplié le résultat par le nombre associé de cas. On a ensuite calculé la somme de ces valeurs sur les groupes d'âge pour obtenir l'estimation désirée de la variance pour le taux comparatif.

On s'est servi d'un test d'hypothèse fondé sur la statistique Z pour déterminer si l'écart entre un taux provincial/territorial donné (x) et le taux national comparatif (y) pour un type de cancer particulier est statistiquement significatif :

$$Z = (\text{taux}_x - \text{taux}_y) / \sqrt{\text{var}_x + \text{var}_y - 2\text{cov}(x,y)}$$

Comme les taux enregistrés pour les grandes provinces influencent fortement le taux national, l'hypothèse selon laquelle les taux provinciaux et le taux national sont indépendants n'est pas défendable. Pour tenir compte du degré de corrélation qui existe entre un taux provincial ou territorial donné et le taux national, on a calculé dans chacun des cas la covariance entre les deux taux et introduit ce terme de covariance dans la formule de la variance appliquée à l'écart entre les taux.

On examine ici l'écart entre les taux nationaux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer et ceux calculés pour chaque province ou territoire. On a calculé les intervalles de confiance pour évaluer la variation de chaque taux provincial ou territorial.

L'article contient des données récemment révisées provenant du Registre du cancer de la Nouvelle-Écosse⁵, situation qui pourrait limiter les comparaisons avec des rapports publiés antérieurement. Ces données incluent des renseignements sur 3 % environ de cas supplémentaires découverts en comparant les renseignements transmis par le Registre du cancer de la Nouvelle-Écosse aux données des fichiers nationaux sur la mortalité.

Chez les hommes, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec et au Manitoba, le taux global d'incidence du cancer est significativement plus élevé que le taux national (tableau 1). En revanche, il est significativement plus

faible que le taux national à Terre-Neuve, en Ontario, dans les trois provinces de l'Ouest et dans les deux territoires.

Les femmes ont une incidence globale du cancer qui varie moins selon la région. Les taux sont bien supérieurs au taux national en Nouvelle-Écosse, et lui sont légèrement supérieurs en Ontario et au Manitoba. Par contre, ils sont nettement inférieurs

Graphique 1

Taux comparatifs annuels de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, tous types confondus, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, de 1991 à 1993

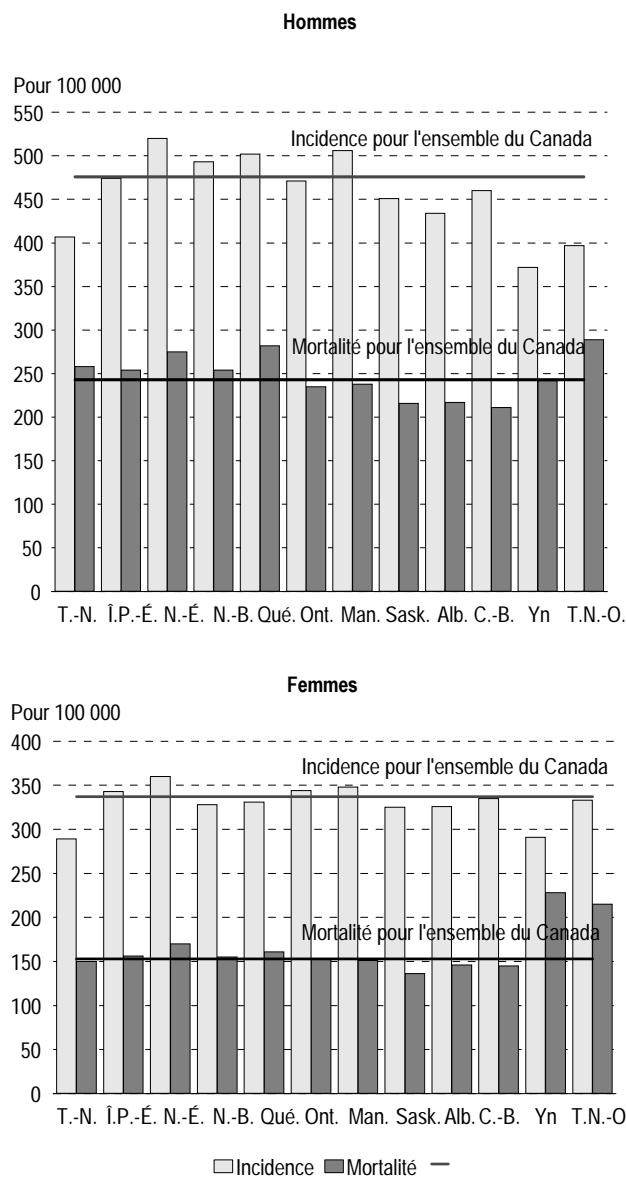


Tableau 1

Taux comparatifs annuels de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer qui diffère de façon significative des taux nationaux, tous types confondus, selon la province et le sexe, de 1991 à 1993

		Plus élevé significativement* que le taux national		Plus faible significativement* que le taux national	
		Incidence	Mortalité	Incidence	Mortalité
Terre-Neuve	Hommes		x		x
	Femmes				x
Île-du-Prince Édouard	Hommes				
	Femmes				
Nouvelle-Écosse	Hommes	x	x		
	Femmes	x	x		
Nouveau-Brunswick	Hommes	x	x		
	Femmes				
Québec	Hommes	x	x		
	Femmes		x		x
Ontario	Hommes				x
	Femmes	x			x
Manitoba	Hommes	x			
	Femmes	x			
Saskatchewan	Hommes			x	x
	Femmes			x	x
Alberta	Hommes			x	x
	Femmes			x	x
Colombie-Britannique	Hommes			x	x
	Femmes				x
Yukon	Hommes				x
	Femmes		x		
Territoires du Nord-Ouest	Hommes				x
	Femmes		x		

Source: Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

* p < 0,05

Limites

En général, les méthodes d'enregistrement se sont améliorées au point qu'on considère maintenant que, depuis 1984, l'enregistrement des cas de cancer est relativement uniforme au Canada et que la couverture des données sur l'incidence du cancer au pays atteint au moins 95 % et plus⁵. Il s'agit cependant ici d'une estimation qui peut varier selon la province et le type de cancer⁷. Compte tenu du petit nombre de cas observés dans les territoires et dans les provinces les moins peuplées, il n'est pas toujours possible de déceler des variations régionales, particulièrement pour les cancers les moins courants.

Certaines variations dans les méthodes et dans les sources utilisées pour faire les enregistrements peuvent mener à une sous-estimation ou à une surestimation du nombre de nouveaux cas de cancer⁵. Il se pourrait aussi que l'incidence soit faible dans une province où l'enregistrement des cas repose sur les rapports d'anatomo-pathologie et forte dans une autre, où elle repose sur les dossiers hospitaliers, ne comportant pas de confirmation du diagnostic histologique. Par exemple, les fluctuations de l'incidence de la leucémie résultent peut-être en partie de la sous-estimation ou de la surestimation du nombre de cas, soit parce qu'on n'a utilisé que des méthodes de diagnostic très précises, soit parce qu'on s'est trop appuyé sur des sources moins fiables, comme les dossiers hospitaliers sans confirmation des données^{1,5}.

En outre, il se peut qu'on ait adopté une définition différente de ce qu'est une tumeur invasive⁸. Par exemple, les définitions adoptées pour enregistrer les tumeurs primitives multiples varient d'une région à l'autre. Cette situation pourrait avoir une incidence sur la comparabilité des taux enregistrés en Ontario et au Québec, provinces qui toutes deux utilisent les définitions les plus restrictives. La faible incidence du cancer du sein au Québec pourrait donc dépendre des méthodes de déclaration, puisque l'enregistrement est limité à une tumeur primitive du sein par femme. Toutefois, le fait que l'Ontario emploie aussi cette règle infirme cette hypothèse².

La variation géographique de l'incidence du cancer de la vessie résulte en grande partie de l'application de définitions différentes. Les registres du cancer de la Colombie-Britannique et de l'Ontario et, récemment, plusieurs autres codent le carcinome papillaire non invasif à cellules de transition de la vessie comme une tumeur in situ, plutôt que comme une tumeur invasive^{2,5}. Par conséquent, les taux sont faibles pour ces provinces, car les tumeurs in situ ne sont pas incluses dans la présente analyse.

à la moyenne à Terre-Neuve et légèrement inférieurs à la moyenne au Québec, en Saskatchewan et en Alberta.

En ce qui concerne la mortalité due au cancer, on observe d'est en ouest une variation graduelle assez prononcée du taux. Chez les hommes, le taux comparatif de mortalité due au cancer est significativement plus élevé à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et au Québec, et significativement plus faible en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

La variation géographique des taux de mortalité chez les femmes, est comparable à celle observée chez les hommes, les taux étant significativement supérieurs à la moyenne nationale en Nouvelle-Écosse, au Québec et dans les deux territoires et significativement plus faibles en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

Les variations interprovinciales de l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer reflètent en général les tendances observées pour les formes principales de cancer, à savoir les cancers du poumon, du côlon et du rectum, de la prostate ainsi que du sein chez la femme. Ensemble, ces cancers représentent plus de la moitié de la valeur des taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer enregistrés de 1991 à 1993 (tableaux A à D en annexe).

Taux généralement élevés dans l'est

Au Québec

Au Québec, l'incidence du cancer et la mortalité par cancer sont nettement supérieures aux taux nationaux, en grande partie à cause des taux élevés correspondant aux cancers du poumon ainsi que du côlon et du rectum (tableau 2). En fait, la surmortalité des Québécois due au cancer du poumon explique plus de la moitié de l'augmentation globale de leur mortalité. En outre, les taux d'incidence et de mortalité observés chez les hommes sont significativement supérieurs à la moyenne pour plusieurs autres sièges de cancer liés à l'usage du tabac (rein, cavité buccale et larynx), pour les cancers de la vessie, du pancréas et de

l'estomac ainsi que pour la leucémie. Chez les Québécois, le taux d'incidence n'est faible que pour le cancer de la prostate et pour le mélanome, et le taux de mortalité n'est faible que pour le mélanome et le cancer de l'œsophage.

Chez les Québécoises, les taux de mortalité dus aux cancers du côlon et du rectum, du larynx, de l'utérus et de l'estomac, ainsi qu'à la leucémie sont nettement supérieurs à la moyenne nationale. L'incidence du cancer du poumon et la mortalité due à ce cancer, qui étaient toutes deux inférieures aux moyennes nationales par le passé, sont maintenant légèrement, mais significativement supérieures à ces moyennes^{1,2,9}. Les taux d'incidence des cancers du larynx, de la vessie et de l'estomac sont beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, mais les taux d'incidence des cancers du col de l'utérus et de la cavité buccale, ainsi que du mélanome sont inférieurs à cette moyenne. En outre, bien que le taux d'incidence du cancer du sein soit faible, la mortalité liée à ce cancer est significativement plus élevée que la moyenne. Les Québécoises n'affichent des taux de mortalité significativement plus faibles que la moyenne que pour quatre formes de cancer, à savoir les tumeurs de l'ovaire, du col de l'utérus et de l'œsophage et le mélanome.

En Nouvelle-Écosse

On constate un taux d'incidence global élevé chez les hommes de Nouvelle-Écosse, ce qui reflète des taux nettement supérieurs à la moyenne pour les cancers du poumon, du côlon et du rectum, de la vessie et du rein ainsi que pour le mélanome. Les taux de mortalité par cancer du poumon, de la prostate et du rein sont significativement supérieurs à la moyenne. Néanmoins, même si l'incidence du cancer du côlon et du rectum est significativement élevée, le taux de mortalité due à ce cancer est inférieur à la moyenne. La leucémie est le seul cancer dont l'incidence est significativement inférieure à la moyenne chez l'homme en Nouvelle-Écosse.

À l'instar des hommes, les femmes de Nouvelle-Écosse affichent des taux d'incidence et de mortalité élevés pour un assez grand nombre de formes de cancer. Les taux de mortalité liée aux

cancers du sein et du col de l'utérus enregistrés chez ces femmes comptent parmi les plus élevés au Canada. La mortalité liée au cancer du poumon est forte également. De surcroît, les taux d'incidence des cancers du poumon, du col de l'utérus, de la vessie et du rein sont nettement supérieurs au taux national. Cependant, les taux d'incidence significativement élevés du cancer du côlon et du rectum ainsi que du mélanome s'assortissent de taux de mortalité inférieurs à la moyenne.

Au Nouveau-Brunswick

Chez les hommes de cette province, les taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité liée au cancer

Définitions

Les types de cancer mentionnés dans cet article sont classés conformément à la *Classification internationale des maladies*, neuvième révision (CIM-9)¹⁰ :

Toutes les tumeurs (140 à 208, sauf 173)	Sein (174)
Cavité buccale (141 à 149)	Col de l'utérus (180)
Œsophage (150)	Corps de l'utérus (179, 182)
Estomac (151)	Ovaire (183)
Côlon et rectum (153 à 154)	Prostate (185)
Pancréas (157)	Vessie (188)
Larynx (161)	Rein (189)
Poumon (162)	Lymphome non hodgkinien (200, 202)
Mélanome (172)	Leucémie (204 à 208)

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année.

Mortalité : Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer, d'après la cause sous-jacente du décès, qui surviennent pendant l'année.

Taux comparatif : Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer pour 100 000 personnes qu'on aurait relevé dans la population type (population canadienne de 1991) si les taux par âge réel observés dans une population donnée avaient prévalu dans la population type. Les taux par âge utilisés pour calculer les taux comparatifs d'incidence et de mortalité ont été calculés en divisant le nombre total de nouveaux cas ou de décès enregistrés de 1991 à 1993 par le chiffre global de population correspondant pour chaque région et groupe d'âge.

Tableau 2

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer et de mortalité par cancer qui diffèrent significativement des taux nationaux, selon la province, le sexe et le type, de 1991 à 1993

		Plus élevé significativement* que le taux national		Plus faible significativement* que le taux national	
		Incidence	Mortalité	Incidence	Mortalité
Terre-Neuve	Hommes	côlon et rectum, estomac, vessie	estomac, vessie	prostate, poumon, lymphome non hodgkinien, leucémie, pancréas, mélanome	leucémie, mélanome
	Femmes	côlon et rectum, col de l'utérus, estomac	estomac	sein, poumon, ovaire, lymphome non hodgkinien, leucémie, pancréas, cavité buccale	poumon, pancréas, lymphome non hodgkinien, mélanome
Île-du-Prince-Édouard	Hommes	œsophage	prostate	vessie	leucémie
	Femmes	côlon et rectum	–	–	œsophage
Nouvelle-Écosse	Hommes	poumon, côlon et rectum, vessie, rein, mélanome	poumon, prostate, rein	leucémie	côlon et rectum
	Femmes	côlon et rectum, poumon, col de l'utérus, mélanome, rein, vessie	poumon, sein, col de l'utérus	–	côlon et rectum, mélanome
Nouveau-Brunswick	Hommes	prostate, poumon	poumon	leucémie	côlon et rectum
	Femmes	vessie	–	utérus, ovaire, leucémie, pancréas, œsophage	–
Québec	Hommes	poumon, côlon et rectum, vessie, lymphome non hodgkinien, rein, estomac, leucémie, cavité buccale, pancréas, larynx	poumon, côlon et rectum, pancréas, estomac, leucémie, vessie, rein, cavité buccale, larynx	prostate, mélanome	œsophage, mélanome
	Femmes	côlon et rectum, poumon, leucémie, vessie, estomac, larynx	poumon, sein, côlon et rectum, leucémie, estomac, utérus, larynx	sein, col de l'utérus, mélanome, cavité buccale	ovaire, col de l'utérus, œsophage, mélanome
Ontario	Hommes	leucémie, mélanome, œsophage	lymphome non hodgkinien, œsophage, mélanome	prostate, poumon, vessie, estomac, larynx	poumon, prostate, pancréas, estomac, rein, cavité buccale
	Femmes	sein, utérus, ovaire, lymphome non hodgkinien, col de l'utérus, mélanome, leucémie, cavité buccale, œsophage	sein, ovaire, col de l'utérus, œsophage, mélanome	poumon, vessie, estomac	poumon, côlon et rectum, estomac, utérus

Source : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

– Aucun taux significativement supérieur (ou inférieur) au taux national.

* $p < 0,05$

Tableau 2, suite

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer et de mortalité par cancer qui diffèrent significativement des taux nationaux, selon la province, le sexe et le type, de 1991 à 1993

		Plus élevé significativement* que le taux national		Plus faible significativement* que le taux national	
		Incidence	Mortalité	Incidence	Mortalité
Manitoba	Hommes	prostate, lymphome non hodgkinien	prostate	poumon, leucémie, cavité buccale, larynx	poumon, larynx
	Femmes	sein, utérus, lymphome non hodgkinien	–	larynx	sein, mélanome
Saskatchewan	Hommes	prostate, vessie	–	poumon, côlon et rectum, estomac, cavité buccale, larynx, œsophage,	poumon, côlon et rectum, vessie, œsophage, cavité buccale, larynx
	Femmes	sein	lymphome non hodgkinien	côlon et rectum, poumon, estomac, larynx	poumon, sein, côlon et rectum, estomac, utérus, vessie, cavité buccale
Alberta	Hommes	–	–	poumon, côlon et rectum, lymphome non hodgkinien, vessie, cavité buccale, larynx, œsophage	poumon, côlon et rectum, lymphome non hodgkinien, vessie, cavité buccale, larynx, estomac
	Femmes	sein	–	côlon et rectum, poumon, lymphome non hodgkinien, leucémie, estomac, œsophage, larynx	poumon, côlon et rectum, lymphome non hodgkinien, leucémie, œsophage, larynx
Colombie-Britannique	Hommes	prostate, mélanome, œsophagus	œsophage	poumon, côlon et rectum, vessie, rein, estomac, pancréas, leucémie, larynx	poumon, côlon et rectum, pancréas, estomac, leucémie, vessie, rein, cavité buccale, larynx
	Femmes	sein, poumon, mélanome, cavité buccale	poumon	côlon et rectum, utérus, lymphome non hodgkinien, col de l'utérus, leucémie, rein, vessie, estomac, larynx	sein, côlon et rectum, leucémie, estomac, utérus
Yukon	Hommes	–	–	lymphome non hodgkinien, leucémie	côlon et rectum
	Femmes	–	–	côlon et rectum, utérus	–
Territoires du Nord-Ouest	Hommes	poumon, estomac	poumon	prostate, côlon et rectum, lymphome non hodgkinien, leucémie, œsophage	côlon et rectum
	Femmes	–	poumon	sein, utérus, ovaire, vessie	lymphome non hodgkinien

Source : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

– Aucun taux significativement supérieur ou inférieur au taux national.

* $p < 0,05$

sont un peu plus élevés que la moyenne nationale, ce qui s'explique, en grande partie, par des taux nettement élevés du cancer du poumon et par un taux élevé d'incidence du cancer de la prostate. En revanche, le taux d'incidence de la leucémie et les taux de mortalité liée aux cancers du poumon et du côlon et du rectum sont faibles.

Chez les femmes, pour tous les types de cancer, le taux de mortalité ne s'écarte significativement de la moyenne nationale ni dans un sens ni dans l'autre. Seul le taux d'incidence du cancer de la vessie est élevé, tandis que ceux de la leucémie et des cancers de l'utérus, de l'ovaire, du pancréas et de l'œsophage sont significativement inférieurs à la moyenne.

À l'Île-du-Prince-Édouard

À l'Île-du-Prince-Édouard, peu de taux d'incidence et de mortalité par cancer diffèrent significativement des taux nationaux. Chez l'homme, on compte cependant quelques exceptions comme le taux d'incidence du cancer de l'œsophage et le taux de mortalité liée au cancer de la prostate, qui sont significativement plus élevés, ainsi que le taux d'incidence du cancer de la vessie et le taux de mortalité liée à la leucémie, qui sont plus faibles. Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum est élevé et le taux de mortalité par cancer de l'œsophage est nettement plus faible que la moyenne nationale. Cependant, étant donné le petit nombre de cas enregistrés et la forte variabilité des taux, il convient d'interpréter les taux calculés pour l'Île-du-Prince-Édouard avec prudence.

À Terre-Neuve

Les tendances observées à Terre-Neuve diffèrent des tendances que l'on observe en général pour le cancer dans les provinces de l'Est. Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux global d'incidence du cancer et les taux enregistrés pour beaucoup de types de cancer, sont faibles.

Chez les hommes, le taux global de mortalité par cancer est significativement supérieur à la moyenne nationale et les taux d'incidence des cancers de l'estomac et de la vessie ainsi que de mortalité due à ces cancers comptent parmi les plus élevés au

Canada. Le taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum est lui aussi élevé. Par contre, l'incidence de la leucémie et du mélanome, ainsi que la mortalité liée à ces maladies sont faibles, tout comme l'incidence des cancers de la prostate, du poumon et du pancréas et du lymphome non hodgkinnien.

Chez les femmes, l'incidence du cancer de l'estomac et la mortalité due à ce cancer sont plus élevées que dans toute autre province. Les taux d'incidence des cancers du côlon et du rectum et du col de l'utérus sont également bien supérieurs à la moyenne. En revanche, le taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce cancer sont les plus faibles au Canada, et les taux de mortalité liée au mélanome, au lymphome non hodgkinien et au cancer du pancréas sont faibles.

Taux approchant la moyenne nationale

En Ontario

Les taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer enregistrés chez les résidents de l'Ontario s'approchent de la moyenne nationale.

Les taux globaux d'incidence du cancer légèrement, mais significativement, plus faibles que la moyenne que l'on enregistre chez les hommes tiennent, en grande partie, à la faible incidence du cancer du poumon et à la faible mortalité due à ce cancer, et, en plus faible proportion, à la valeur des taux enregistrés pour les cancers de la prostate et de l'estomac. L'incidence des cancers de la vessie et du larynx et la mortalité due aux cancers du pancréas, du rein et de la cavité buccale sont également faibles chez les Ontariens. En revanche, la mortalité due au lymphome non hodgkinien est élevée. Il en est de même des taux d'incidence du cancer de l'œsophage et du mélanome, de la mortalité associée à ces deux formes de cancer et du taux d'incidence de la leucémie.

Chez les Ontariennes, les taux d'incidence et de mortalité sont significativement supérieurs à la moyenne pour le mélanome et pour les cancers de l'œsophage, du col de l'utérus et de l'ovaire, et légèrement supérieurs à la moyenne pour le cancer du sein. De même, les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien, de la leucémie et du cancer de la cavité buccale sont élevés. Par contre,

les taux d'incidence et de mortalité enregistrés pour les cancers du poumons et de l'estomac sont faibles. Le taux d'incidence du cancer de la vessie et le taux de mortalité due au cancer du côlon et du rectum sont également faibles. Enfin, pour le cancer de l'utérus, le taux d'incidence supérieur à la moyenne s'assortit d'un taux de mortalité inférieur à la moyenne.

Au Manitoba

Chez les hommes, l'incidence globale assez élevée du cancer tient principalement à l'incidence très élevée du cancer de la prostate. La mortalité due à ce cancer est également supérieure à la moyenne, de même que l'incidence du lymphome non hodgkinien. Par ailleurs, les taux d'incidence et de mortalité enregistrés pour les cancers du poumon et du larynx sont faibles, ainsi que les taux d'incidence de la leucémie et du cancer de la cavité buccale.

Chez les femmes du Manitoba, l'incidence du cancer du sein est forte, mais la mortalité liée à ce cancer est faible. Les taux d'incidence du cancer de l'utérus et du lymphome non hodgkinien sont également supérieurs à la moyenne. En revanche, le taux d'incidence du cancer du larynx est faible, ainsi que le taux de mortalité due au mélanome.

Taux faibles dans l'Ouest

En Saskatchewan

En Saskatchewan, les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont, en général, nettement inférieurs aux moyennes nationales.

Chez les hommes, les taux d'incidence ne sont supérieurs à la moyenne que pour les cancers de la prostate et de la vessie et aucune forme de cancer s'est associée à une mortalité significativement supérieure à la moyenne. En fait, le taux de mortalité par cancer de la vessie observé chez les hommes compte parmi les plus faibles au Canada. En outre, les taux d'incidence des cancers du poumon, du larynx, de l'œsophage et de la cavité buccale ainsi que du côlon et du rectum, tout comme leurs taux de mortalité sont faibles. Le taux d'incidence du cancer de l'estomac est lui aussi faible.

Chez les femmes de Saskatchewan, le taux

d'incidence du cancer du sein est élevé, mais la mortalité liée à cette maladie est faible. Le lymphome non hodgkinien est le seul cancer associé à un taux de mortalité significativement supérieur à la moyenne chez les femmes de la Saskatchewan. Les taux de mortalité due aux cancers du poumon, de l'utérus, de la vessie et de la cavité buccale sont parmi les plus faibles observés chez la femme au Canada. En outre, les taux d'incidence du cancer de l'estomac ainsi que du côlon et du rectum, tout comme la mortalité liée à ces cancers sont nettement inférieurs à la moyenne.

En Alberta

En Alberta aussi, les taux d'incidence et de mortalité pour la plupart des cancers ont tendance à être nettement inférieurs aux taux nationaux. Tant chez les hommes que chez les femmes, aucun type de cancer n'est associé à une mortalité significativement supérieure à la moyenne nationale. Chez la femme, seule l'incidence du cancer du sein dépasse légèrement la moyenne.

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les taux d'incidence et de mortalité sont faibles pour les cancers du poumon, du côlon et du rectum et du larynx et pour le lymphome non hodgkinien. Les Albertains affichent des taux de mortalité liée au cancer du poumon, de l'estomac et de la vessie parmi les plus faibles au Canada et des taux très faibles d'incidence du cancer de la cavité buccale et de mortalité liée à ce cancer. Chez les femmes, on enregistre des taux d'incidence et de mortalité très faibles pour le cancer de l'œsophage ainsi que des taux très faibles de mortalité due à la leucémie et au cancer du larynx.

En Colombie-Britannique

Les faibles taux globaux enregistrés en Colombie-Britannique reflètent les taux d'incidence et de mortalité significativement faibles enregistrés pour la plupart des cancers, nombre de ces taux étant nettement inférieurs à la moyenne nationale. Les taux de mortalité par cancer du pancréas et du rein chez les hommes et les taux de mortalité par cancer du sein et cancer du côlon et du rectum chez les femmes sont parmi les plus faibles au Canada.

Cependant, on note certaines exceptions.

Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer de l'œsophage et de mortalité due à ce cancer sont élevés. Les taux d'incidence du cancer de la prostate et du mélanome sont également supérieurs à la moyenne.

Les femmes présentent des taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce cancer élevés. L'incidence du mélanome et des cancers de la cavité buccale et du sein est élevée. Cependant, la mortalité par cancer du sein est significativement inférieure à la moyenne.

Tendances mixtes dans le nord

Au Yukon

Chez les hommes, aucun cancer n'est associé à un taux d'incidence ou de mortalité significativement supérieur au taux national. Le taux de mortalité par cancer du côlon ou du rectum est très faible, de même que les taux d'incidence de la leucémie et du lymphome non hodgkinien.

Les femmes présentent un taux de mortalité pour tous les cancers significativement plus élevé que le taux national, mais aucun taux de mortalité liée à un cancer particulier ne l'est. En fait, l'incidence des cancers du côlon et du rectum ainsi que de l'utérus est significativement inférieure à la moyenne.

Il convient toutefois d'examiner ces taux avec prudence car le calcul se fonde sur un petit nombre de cas, ils sont sujets à une forte variabilité.

Dans les Territoires du Nord-Ouest

Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'incidence du cancer du poumon et la mortalité liée à ce cancer excèdent de loin les taux nationaux chez les deux sexes.

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer de l'estomac est aussi très élevé et le taux de mortalité due à ce cancer s'écarte de la moyenne nationale d'une valeur pratiquement significative du point de vue statistique. Par ailleurs, les taux d'incidence et de mortalité enregistrés pour le cancer du côlon et du rectum sont significativement inférieurs à la moyenne et les taux d'incidence des cancers de la prostate et de l'œsophage, du lymphome non

hodgkinien et de la leucémie sont faibles.

Les femmes présentent des taux d'incidence des cancers du sein, de l'ovaire, de l'utérus et de la vessie nettement inférieurs aux moyennes nationales. En outre, le taux de mortalité lié au lymphome non hodgkinien est l'un des plus faibles au Canada.

Dans une large mesure, plusieurs de ces taux reflètent les profils distincts de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer chez les Inuit¹¹, qui représentaient 32 % de la population des Territoires du Nord-Ouest en 1991¹².

Encore une fois, le nombre de cas enregistrés étant faible, les taux calculés pour les Territoires du Nord-Ouest sont entachés d'une forte variabilité.

Effets du tabagisme

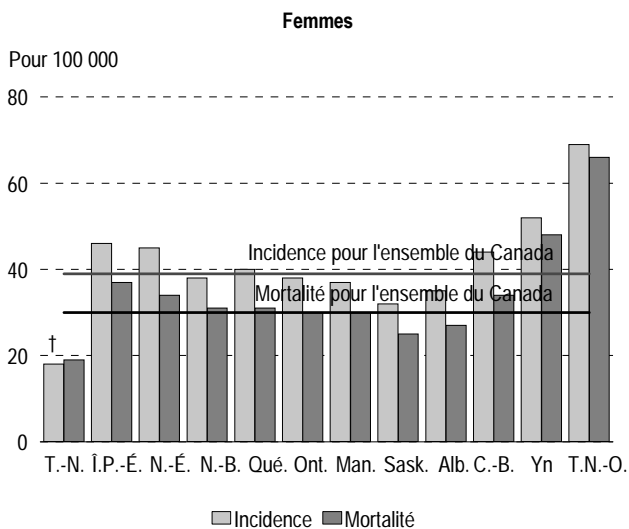
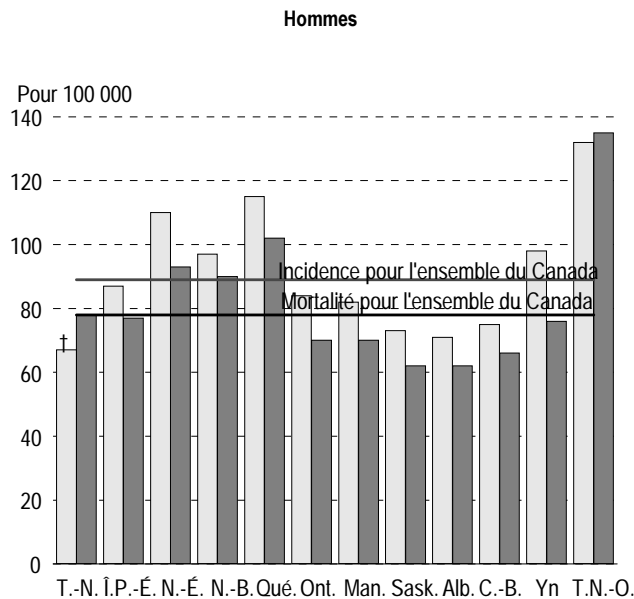
Les variations régionales des taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer reflètent en grande partie l'incidence du cancer du poumon et de la mortalité liée à ce cancer, qui, à leur tour, reflètent largement la courbe de répartition de l'usage du tabac⁹. On estime que plus de 30 % de tous les cas de cancer et 85 % des cas de cancer du poumon sont causés par la consommation de cigarettes^{3,13}.

La forte prévalence du tabagisme au Québec et dans les provinces maritimes¹⁴ coïncide avec une incidence élevée du cancer du poumon et d'autres formes de cancer associées au tabagisme (graphique 2). En outre, si la faible incidence du cancer du poumon à Terre-Neuve reflète la faible prévalence de l'usage du tabac par le passé, il est probable que cette tendance se modifiera, puisqu'une proportion assez forte de résidents de cette province fument à l'heure actuelle¹⁴. On peut attribuer les taux relativement faibles d'incidence du cancer du poumon chez les deux sexes en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, et chez les hommes de Colombie-Britannique, à la prévalence faible à moyenne de l'usage du tabac au cours des 30 dernières années⁹.

Les taux de mortalité liée au cancer du poumon enregistrés pour les Territoires du Nord-Ouest atteignent environ le double de la moyenne canadienne, résultat qui reflète l'incidence élevée de ce cancer chez les Inuit¹¹, et la forte prévalence du

Graphique 2

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce cancer, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, 1991 à 1993



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Base canadienne de données de l'état civil

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

† Il se peut que les taux d'incidence soient plus faibles que les taux de mortalité parce que l'enregistrement avant le décès est incomplet.

tabagisme chez les Autochtones du Nord¹⁵.

Le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon chez les femmes est particulièrement inquiétant. L'incidence du cancer du poumon et de la mortalité due à ce cancer a considérablement augmenté chez elles^{5,16}, alors que le recul du tabagisme n'est pas aussi rapide que chez les hommes¹⁴. De surcroît, de 1984 à 1993, les taux d'incidence du cancer du poumon ont augmenté plus rapidement chez les femmes du Québec et des provinces de l'Atlantique que chez celles de l'Ouest du Canada⁵. Le taux significativement élevé d'incidence du cancer du poumon chez les Québécoises, alors qu'il était autrefois inférieur à la moyenne^{1,2}, est le résultat de la forte prévalence du tabagisme du milieu des années 1960 au milieu des années 1980. De même, les taux significativement élevés d'incidence du cancer du poumon chez les femmes de la Colombie-Britannique sont la conséquence de la forte incidence du tabagisme durant les années 1960⁹.

Régime alimentaire

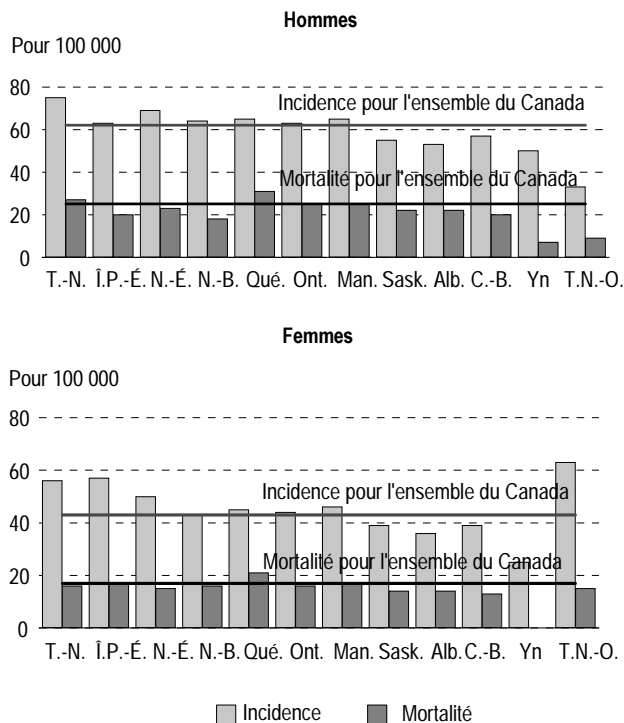
Le régime alimentaire peut aussi donner lieu à des variations régionales de l'incidence du cancer au Canada, 35 % de la totalité des cas de cancer étant liés à des facteurs alimentaires^{3,13}.

La consommation d'une forte quantité de matières grasses est liée au risque d'apparition du cancer du côlon et du rectum, tandis que les fibres alimentaires jouent un rôle protecteur¹³. Les résidents du Québec, pour lesquels on enregistre des taux élevés d'incidence du cancer du côlon et du rectum et de mortalité due à ce cancer, ont tendance à consommer plus de matières grasses et davantage de calories que les autres Canadiens¹⁷, et ils affichent aussi les taux de cholestérolémie les plus élevés¹⁸. De même, dans les provinces atlantiques, l'incidence plus forte qu'ailleurs du cancer du côlon et du rectum peut être liée à une alimentation riche en matières grasses¹⁷, quoique les taux de mortalité soient faibles ou moyens (graphique 3).

Il existe un lien entre le cancer de l'estomac et les régimes riches en aliments fumés, salés et marinés, et pauvres en fruits et en légumes frais¹¹. Les taux significativement élevés d'incidence du cancer de

Graphique 3

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer du côlon et du rectum et de mortalité due à ce cancer, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, 1991 à 1993



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

- Nil ou zéro

l'estomac observés à Terre-Neuve reflètent vraisemblablement ce genre de régime, pauvres en vitamine C^{1,2}. D'autres facteurs alimentaires pourraient contribuer au taux du cancer de l'estomac des Territoires du Nord-Ouest¹⁹.

Dépistage et diagnostic précoce

Pour certains types de cancer, la variation des taux d'incidence et de mortalité selon la province ou le territoire reflète probablement des différences dans la mise en place de programmes de dépistage précoce, surtout pour les cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate^{1,2,20}.

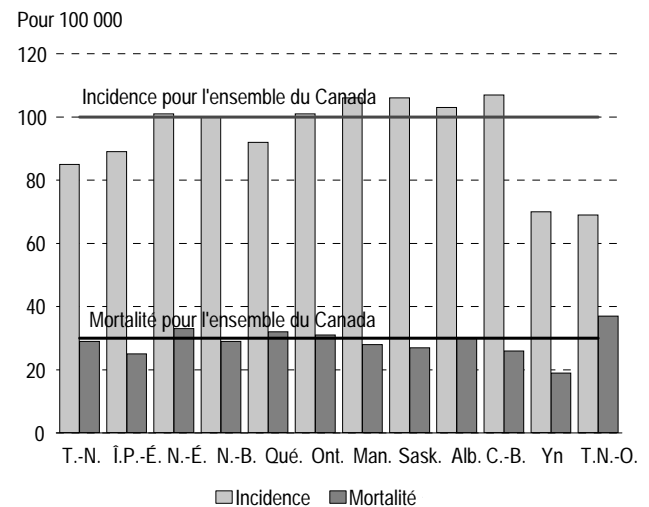
À la suite de la mise en œuvre d'un programme de dépistage, il arrive qu'on obtienne des taux d'incidence supérieurs à la normale, car beaucoup de cas de cancer sont diagnostiqués plus tôt qu'ils

ne l'auraient été autrement. Une fois que le programme est complètement en place, les taux d'incidence retombent parfois au niveau d'avant le dépistage et, on constate même parfois une baisse de la mortalité. Ainsi, dans les trois provinces les plus à l'Ouest, les programmes de dépistage bien établis contribuent peut-être à la tendance à la baisse de la mortalité par cancer.

Par exemple, les variations de l'incidence du cancer du sein sont peut-être fonction de l'accès à un programme de dépistage²¹. Dans toutes les provinces où le taux d'incidence de ce cancer est élevé, sauf au Manitoba, des programmes provinciaux de dépistage par mammographie étaient en place de 1991 à 1993, ce qui n'était pas le cas dans les provinces où le taux d'incidence est plus faible. Les taux d'incidence élevés et de mortalité faibles en Colombie-Britannique et en Saskatchewan donnent à penser que le diagnostic précoce, conjugué à des lignes directrices de traitement efficace, pourrait faire baisser la mortalité liée au cancer du sein (graphique 4)²².

Graphique 4

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer du sein et de mortalité due à ce cancer, chez les femmes, Canada, provinces et territoires, 1991 à 1993



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

De surcroît, les taux comparativement faibles d'incidence du cancer du col de l'utérus enregistrés en Colombie-Britannique sont peut-être attribuables aux programmes de dépistage par le test de Papanicolaou bien établis dans cette province^{2,23}.

La variation de l'incidence du cancer de la prostate pourrait refléter des différences en ce qui concerne le dépistage par dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) et d'autres formes de dépistage précoce. Le fait que la variation progressive de l'incidence du cancer d'est en ouest soit moins prononcée que les années précédentes^{1,2} laisse entendre que le dépistage précoce est maintenant pratiqué de façon plus uniforme au Canada. Cependant, les taux de mortalité varient beaucoup moins que les taux d'incidence et la courbe de variation de la mortalité ne correspond pas toujours à celle de la variation de l'incidence (graphique 5). Il est trop tôt pour dire si l'augmentation de la fréquence du dépistage précoce du cancer de la prostate se traduit par une diminution de la mortalité. Ces fluctuations importantes des taux d'incidence,

accompagnées de fluctuations plus faibles des taux de mortalité, existent également dans d'autres pays, ce qui donne à penser que le dépistage précoce du cancer de la prostate n'influencerait que peu sur la mortalité liée à ce cancer²⁴.

Mot de la fin

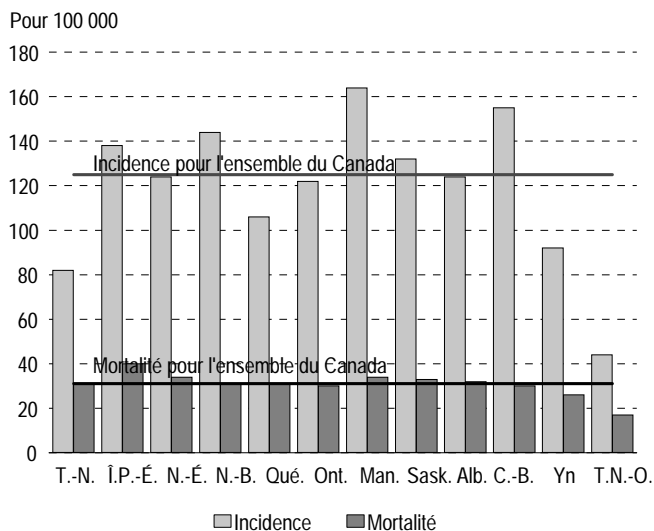
Les taux provinciaux et territoriaux d'incidence du cancer et de mortalité due au cancer s'écartent considérablement des taux nationaux. Plusieurs de ces variations semblent liées à des facteurs de risque, tels que l'usage du tabac, ou le régime alimentaire, et de même qu'aux méthodes de lutte contre le cancer, comme le dépistage.

Remerciements

Nous sommes très reconnaissants d'avoir eu accès aux données fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer et de l'état civil.

Graphique 5

Taux comparatifs annuels d'incidence du cancer de la prostate et de mortalité due à ce cancer, Canada, provinces et territoires, 1991 à 1993



Source : Registre canadien du cancer, Système national de déclaration des cas de cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

Références

1. P.R. Band, L.A. Gaudette, G.B. Hill *et al.*, *Développement du registre canadien du cancer : Incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes, 1969 à 1998*, Conseil canadien des registres du cancer, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993.
2. N.D. Le, L.D. Marrett, D.L. Robson *et al.*, *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada, volume 1 : Incidence du cancer au Canada*, (Santé Canada, n° H49-6/1-1996 au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996.
3. R. Doll et R. Peto, *The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today*, Les presses de l'Université d'Oxford, New York, 1981.
4. S.D. Walter, S.E. Birnie, L.D. Marrett *et al.*, «Variation géographique de l'incidence du cancer en Ontario», *Maladies chroniques au Canada*, 13(6), 1992, supplément S10-S15.
5. L.A. Gaudette et J. Lee, *L'incidence du cancer au Canada, 1969-1993*, (Statistique Canada, n° 82-566-XPB au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1997.

6. Statistique Canada, *Mortalité – Liste sommaire des causes, volume III – Statistiques de l'état civil*, (n° 84-209 au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1995.
7. V.W. Chen, X.C. Wu, et P.A. Andrews (s. la dir. de), *Cancer in North America, 1990-1994. Volume One: Incidence*. Sacramento, California: North American Association of Central Cancer Registries, 1998.
8. L.A. Gaudette, T. LaBillois, R.-N. Gao *et al.*, L'assurance de la qualité du registre canadien du cancer. Symposium 1996, *Erreurs non-dues à l'échantillonnage : recueil*, (Statistique Canada, n° 11-522-XPE au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1997, p. 249-260.
9. A. Brancker, «Cancer du poumon et usage du tabac au Canada», *Rapports sur la santé*, 2(1), 1990, p. 67-83 (Statistique Canada n° 82-003 au catalogue).
10. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, volume 1, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
11. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, S. Freitag *et al.*, M. Wideman, «Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest, 1969-1988», *Rapports sur la santé*, 5(1), 1993, p. 23-32 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. Statistique Canada, *Origines ethniques*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et la Technologie, (n° 93-315 au catalogue), 1993.
13. A. Harras, B.K. Edwards, W.J. Blot *et al.*, (sous la direction de), *Cancer: Rates and Risk*, 4^e édition, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1996.
14. M. Stephens et J. Siroonian, «L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire», *Rapports sur la santé*, 9(4), 1997, p. 31-38 (Statistique Canada n° 82-003 au catalogue).
15. B. Diverty et C. Pérez, «La santé des résidents du Nord», *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 51-61 (Statistique Canada n° 82-003 au catalogue).
16. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1998, Toronto, Institut national du Canada, 1998.
17. Bureau des sciences de la nutrition, *Rapport sur les habitudes alimentaires : un rapport de Nutrition Canada*, Ottawa, Ministère de la Santé et Bien-être social Canada, 1977.
18. Fondation des maladies du cœur du Canada, *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, La Fondation des maladies du cœur du Canada, 1997.
19. H.H. Storm et N.H. Nielsen, «Cancer of the digestive system in Circumpolar Inuit», *Acta Oncologica*, 35, 1996, p. 553-570.
20. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1996*, Toronto, Institut national du Canada, 1996.
21. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, K.M.P. Nobrega *et al.*, «Tendance relatives à la mammographie, 1981 à 1994», *Rapports sur la santé*, 8(3), 1997, p. 19-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. L.A. Gaudette, M. Wysocki, R.-N. Gao *et al.*, «Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995», *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 33-36 (Statistique Canada n° 82-003 au catalogue).
23. L.A. Gaudette, «Cancer au Canada 1984», *Rapports sur la santé*, 1(2), 1990, p. 189-201 (Statistique Canada n° 82-003 au catalogue).
24. S. Treti, A. Engeland, T. Haldorsen *et al.*, «Prostate cancer-look to Denmark?», *Journal of the National Cancer Institute*, 88(2), 1996, p. 128.

Annexe

Tableau A

Taux comparatifs annuels d'incidence, certains types de cancer, hommes, Canada, provinces et territoires, de 1991 à 1993

	Tous les types		Prostate		Poumon		Côlon et rectum	
	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %
Canada	475,6	473,4 - 477,8	124,9	123,7 - 126,1	89,4	88,4 - 90,4	62,0	61,2 - 62,8
Terre-Neuve	406,6**	391,6 - 421,6	82,0**	75,1 - 88,9	66,9**	60,9 - 72,9	75,0**	68,5 - 81,5
Île-du-Prince-Édouard	473,7	443,0 - 504,4	138,3	121,7 - 154,9	87,0	73,8 - 100,2	63,4	52,1 - 74,7
Nouvelle-Écosse	519,8**	507,3 - 532,3	123,6	117,5 - 129,7	109,6**	103,9 - 115,3	69,0**	64,4 - 73,6
Nouveau-Brunswick	493,0**	479,4 - 506,6	144,2**	136,8 - 151,6	96,8**	90,8 - 102,8	63,6	58,7 - 68,5
Québec	501,8**	497,1 - 506,5	105,6**	103,4 - 107,8	115,0**	112,8 - 117,2	65,0**	63,3 - 66,7
Ontario	470,7**	467,1 - 474,3	121,5**	119,6 - 123,4	83,5**	82,0 - 85,0	62,9	61,6 - 64,2
Manitoba	506,3**	495,4 - 517,2	163,6**	157,4 - 169,8	81,9**	77,5 - 86,3	64,6	60,7 - 68,5
Saskatchewan	451,0**	440,5 - 461,5	132,1**	126,5 - 137,7	72,5**	68,3 - 76,7	55,4**	51,7 - 59,1
Alberta	433,8**	426,3 - 441,3	124,3	120,2 - 128,4	71,3**	68,2 - 74,4	53,0**	50,3 - 55,7
Colombie-Britannique	460,1**	454,2 - 466,0	155,0**	151,6 - 158,5	74,6**	72,2 - 77,0	57,2**	55,1 - 59,3
Yukon	371,9*	283,9 - 459,9	92,1	47,3 - 136,9	98,0	52,5 - 43,5	50,3	19,0 - 81,6
Territoires du Nord-Ouest	396,5*	322,8 - 470,2	44,0**	16,6 - 71,4	132,2*	90,7 - 173,7	33,2**	12,2 - 54,2
	Vessie	Lymphome non hodgkinien	Rein	Estomac				
Canada	26,9	26,4 - 27,4	17,8	17,4 - 18,2	14,9	14,5 - 15,3	14,7	14,3 - 15,1
Terre-Neuve	35,1**	30,6 - 39,6	11,4**	9,0 - 13,8	13,2	10,6 - 15,8	24,0**	20,3 - 27,7
Île-du-Prince-Édouard	18,3**	12,3 - 24,3	16,7	10,9 - 22,5	15,2	9,7 - 20,7	10,5	5,9 - 15,1
Nouvelle-Écosse	33,7**	30,5 - 36,9	17,1	14,9 - 19,3	18,8**	16,4 - 21,2	16,8	14,5 - 19,1
Nouveau-Brunswick	29,6	26,2 - 33,0	17,3	14,8 - 19,8	15,2	12,8 - 17,6	14,9	12,5 - 17,3
Québec	35,8**	34,5 - 37,1	18,5**	17,6 - 19,4	15,7*	14,9 - 16,5	17,3**	16,4 - 18,2
Ontario	24,3**	23,5 - 25,1	18,1	17,4 - 18,8	14,6	14,0 - 15,2	13,5**	12,9 - 14,1
Manitoba	25,6	23,1 - 28,1	20,6**	18,4 - 22,8	15,8	13,9 - 17,7	15,2	13,3 - 17,1
Saskatchewan	31,5**	28,8 - 34,2	16,8	14,7 - 18,9	15,7	13,7 - 17,7	11,8**	10,1 - 13,5
Alberta	24,6**	22,8 - 26,4	15,9**	14,5 - 17,3	15,9	14,5 - 17,3	13,9	12,5 - 15,3
Colombie-Britannique	15,4**	14,3 - 16,5	17,5	16,4 - 18,6	12,5**	11,5 - 13,5	12,3**	11,3 - 13,3
Yukon	17,8	0,0 - 36,3	5,7*	0,0 - 16,9	17,5	0,0 - 43,2	6,1	0,0 - 15,3
Territoires du Nord-Ouest	13,5	0,0 - 27,8	5,0**	0,6 - 9,4	18,3	1,3 - 35,3	40,2*	15,6 - 64,8
	Leucémie	Cavité buccale	Pancréas	Mélanome				
Canada	13,6	13,2 - 14,0	12,2	11,9 - 12,5	10,9	10,6 - 11,2	9,8	9,5 - 10,1
Terre-Neuve	5,6**	3,9 - 7,3	10,5	8,1 - 12,9	5,0**	3,4 - 6,6	5,3**	3,7 - 6,9
Île-du-Prince-Édouard	11,1	6,4 - 15,8	12,1	7,2 - 17,0	13,3	8,2 - 18,4	10,0	5,5 - 14,5
Nouvelle-Écosse	11,5*	9,6 - 13,4	13,9	11,9 - 15,9	12,0	10,1 - 13,9	13,8**	11,8 - 15,8
Nouveau-Brunswick	10,9**	8,9 - 12,9	11,8	9,7 - 13,9	10,0	8,1 - 11,9	11,3	9,3 - 13,3
Québec	15,3**	14,5 - 16,1	14,1**	13,3 - 14,9	12,4**	11,7 - 13,1	4,9**	4,5 - 5,3
Ontario	15,0**	14,4 - 15,6	12,3	11,7 - 12,9	10,6	10,1 - 11,1	11,5**	11,0 - 12,0
Manitoba	11,4**	9,8 - 13,0	10,0**	8,5 - 11,5	10,7	9,1 - 12,3	10,6	9,0 - 12,2
Saskatchewan	15,1	13,2 - 17,0	7,1**	5,8 - 8,4	11,2	9,5 - 12,9	10,4	8,8 - 12,0
Alberta	12,7	11,4 - 14,0	10,0**	8,9 - 11,1	11,3	10,1 - 12,5	10,5	9,4 - 11,6
Colombie-Britannique	10,4**	9,5 - 11,3	12,2	11,3 - 13,1	9,5**	8,6 - 10,4	13,3**	12,3 - 14,3
Yukon	4,7**	0,0 - 11,5	17,0	0,0 - 36,8	10,3	0,0 - 22,2	11,0	0,0 - 29,2
Territoires du Nord-Ouest	3,0**	0,0 - 7,1	17,9	4,6 - 31,2	12,1	0,0 - 26,4	-	...
	Larynx	Oesophage						
Canada	7,9	7,6 - 8,2	5,8	5,6 - 6,0				
Terre-Neuve	7,8	5,8 - 9,8	6,6	4,7 - 8,5				
Île-du-Prince-Édouard	8,2	4,2 - 12,2	10,5*	5,9 - 15,1				
Nouvelle-Écosse	7,5	6,0 - 9,0	6,4	5,0 - 7,8				
Nouveau-Brunswick	9,4	7,5 - 11,3	5,0	3,6 - 6,4				
Québec	11,6**	10,9 - 12,3	5,7	5,2 - 6,2				
Ontario	7,2**	6,8 - 7,6	6,2**	5,8 - 6,6				
Manitoba	6,0**	4,8 - 7,2	5,3	4,2 - 6,4				
Saskatchewan	4,6**	3,5 - 5,7	4,6*	3,5 - 5,7				
Alberta	4,9**	4,1 - 5,7	3,9**	3,2 - 4,6				
Colombie-Britannique	6,1**	5,4 - 6,8	6,7**	6,0 - 7,4				
Yukon	-	...	10,3	0,0 - 27,6				
Territoires du Nord-Ouest	5,0	0,0 - 2,3	1,7*	0,0 - 5,1				

Source : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

- Néant ou zéro

... N'ayant pas lieu de figurer

* Significativement différent du taux national ($p < 0,05$)** Significativement différent du taux national ($p < 0,01$)

Tableau B

Taux comparatifs annuels de mortalité, certains types de cancer, hommes, Canada, provinces et territoires, de 1991 à 1993

	Tous les types		Poumon		Prostate		Côlon et rectum	
	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %
Canada	243,1	241,5 - 244,7	77,9	77,0 - 78,8	31,0	30,4 - 31,6	25,2	24,7 - 25,7
Terre-Neuve	257,8*	245,5 - 270,1	77,8	71,2 - 84,4	30,5	26,0 - 35,0	27,3	23,3 - 31,3
Île-du-Prince-Édouard	254,3	231,8 - 276,8	77,3	64,9 - 89,7	39,7*	30,8 - 48,6	19,6	13,4 - 25,8
Nouvelle-Écosse	275,2**	266,0 - 284,4	92,6**	87,3 - 97,9	34,2*	30,9 - 37,5	22,6*	20,0 - 25,2
Nouvelle-Brunswick	253,8*	243,9 - 263,7	90,3**	84,5 - 96,1	30,9	27,4 - 34,4	18,4**	15,7 - 21,1
Québec	281,8**	278,2 - 285,4	102,0**	99,9 - 104,1	31,1	29,8 - 32,4	31,3**	30,1 - 32,5
Ontario	234,8**	232,2 - 237,4	70,4**	69,0 - 71,8	30,3*	29,3 - 31,3	25,1	24,2 - 26,0
Manitoba	237,6	230,1 - 245,1	70,1**	66,0 - 74,2	33,7*	30,9 - 36,5	25,2	22,8 - 27,6
Saskatchewan	215,5**	208,3 - 222,7	62,0**	58,1 - 65,9	33,0	30,2 - 35,8	22,4*	20,1 - 24,7
Alberta	217,0**	211,6 - 222,4	61,6**	58,7 - 64,5	32,0	29,8 - 34,2	22,2**	20,5 - 23,9
Colombie-Britannique	211,2**	207,1 - 215,3	65,8**	63,6 - 68,0	29,7	28,1 - 31,3	19,6**	18,4 - 20,8
Yukon	242,2	164,6 - 319,8	75,8	38,0 - 113,6	26,1	0,0 - 56,8	7,3**	0,0 - 17,6
Territoires du Nord-Ouest	288,9	223,9 - 353,9	135,3**	92,3 - 178,3	16,5	0,1 - 32,9	9,3**	0,0 - 20,9
	Pancréas		Estomac		Leucémie		Lymphome non hodgkinien	
Canada	11,0	10,7 - 11,3	10,2	9,9 - 10,5	8,6	8,3 - 8,9	7,9	7,6 - 8,2
Terre-Neuve	9,9	7,6 - 12,2	21,5**	17,9 - 25,1	5,9**	4,1 - 7,7	6,4	4,6 - 8,2
Île-du-Prince-Édouard	14,9	9,5 - 20,3	7,9	3,9 - 11,9	4,5**	1,6 - 7,4	7,3	3,5 - 11,1
Nouvelle-Écosse	12,6	10,7 - 14,5	10,7	8,9 - 12,5	9,4	7,7 - 11,1	7,5	6,0 - 9,0
Nouvelle-Brunswick	10,8	8,8 - 12,8	11,1	9,0 - 13,2	7,7	6,0 - 9,4	8,9	7,1 - 10,7
Québec	11,8**	11,1 - 12,5	12,9**	12,1 - 13,7	10,0**	9,3 - 10,7	8,3	7,7 - 8,9
Ontario	10,7*	10,1 - 11,3	8,9**	8,4 - 9,4	8,8	8,3 - 9,3	8,3**	7,8 - 8,8
Manitoba	10,6	9,0 - 12,2	10,8	9,2 - 12,4	9,1	7,6 - 10,6	8,0	6,6 - 9,4
Saskatchewan	10,7	9,1 - 12,3	9,1	7,6 - 10,6	8,6	7,2 - 10,0	8,2	6,8 - 9,6
Alberta	11,7	10,5 - 12,9	8,3**	7,2 - 9,4	8,3	7,2 - 9,4	6,9*	6,0 - 7,8
Colombie-Britannique	9,9**	9,0 - 10,8	8,5**	7,7 - 9,3	6,4**	5,7 - 7,1	7,3	6,5 - 8,1
Yukon	7,3	0,0 - 17,6	7,8	0,0 - 17,6	23,9	2,0 - 45,8	3,0	0,0 - 8,9
Territoires du Nord-Ouest	7,5	0,0 - 18,5	26,6	6,6 - 46,6	5,7	0,0 - 15,7	-	...
	Vessie		Oesophage		Rein		Cavité buccale	
Canada	7,3	7,0 - 7,6	6,2	5,9 - 6,5	5,8	5,6 - 6,0	5,5	5,3 - 5,7
Terre-Neuve	11,2**	8,6 - 13,8	6,2	4,3 - 8,1	5,6	3,8 - 7,4	3,9	2,4 - 5,4
Île-du-Prince-Édouard	5,0	1,9 - 8,1	8,3	4,2 - 12,4	9,3	5,0 - 13,6	6,3	2,7 - 9,9
Nouvelle-Écosse	7,5	5,9 - 9,1	7,4	5,9 - 8,9	7,2*	5,7 - 8,7	6,3	4,9 - 7,7
Nouvelle-Brunswick	6,9	5,2 - 8,6	6,9	5,3 - 8,5	6,3	4,8 - 7,8	4,7	3,4 - 6,0
Québec	8,1**	7,5 - 8,7	5,2**	4,7 - 5,7	6,4**	5,9 - 6,9	7,9**	7,3 - 8,5
Ontario	7,3	6,8 - 7,8	6,7**	6,3 - 7,1	5,2**	4,8 - 5,6	5,0**	4,6 - 5,4
Manitoba	7,6	6,3 - 8,9	6,0	4,8 - 7,2	6,7	5,4 - 8,0	4,5	3,5 - 5,5
Saskatchewan	6,0*	4,8 - 7,2	4,5**	3,5 - 5,5	6,2	5,0 - 7,4	3,1**	2,2 - 4,0
Alberta	6,2*	5,3 - 7,1	5,4	4,6 - 6,2	6,0	5,1 - 6,9	3,8**	3,1 - 4,5
Colombie-Britannique	6,6*	5,9 - 7,3	7,1**	6,4 - 7,8	5,0*	4,4 - 5,6	4,7*	4,1 - 5,3
Yukon	-	...	20,4	0,0 - 49,0	11,8	0,0 - 34,9	-	...
Territoires du Nord-Ouest	-	...	7,5	0,0 - 18,5	11,2	0,0 - 24,0	6,8	0,0 - 17,3
	Larynx		Mélanome					
Canada	3,3	3,1 - 3,5	2,5	2,3 - 2,7				
Terre-Neuve	2,4	1,2 - 3,6	1,1**	0,4 - 1,8				
Île-du-Prince-Édouard	3,0	0,6 - 5,4	3,3	0,6 - 6,0				
Nouvelle-Écosse	3,2	2,2 - 4,2	3,1	2,1 - 4,1				
Nouvelle-Brunswick	2,9	1,9 - 3,9	2,7	1,7 - 3,7				
Québec	5,4**	4,9 - 5,9	1,8**	1,5 - 2,1				
Ontario	3,1	2,8 - 3,4	3,0**	2,7 - 3,3				
Manitoba	1,8**	1,1 - 2,5	2,3	1,6 - 3,0				
Saskatchewan	2,5*	1,7 - 3,3	2,4	1,6 - 3,2				
Alberta	1,8**	1,3 - 2,3	2,6	2,0 - 3,2				
Colombie-Britannique	2,1**	1,7 - 2,5	2,7	2,3 - 3,1				
Yukon	1,7	0,0 - 5,0	9,1	0,0 - 26,9				
Territoires du Nord-Ouest	2,4	0,0 - 7,1	-	...				

Source : Base canadienne de données de l'état civil

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

* Significativement différent du taux national ($p < 0,05$)** Significativement différent du taux national ($p < 0,01$)

- Néant ou zéro

... Pas applicable

Tableau C

Taux comparatifs annuels d'incidence, certains types de cancer, femmes, Canada, provinces et territoires, de 1991 à 1993

	Tous les types		Sein		Côlon et rectum		Poumon		Corps de l'utérus	
	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %
Canada	336,5	334,8 - 338,2	99,5	98,6 - 100,4	43,2	42,6 - 43,8	38,8	38,2 - 39,4	19,1	18,7 - 19,5
Terre-Neuve	288,7**	277,0 - 300,4	84,6**	78,2 - 91,0	55,6**	50,4 - 60,8	18,2**	15,2 - 21,2	16,9	14,0 - 19,8
Île-du-Prince-Édouard	343,3	318,8 - 367,8	88,5	75,9 - 101,1	57,0**	47,4 - 66,6	45,6	36,5 - 54,7	16,3	11,1 - 21,5
Nouvelle-Écosse	360,4**	351,0 - 369,8	100,7	95,7 - 105,7	50,1**	46,7 - 53,5	44,5**	41,2 - 47,8	18,1	15,9 - 20,3
Nouvelle-Brunswick	328,2	318,0 - 338,4	99,9	94,3 - 105,5	43,3	39,7 - 46,9	38,1	34,6 - 41,6	16,3**	14,0 - 18,6
Québec	330,7**	327,5 - 333,9	91,7**	90,0 - 93,4	45,3**	44,1 - 46,5	39,9**	38,8 - 41,0	18,5	17,7 - 19,3
Ontario	343,7**	341,0 - 346,4	101,0**	99,5 - 102,5	43,5	42,5 - 44,5	38,1**	37,2 - 39,0	20,0**	19,3 - 20,7
Manitoba	348,1**	339,7 - 356,5	106,3**	101,6 - 111,0	45,8	42,8 - 48,8	37,1	34,4 - 39,8	22,8**	20,6 - 25,0
Saskatchewan	324,9*	316,2 - 333,6	106,2**	101,2 - 111,2	39,1**	36,2 - 42,0	32,2**	29,5 - 34,9	18,5	16,4 - 20,6
Alberta	325,7**	319,8 - 331,6	103,3**	100,0 - 106,6	36,1**	34,1 - 38,1	35,0**	33,0 - 37,0	19,2	17,7 - 20,7
Colombie-Britannique	335,3	330,6 - 340,0	106,5**	103,8 - 109,2	38,8**	37,2 - 40,4	43,9**	42,2 - 45,6	18,1*	17,0 - 19,2
Yukon	290,7	213,9 - 367,5	70,0	34,5 - 105,5	25,2*	7,3 - 43,1	52,4	17,0 - 87,8	6,5*	0,0 - 16,2
Territoires du Nord-Ouest	333,3	267,3 - 399,3	68,5*	41,8 - 95,2	62,9	30,6 - 95,2	69,2	38,5 - 99,9	5,7**	0,0 - 11,4
	Ovaire		Lymphome non hodgkinien		Col de l'utérus		Mélanome		Leucémie	
Canada	13,7	13,4 - 14,0	12,5	12,2 - 12,8	9,5	9,2 - 9,8	8,7	8,4 - 9,0	8,4	8,1 - 8,7
Terre-Neuve	9,3**	7,2 - 11,4	8,3**	6,3 - 10,3	13,8**	11,2 - 16,4	6,8	5,0 - 8,6	5,2**	3,6 - 6,8
Île-du-Prince-Édouard	11,8	7,1 - 16,5	15,1	9,9 - 20,3	11,2	6,6 - 15,8	11,3	6,8 - 15,8	5,5	2,3 - 8,7
Nouvelle-Écosse	13,3	11,5 - 15,1	12,2	10,5 - 13,9	12,7**	10,9 - 14,5	11,5**	9,8 - 13,2	8,2	6,8 - 9,6
Nouvelle-Brunswick	11,8*	9,9 - 13,7	12,1	10,2 - 14,0	8,4	6,7 - 10,1	10,0	8,2 - 11,8	6,0**	4,7 - 7,3
Québec	13,6	12,9 - 14,3	12,7	12,1 - 13,3	8,4**	7,9 - 8,9	4,5**	4,1 - 4,9	9,0**	8,5 - 9,5
Ontario	14,5**	13,9 - 15,1	12,8*	12,3 - 13,3	10,0**	9,5 - 10,5	9,8**	9,3 - 10,3	9,1**	8,7 - 9,5
Manitoba	12,6	11,0 - 14,2	14,7**	13,0 - 16,4	10,1	8,6 - 11,6	9,0	7,6 - 10,4	7,6	6,4 - 8,8
Saskatchewan	13,5	11,7 - 15,3	12,4	10,7 - 14,1	9,6	8,0 - 11,2	9,6	8,0 - 11,2	9,8	8,3 - 11,3
Alberta	13,5	12,3 - 14,7	11,1**	10,0 - 12,2	10,2	9,2 - 11,2	9,2	8,2 - 10,2	7,5*	6,6 - 8,4
Colombie-Britannique	13,3	12,4 - 14,2	11,6*	10,7 - 12,5	8,1**	7,3 - 8,9	12,6**	11,7 - 13,5	6,9**	6,2 - 7,6
Yukon	20,7	0,0 - 42,9	6,0	0,0 - 12,8	4,7	0,0 - 11,3	4,4	0,0 - 10,5	-	...
Territoires du Nord-Ouest	4,5**	0,0 - 11,1	9,3	0,0 - 19,6	13,5	1,4 - 25,6	6,4	0,0 - 15,5	6,7	0,0 - 16,9
	Pancréas		Rein		Vessie		Estomac		Cavité buccale	
Canada	8,2	7,9 - 8,5	7,7	7,4 - 8,0	7,0	6,8 - 7,2	6,4	6,2 - 6,6	4,8	4,6 - 5,0
Terre-Neuve	4,3**	2,9 - 5,7	6,4	4,6 - 8,2	6,7	4,9 - 8,5	11,7**	9,3 - 14,1	3,0**	1,8 - 4,2
Île-du-Prince-Édouard	9,7	5,8 - 13,6	6,5	3,1 - 9,9	6,4	3,1 - 9,7	8,1	4,6 - 11,6	5,4	2,3 - 8,5
Nouvelle-Écosse	9,2	7,8 - 10,6	9,6**	8,1 - 11,1	9,9**	8,4 - 11,4	6,2	5,0 - 7,4	4,4	3,4 - 5,4
Nouvelle-Brunswick	6,9*	5,5 - 8,3	9,2	7,5 - 10,9	9,8**	8,1 - 11,5	6,6	5,2 - 8,0	3,9	2,8 - 5,0
Québec	8,5	8,0 - 9,0	8,1	7,6 - 8,6	8,8**	8,3 - 9,3	7,8**	7,3 - 8,3	4,0**	3,6 - 4,4
Ontario	8,3	7,9 - 8,7	7,6	7,2 - 8,0	6,1**	5,7 - 6,5	5,8**	5,5 - 6,1	5,2**	4,9 - 5,5
Manitoba	8,2	7,0 - 9,4	8,4	7,1 - 9,7	7,3	6,1 - 8,5	6,5	5,4 - 7,6	4,6	3,7 - 5,6
Saskatchewan	7,6	6,4 - 8,8	7,8	6,5 - 9,1	8,2	6,9 - 9,5	5,0**	4,0 - 6,0	4,0	3,0 - 5,0
Alberta	8,8	7,8 - 9,8	8,0	7,1 - 8,9	6,4	5,6 - 7,2	5,7*	4,9 - 6,5	4,4	3,7 - 5,1
Colombie-Britannique	7,8	7,1 - 8,5	6,4**	5,8 - 7,1	4,4**	3,9 - 4,9	5,4**	4,8 - 6,0	6,1**	5,5 - 6,7
Yukon	-	...	-	...	3,6	0,0 - 10,6	-	...	16,5	0,0 - 37,0
Territoires du Nord-Ouest	7,6	0,9 - 14,3	14,0	0,9 - 27,1	0,9**	0,0 - 2,7	12,0	0,0 - 26,8	10,1	0,0 - 20,4
	Oesophage		Larynx							
Canada	2,0	1,9 - 2,1	1,4	1,3 - 1,5						
Terre-Neuve	2,0	1,0 - 3,0	1,0	0,3 - 1,7						
Île-du-Prince-Édouard	2,1	0,2 - 4,0	0,9	0,0 - 2,1						
Nouvelle-Écosse	2,3	1,6 - 3,0	1,3	0,7 - 1,9						
Nouvelle-Brunswick	1,1**	0,5 - 1,7	1,1	0,5 - 1,7						
Québec	1,9	1,7 - 2,1	2,0**	1,7 - 2,3						
Ontario	2,2*	2,0 - 2,4	1,3	1,1 - 1,5						
Manitoba	2,0	1,4 - 2,6	0,9*	0,5 - 1,3						
Saskatchewan	1,6	1,0 - 2,2	0,9*	0,4 - 1,4						
Alberta	1,6*	1,2 - 2,0	1,0**	0,7 - 1,3						
Colombie-Britannique	2,1	1,7 - 2,5	1,0**	0,7 - 1,3						
Yukon	-	...	-	...						
Territoires du Nord-Ouest	1,1	0,0 - 3,2	-	...						

Source : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

- Néant ou zéro

... Pas applicable

* Significativement différent du taux national ($p < 0,05$)** Significativement différent du taux national ($p < 0,01$)

Tableau D

Taux comparatifs annuels de mortalité, certains types de cancer, femmes, Canada, provinces et territoires, de 1991 à 1993

	Tous les types		Poumon		Sein		Côlon et rectum		Pancréas	
	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %	Taux	Intervalle de confiance de 95 %
Canada	153,2	152,1 - 154,3	30,3	29,8 - 30,8	29,9	29,4 - 30,4	16,6-	16,2 -17,0	8,1	7,8 - 8,4
Terre-Neuve	150,3	141,8 - 158,8	19,1**	16,1 - 22,1	29,1	25,4 - 32,8	16,3	13,5 -19,1	5,9**	4,2 - 7,6
Île-du-Prince-Édouard	156,3	140,1 - 172,5	37,0	28,9 - 45,1	25,4	18,7 - 32,1	17,0	11,9 -22,1	9,4	5,7 -13,1
Nouvelle-Écosse	170,0**	163,6 - 176,4	34,4**	31,5 - 37,3	32,9*	30,1 - 35,7	14,5*	12,7 -16,3	9,3	7,9 -10,7
Nouvelle-Brunswick	154,5	147,7 - 161,3	30,5	27,4 - 33,6	29,0	26,0 - 32,0	15,8	13,7 -17,9	7,4	5,9 - 8,9
Québec	160,7**	158,5 - 162,9	31,1**	30,1 - 32,1	31,6**	30,6 - 32,6	21,4**	20,6 -22,2	8,2	7,7 - 8,7
Ontario	152,9	151,1 - 154,7	29,6**	28,8 - 30,4	30,5**	29,7 - 31,3	16,0**	15,4 -16,6	7,9	7,5 - 8,3
Manitoba	151,2	145,8 - 156,6	29,6	27,2 - 32,0	27,5*	25,2 - 29,8	17,2	15,4 -19,0	8,1	6,9 - 9,3
Saskatchewan	135,7**	130,3 - 141,1	25,1**	22,7 - 27,5	26,9*	24,4 - 29,4	13,8**	12,2 -15,4	7,6	6,4 - 8,8
Alberta	146,0**	142,0 - 150,0	26,7**	25,0 - 28,4	29,9	28,1 - 31,7	13,5**	12,3 -14,7	8,5	7,5 - 9,5
Colombie-Britannique	145,1**	142,1 - 148,1	34,3**	32,8 - 35,8	26,0**	24,7 - 27,3	12,5**	11,6 -13,4	8,0	7,3 - 8,7
Yukon	227,9*	154,4 - 301,4	47,9	15,8 - 80,0	18,8	0,7 - 36,9	-	...	22,8	0,0 -48,8
Territoires du Nord-Ouest	214,5*	156,5 - 272,5	66,0*	34,2 - 97,8	37,0	12,9 - 61,1	14,7	0,0 -29,8	11,3	0,0 -23,3
	Ovaire		Lymphome non hodgkinien		Leucémie		Estomac		Corps de utérus	
Canada	7,9	7,6 - 8,2	5,6	5,4 - 5,8	5,1	4,9 - 5,3	4,7	4,5 - 4,9	3,4	3,2 - 3,6
Terre-Neuve	7,6	5,7 - 9,5	3,4**	2,1 - 4,7	4,3	2,9 - 5,7	11,2**	8,9 -13,5	3,5	2,2 - 4,8
Île-du-Prince-Édouard	5,6	2,4 - 8,8	4,6	1,8 - 7,4	4,1	1,6 - 6,6	6,6	3,5 - 9,7	3,9	1,4 - 6,4
Nouvelle-Écosse	6,8	5,5 - 8,1	6,2	5,0 - 7,4	5,4	4,3 - 6,5	5,5	4,4 - 6,6	3,0	2,2 - 3,8
Nouvelle-Brunswick	7,1	5,6 - 8,6	5,6	4,3 - 6,9	4,3	3,2 - 5,4	4,5	3,4 - 5,6	3,6	2,6 - 4,6
Québec	7,4*	6,9 - 7,9	5,7	5,3 - 6,1	5,8**	5,4 - 6,2	5,7**	5,3 - 6,1	4,3**	3,9 - 4,7
Ontario	8,3*	7,9 - 8,7	5,7	5,4 - 6,0	5,1	4,8 - 5,4	4,1**	3,8 - 4,4	3,2*	2,9 - 3,5
Manitoba	7,5	6,3 - 8,7	6,5	5,4 - 7,6	4,5	3,6 - 5,4	5,2	4,2 - 6,2	3,3	2,5 - 4,1
Saskatchewan	7,0	5,8 - 8,3	6,7*	5,5 - 7,9	5,0	4,0 - 6,0	3,6**	2,7 - 4,5	2,4**	1,7 - 3,1
Alberta	8,1	7,2 - 9,0	4,7*	4,0 - 5,4	4,2**	3,5 - 4,9	4,8	4,1 - 5,5	3,7	3,1 - 4,3
Colombie-Britannique	8,5	7,8 - 9,2	5,1	4,5 - 5,7	4,6*	4,1 - 5,1	3,6**	3,1 - 4,1	2,7**	2,3 - 3,1
Yukon	20,3	0,0 - 43,5	10,3	0,0 - 26,8	5,5	0,0 - 13,5	-	...	-	...
Territoires du Nord-Ouest	-	...	1,2**	0,0 - 3,5	5,1	0,0 - 15,1	12,8	0,0 -29,3	-	...
	Rein		Col de l'utérus		Vessie		Oesophage		Cavité buccale	
Canada	2,7	2,6 - 2,8	2,6	2,5 - 2,7	2,1	2,0 - 2,2	1,9	1,8 - 2,0	1,7	1,6 - 1,8
Terre-Neuve	3,2	2,0 - 4,4	3,4	2,1 - 4,7	1,9	0,9 - 2,9	1,6	0,8 - 2,4	1,6	0,7 - 2,5
Île-du-Prince-Édouard	2,8	0,6 - 5,0	4,9	1,8 - 8,0	1,7	0,1 - 3,3	0,3**	0,0 - 0,9	2,0	0,1 - 3,9
Nouvelle-Écosse	3,1	2,3 - 3,9	4,0**	3,0 - 5,0	2,1	1,4 - 2,8	2,0	1,3 - 2,7	1,5	0,9 - 2,1
Nouvelle-Brunswick	3,3	2,3 - 4,3	2,1	1,3 - 2,9	2,1	1,3 - 2,9	1,5	0,8 - 2,2	1,3	0,7 - 1,9
Québec	2,8	2,5 - 3,1	2,1**	1,8 - 2,4	2,2	1,9 - 2,5	1,7*	1,5 - 1,9	1,7	1,5 - 1,9
Ontario	2,5	2,3 - 2,7	2,8**	2,6 - 3,1	2,1	1,9 - 2,3	2,1*	1,9 - 2,3	1,8	1,6 - 2,0
Manitoba	3,0	2,2 - 3,8	3,2	2,4 - 4,0	2,2	1,6 - 2,8	2,5	1,8 - 3,2	1,7	1,1 - 2,3
Saskatchewan	2,7	1,9 - 3,5	2,9	2,0 - 3,8	1,5*	1,0 - 2,0	1,6	1,0 - 2,2	1,2*	0,8 - 1,7
Alberta	2,9	2,3 - 3,5	2,7	2,2 - 3,2	2,0	1,5 - 2,5	1,4*	1,0 - 1,8	1,9	1,5 - 2,3
Colombie-Britannique	2,6	2,2 - 3,0	2,3	1,9 - 2,7	2,0	1,7 - 2,3	2,1	1,7 - 2,5	1,8	1,5 - 2,1
Yukon	12,3	0,0 - 29,4	2,8	0,0 - 8,4	-	...	8,6	0,0 -25,4	-	...
Territoires du Nord-Ouest	5,3	0,0 - 15,8	5,1	0,0 - 15,1	-	...	7,7	0,0 -18,3	1,2	0,0 - 3,5
	Mélanome		Larynx							
Canada	1,5	1,4 - 1,6	0,5	0,4 - 0,6						
Terre-Neuve	0,2**	0,0 - 0,5	0,5	0,0 - 1,0						
Île-du-Prince-Édouard	0,9	0,0 - 2,2	-	...						
Nouvelle-Écosse	0,7**	0,3 - 1,1	0,4	0,1 - 0,7						
Nouvelle-Brunswick	1,0	0,5 - 1,5	0,6	0,2 - 1,0						
Québec	1,2**	1,0 - 1,4	0,8**	0,6 - 1,0						
Ontario	1,8**	1,6 - 2,0	0,5	0,4 - 0,6						
Manitoba	0,9*	0,5 - 1,3	0,4	0,1 - 0,7						
Saskatchewan	1,3	0,7 - 1,9	0,4	0,1 - 0,7						
Alberta	1,6	1,2 - 2,0	0,3*	0,1 - 0,5						
Colombie-Britannique	1,7	1,4 - 2,0	0,4	0,2 - 0,6						
Yukon	-	...	8,2	0,0 - 24,2						
Territoires du Nord-Ouest	-	...	-	...						

Source : Base canadienne de données de l'état civil,

Nota : Les taux comparatifs d'incidence sont calculés en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net.

- Néant ou zéro

... Pas applicable

* Significativement différent du taux national ($p < 0,05$)** Significativement différent du taux national ($p < 0,01$)



Données disponibles

Des données sommaires sur la santé produites récemment par Statistique Canada

Statistiques canadiennes sur le cancer, 1998

On estime que 129 200 cas de cancer seront diagnostiqués chez les Canadiens de tout âge en 1998 et qu'environ 62 700 personnes mourront de cette maladie.

Le cancer du poumon tuera plus que toute autre forme de cancer : 10 600 hommes et 6 500 femmes. Presque le tiers des décès par cancer chez les hommes et le cinquième chez les femmes sont attribuables au seul cancer du poumon.

Le diagnostic le plus fréquent chez les femmes sera un cancer du sein (19 300 nouveaux cas prévus). Le cancer de la prostate sera le cancer le plus communément diagnostiqué chez les hommes, puisqu'on prévoit 16 100 nouveaux cas.

Le nombre total de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers a grandement augmenté à la suite de la croissance et du vieillissement de la population. Le cancer est une maladie qu'on observe principalement chez les Canadiens âgés; 71 % des nouveaux cas de cancer et 80 % des décès par cancer en 1998 se produiront chez les personnes âgées de 60 ans et plus.

Toutefois, la diminution régulière depuis 1969 du taux de mortalité par cancer chez les hommes et chez les femmes de tous les groupes d'âge de moins de 60 ans est très encourageante.

Le taux global de mortalité par cancer chez les femmes est demeuré relativement stable. Les augmentations du taux de mortalité par cancer du poumon ont été contrebalancées par des taux à la baisse ou stables dans le cas de la plupart des autres formes de cancer. Si l'on excluait le taux de mortalité par cancer du poumon, le taux global de mortalité par cancer chez les femmes aurait diminué de 15 % depuis 1971.

À la suite des augmentations régulières observées, les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité par cancer du poumon chez les femmes sont aujourd'hui presque d'un tiers plus élevés qu'ils ne l'étaient il y a une décennie. De tous les cancers chez les femmes, c'est le cancer du poumon qui entraîne le taux de mortalité le plus élevé. Le taux d'incidence de ce cancer est toutefois encore inférieur à la moitié de celui du cancer du sein.

Le taux global de mortalité par cancer chez les hommes a diminué modérément à cause de la baisse du taux des cancers colorectal, du poumon et d'autres cancers. Il a diminué d'environ 9 % par rapport au sommet atteint il y a une décennie.

Même si le taux d'incidence du cancer de la prostate a augmenté rapidement au cours des dix dernières années, aucun changement connexe n'a été observé en rapport au taux de mortalité. Il semble maintenant que le taux d'incidence de ce cancer pourrait commencer à diminuer.

Le pronostic est sombre pour ce qui est du cancer du poumon, c'est-à-dire que les probabilités d'être atteint de cette maladie et d'en mourir sont étroitement liées. Un homme sur 11 sera atteint d'un cancer du poumon durant sa vie et presque autant—un sur 12—en mourra. Chez les femmes, une sur 21 sera atteinte d'un cancer du poumon et une sur 24 en mourra.

Le pronostic est meilleur dans le cas du cancer de la prostate et du cancer du sein, ce qui veut dire que la probabilité d'être atteint de ces maladies dépasse de loin la probabilité d'en mourir. Un homme sur huit sera atteint durant sa vie d'un cancer de la prostate, mais seulement un sur 26 en mourra. De même, environ une femme sur neuf devrait être atteinte d'un cancer du sein et une sur 25 devrait en mourir.

La répartition de l'incidence du cancer au Canada est similaire à celle observée aux États-Unis et en Europe, mais assez différente de celle enregistrée en Asie, en Amérique du Sud et en Afrique. Au Canada et aux États-Unis, les cancers du poumon, de la prostate et colorectal sont les trois principaux cancers chez les hommes. Dans ces deux pays, ce sont les cancers du sein, colorectal et du poumon qui sont les trois principaux cancers chez les femmes. Au Japon et en Chine, les cancers de l'estomac, du foie et du poumon sont les trois cancers plus souvent observés chez les hommes et chez les femmes, ce sont les cancers de l'estomac, du sein et colorectal. Certains registres du cancer en Amérique du Sud et en Afrique rapportent des taux de cancers du poumon et colorectal beaucoup moins élevés que les taux canadiens. Dans ces registres, le cancer le plus répandu est le cancer du col de l'utérus.

La publication **Statistiques canadiennes sur le cancer, 1998** résulte d'un effort conjoint de Statistique Canada, de l'Institut national du cancer du Canada, de Santé Canada, de la Société canadienne du cancer et des Registres du cancer des provinces et des territoires.

Un nombre limité d'exemplaires sont disponibles par l'entremise de la Société canadienne du cancer (10, avenue Alcorn, pièce 200, Toronto, Ontario, M4V 3B1; (416) 961-7223), de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada au (613) 951-1746, des bureaux locaux de la Société canadienne du cancer et des centres de consultation régionaux de Statistique Canada.

La publication **Statistiques canadiennes sur le cancer, 1998** peut être consultée sur Internet à l'adresse www.cancer.ca/stats/.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Judy Lee au (613) 951-1775 ou avec Ghislaine Villeneuve au (613) 951-1641, Division des statistiques sur la santé, avec Kerstin Ring ou avec David Stones au (416) 961-7223, Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada, ou encore avec Monette Haché au (613) 957-2988, Santé Canada.

Infirmiers et infirmières autorisés(ées), 1997

Le nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisés(ées) de 1992 à 1997 a légèrement diminué, alors que le nombre de ces personnes travaillant effectivement en soins infirmiers a diminué à un rythme beaucoup plus rapide, passant de 234 128 à 229 990. Parmi les infirmiers et infirmières autorisés(ées) travaillant en soins infirmiers en 1997, 47 % travaillaient à temps partiel, comparativement à 34 % en 1992.

Associée à l'augmentation du nombre d'habitants, la diminution du nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisés(ées) travaillant en soins infirmiers a provoqué une hausse du ratio du nombre d'infirmiers et d'infirmières par habitant. En 1997, on comptait un(e) infirmier(ère) pour 131 habitants, comparativement à un(e) infirmier(ère) pour 122 habitants en 1992. Cette hausse du ratio par habitant du nombre d'infirmiers et d'infirmières

autorisés(ées) travaillant en soins infirmiers était évidente dans toutes les provinces et les territoires, à l'exception de Terre-Neuve, du Nouveau-Brunswick et du Manitoba. Aucun changement n'est survenu au Québec.

Ainsi, en 1997, 63 % des infirmiers et infirmières autorisés(ées) travaillaient dans des hôpitaux, par rapport à 66 % en 1992. Durant la même période, la proportion d'infirmiers(ères) travaillant dans les soins communautaires est passé de 4 % à 7 %, alors que la proportion travaillant dans des foyers de soins infirmiers est passé de 9 % à 12 %.

Les changements qui se produisent dans le milieu de travail pour les infirmiers et infirmières autorisés(ées) reflètent la place grandissante qu'occupent les soins communautaires. Ces changements font suite à la réforme dans les soins de santé et aux besoins créés par le vieillissement de la population canadienne.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Jill Strachan au (613) 241-7860 (poste 4027), Institut canadien d'information sur la santé, avec Susan Hicks au (613) 237-2159 (poste 219), Association des infirmières et infirmiers du Canada, ou avec Cyril Nair au (613) 951-8387, Division des statistiques sur la santé.

Décès, 1996

L'espérance de vie à la naissance de la population canadienne s'est améliorée en 1996, surtout chez les hommes. Elle a atteint un nouveau sommet grâce à la baisse des taux de mortalité pour ce qui est des principales causes de décès.

En 1996, l'espérance de vie à la naissance a atteint 81,4 ans chez les femmes et 75,7 ans chez les hommes, en hausse de 0,1 et de 0,3 année respectivement par rapport à 1995. L'écart entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance continue donc de diminuer : il est passé de 7,5 années en 1978 à 5,9 années en 1995 et à 5,7 années en 1996.

L'accroissement le plus marqué de l'espérance de vie à la naissance s'est manifesté au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario, au Manitoba et à Terre-Neuve, les hausses allant de 0,3 à 0,4 année. L'espérance de vie est demeurée à peu près

inchangée en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Pour ce qui est de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, les variations doivent être interprétées avec prudence, étant donné le faible nombre de décès.

Dans la plupart des provinces, l'espérance de vie était de 78 ans pour les deux sexes réunis en 1996. L'espérance de vie à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse était légèrement inférieure (77 ans). Dans les deux territoires, l'espérance de vie était inférieure à celle observée dans les provinces.

Au fil du temps, le nombre annuel de décès s'est généralement accru à cause de l'accroissement démographique global et du nombre plus élevé de personnes âgées. L'année 1996 n'y fait pas exception, puisque le nombre total de décès s'est accru de 1 %, passant de 210 733 en 1995 à 212 881. Toutefois, à cause de la hausse remarquable de l'espérance de vie chez les hommes, le nombre de décès chez ceux-ci n'a pratiquement pas changé, tandis que le nombre de décès chez les femmes a augmenté de 2,2 %.

Chez les hommes, le taux de mortalité (corrigé de façon à éliminer l'effet du nombre croissant de personnes âgées) a baissé pour toutes les causes principales: le cancer (surtout le cancer du poumon, de la prostate, du côlon et du rectum), les maladies du cœur, les affections cérébro-vasculaires, les accidents, les suicides et les infections par le VIH.

La situation s'est avérée un peu moins favorable chez les femmes. Le taux de mortalité liée aux maladies du cœur, aux affections cérébro-vasculaires et aux accidents a baissé, mais le nombre de décès causés par le cancer a augmenté. Plus particulièrement, les décès attribués au cancer du poumon ont continué d'augmenter, ce type de cancer ayant été le plus mortel chez les femmes depuis 1993. Le taux de suicide a également augmenté chez les femmes en 1996.

Le nombre de Canadiens mourant d'une infection par le VIH a baissé de façon appréciable (-26 %), le nombre de décès en 1996 étant de 1 306 relativement à 1 764 en 1995 et à 1 358 en 1992. Il s'agit de la première baisse importante des décès liés au VIH.

Les taux comparatifs de suicide ont baissé dans

toutes les provinces, sauf en Saskatchewan et au Québec. Le Québec a affiché le taux le plus élevé au Canada en 1996, la marge étant même supérieure à celle de 1995. Le nombre de suicides a également augmenté dans les deux territoires, mais encore une fois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, étant donné le nombre relativement peu élevé de décès.

Les décès attribués au cancer et aux maladies du cœur réunis ont représenté plus de la moitié (55 %) de tous les décès signalés en 1996. Troisième cause en importance, les accidents cérébro-vasculaires ont provoqué 7 % des décès.

En 1996, chez les hommes et chez les femmes, les 10 principales causes de décès représentent 84 % de tous les décès. Le cancer et les maladies du cœur causent un peu plus de décès chez les hommes (56 %) que chez les femmes (54 %) et les maladies cérébro-vasculaires causent plus de décès chez les femmes (9 % contre 6 %).

Sur les sept causes restantes, six sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes, quoique leur classement diffère. Alors que les décès causés par la pneumonie et la grippe sont en quatrième position chez les femmes, ils sont au sixième rang chez les hommes. Les décès dus aux maladies dégénératives et héréditaires du système nerveux central (par exemple la maladie d'Alzheimer) sont plus courants chez les femmes. Chez les hommes, le suicide est la septième cause principale de décès, alors que le suicide chez les femmes n'apparaît pas parmi les 10 premières. Par contre, pour ces dernières les décès découlant des problèmes psychotiques étaient assez fréquemment relevés parmi les dix principales causes.

Pour plus de renseignements, communiquez avec François Nault au (613) 951-1764 ou Doreen Duchesne au (613) 951-6379, Division des statistiques sur la santé. Pour commander des totalisations spéciales, adressez-vous aux Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746.

Utilisation des hôpitaux, 1995-1996

Le taux d'hospitalisation des Canadiens a atteint un creux sans précédent en 1995-1996. Le taux de radiations des hôpitaux a chuté pour une neuvième

année consécutive, atteignant son plus bas niveau depuis 1961, année où ces données ont été recueillies pour la première fois. Ces diminutions sont conformes à la tendance à la baisse observée depuis le milieu des années 1970. Aujourd'hui, le recours plus fréquent aux soins ambulatoires et à la chirurgie d'un jour, l'amélioration des techniques et des traitements médicaux ainsi que de nouveaux produits pharmaceutiques ont peut-être réduit le besoin de se faire hospitaliser ou de subir une intervention chirurgicale.

En 1995-1996, le taux de radiations (le nombre de sortie d'hôpitaux ou de décès pour 100 000 habitants) était de 11 165 pour 100 000 habitants – le plus faible depuis 1961 et sensiblement inférieur au sommet de 16 802 atteint en 1973.

La tendance nationale à la baisse du taux de départs en 1995-1996 a été relevée dans toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest, sauf à Terre-Neuve et au Yukon où le taux a augmenté de 5 %. Les baisses les plus fortes ont été affichées par l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et le Québec.

Les taux de radiations sont encore les plus faibles au Yukon (9 192 pour 100 000 habitants), au Québec (10 548) et en Ontario (10 623). La Saskatchewan a enregistré le taux le plus élevé (15 638), suivie du Nouveau-Brunswick (15 383) et de l'Île-du-Prince-Édouard (13 633).

Les hôpitaux ont déclaré 3,3 millions de radiations en 1995-1996, dont 14 % étaient associées à des grossesses et à des accouchements. Dans 14 % d'autres cas, il s'agissait de problèmes du système circulatoire (une cardiopathie, par exemple), dans 11 %, de problèmes du système digestif, (hernies, ulcères, etc.) et dans 9 %, d'asthme, d'une pneumonie et d'autres maladies respiratoires.

Les hommes et les femmes ont été hospitalisés pour des raisons fort différentes. Chez les hommes, les cardiopathies représentaient le plus grand nombre de radiations en 1995-1996, suivies des maladies du système digestif et du système respiratoire. Chez les femmes, les grossesses et les accouchements représentaient de loin la plus forte proportion des radiations, suivis des maladies du cœur et du système digestif.

En 1995-1996, un malade passait en moyenne 10,7 jours à l'hôpital, soit environ un jour de moins qu'il y a une décennie. Les 3,3 millions de radiations d'hôpitaux en 1995-1996 représentaient 35,5 millions de jours-patients, un recul de 5 % par rapport à l'année précédente et de 17 % par rapport à il y a une décennie.

Ce recul est en partie attribuable au fait que de nombreux services (qui, par le passé, nécessitaient une hospitalisation) sont de plus en plus offerts en clinique externe, par exemple l'ablation des cataractes. Dans d'autres cas, les procédés les moins effractifs possibles sont utilisés, et les malades obtiennent leur congé peu de temps après l'admission. Les patients qui, il y a des années, auraient passé dix jours à l'hôpital pour une extraction de la vésicule biliaire obtiennent leur congé quelques jours suivant leur admission. Aujourd'hui, les nouvelles mères (qui, auparavant, devaient demeurer hospitalisées jusqu'à une semaine après avoir accouché) rentrent habituellement chez elles dans les 48 heures.

En 1995-1996, les personnes âgées ont représenté 60 % des journées d'hospitalisation totales même si elles ne constituaient que 12 % de la population cette année-là. Comme le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que leur proportion de la population totale continueront à augmenter au cours des prochaines décennies, le nombre total de lits requis dans des établissements de santé devrait augmenter.

La réduction des taux de radiations d'hôpitaux, de la durée de séjour et du nombre de jours-patients s'est accompagnée d'une réduction du nombre de malades subissant une intervention chirurgicale pendant leur hospitalisation. En 1995-1996, le nombre de radiations, soit 1,9 million est associé à une chirurgie une baisse de 5 % par rapport à l'année précédente et de 16 % par rapport à il y a une décennie. Tout juste un peu plus de la moitié du total des radiations étaient associées à une chirurgie. Les femmes étaient sensiblement plus susceptibles que les hommes de subir une intervention chirurgicale (62 % comparativement à 38 %). Les interventions obstétricales expliquent la plus grande

partie de cette différence, représentant près d'une intervention sur trois pratiquées sur des femmes.

Les données sur les radiations n'indiquent pas le nombre de personnes faisant appel aux services d'un hôpital. Par exemple, une personne pourrait être incluse plusieurs fois dans les totaux annuels de radiations. Le nombre de radiations associées à une intervention chirurgicale comprend les interventions chirurgicales primaires qui ont été pratiquées; donc, un malade qui subit deux interventions chirurgicales durant le même séjour à l'hôpital serait comptabilisé comme ayant subi une seule intervention.

Ces chiffres ne se rapportent qu'aux malades hospitalisés et excluent les nouveau-nés ainsi que les patients traités en clinique externe, par exemple au service des urgences ou dans le cadre de programmes de chirurgie d'un jour.

Les données pour 1995-1996 concernant les radiations d'hôpitaux ont été recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Pour plus de renseignements sur ces données, communiquez avec Sherry Kennedy au (416) 429-0477 (poste 3532), Institut canadien d'information sur la santé. Télécopieur : (416) 429-1953.

Pour plus de renseignements sur les tendances des radiations d'hôpitaux, communiquez avec Peter Morrison au (613) 951-1637, Division des statistiques sur la santé.

On peut dès maintenant se procurer les données provisoires du Rapport annuel des établissements de santé, 1995-1996 auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé. Pour plus de renseignements au sujet des données de 1995-1996, communiquez avec Terry Campbell au (613) 241-7860 (poste 4006), Institut canadien d'information sur la santé. Télécopieur : (613) 241-8120.

Estimations postcensitaires de la population

Chaque numéro des *Rapports sur la santé* présente les estimations trimestrielles courantes. Pour les estimations préliminaires de la population du 1^{er} juillet 1997, voir à la page suivante.

Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1^{er} juillet 1997

	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon	T.-N.O.
	en milliers												
Les deux sexes	30 286,6	563,6	137,2	947,9	762,0	7 419,9	11 407,7	1 145,2	1 023,5	2 847,0	3 933,3	31,6	67,5
<1	363,2	5,6	1,7	10,3	8,1	82,9	139,2	15,5	13,0	38,1	46,9	0,5	1,5
1-4	1 552,6	24,3	7,1	44,1	35,4	362,2	594,4	65,2	56,3	159,3	196,5	1,9	5,9
5-9	2 049,4	35,4	9,9	63,0	48,8	474,0	777,5	83,5	79,3	214,6	253,1	2,4	8,0
10-14	2 027,1	41,2	10,1	64,1	51,5	456,8	758,5	81,5	81,8	215,7	257,2	2,4	6,4
15-19	2 024,1	43,2	10,0	63,4	52,3	502,0	731,8	78,7	77,3	203,3	254,5	2,3	5,3
20-24	2 034,5	43,7	9,7	65,1	55,3	485,5	750,8	79,7	70,5	202,6	264,0	2,2	5,4
25-29	2 203,0	44,3	9,7	68,3	57,0	503,9	851,3	81,0	64,0	218,5	296,2	2,4	6,3
30-34	2 564,4	45,7	10,7	77,9	62,5	619,3	1 003,7	90,0	73,8	243,8	327,4	3,1	6,5
35-39	2 706,0	47,5	11,0	82,9	64,6	674,3	1 024,0	95,2	82,7	267,1	347,3	3,3	5,9
40-44	2 465,9	47,0	10,2	76,3	62,2	626,5	905,8	86,9	78,0	242,2	323,2	2,9	4,8
45-49	2 183,8	43,1	9,6	69,4	57,2	560,0	809,3	76,3	63,8	195,1	293,3	2,8	3,8
50-54	1 794,1	34,8	8,0	57,7	45,6	478,7	666,0	62,7	51,0	151,4	233,7	2,0	2,5
55-59	1 382,6	25,2	6,1	44,3	34,6	365,6	520,5	48,9	42,3	113,9	178,6	1,0	1,8
60-64	1 210,0	21,0	5,6	38,6	29,5	310,9	463,2	43,8	40,0	98,6	156,5	0,8	1,4
65-69	1 141,3	18,7	5,0	35,0	28,5	294,0	438,0	42,5	39,5	89,1	149,3	0,8	1,0
70-74	986,1	15,9	4,4	30,4	25,0	246,2	381,9	39,5	36,6	73,4	131,9	0,5	0,6
75-79	743,0	13,0	3,7	26,0	20,3	177,8	278,6	32,6	31,2	55,9	103,4	0,2	0,2
80-84	476,6	8,1	2,6	17,3	13,1	111,1	174,3	22,8	22,8	35,9	68,4	0,1	0,2
85-89	251,6	4,1	1,4	9,2	7,1	58,7	92,1	12,2	12,9	18,5	35,3	0,0	0,1
90+	127,1	1,8	0,8	4,7	3,5	29,6	46,8	6,6	6,7	10,0	16,7	0,0	0,1
Hommes	14 999,7	281,3	67,8	466,7	376,9	3 657,2	5 636,3	567,8	508,3	1 432,5	1 953,6	16,3	35,0
<1	186,0	2,8	0,9	5,2	4,2	42,5	71,4	7,9	6,5	19,5	24,2	0,2	0,7
1-4	795,8	12,5	3,7	22,8	18,1	185,2	304,5	33,4	28,6	81,8	101,3	0,9	3,0
5-9	1 049,5	18,2	5,1	32,4	24,9	242,7	398,3	42,9	40,4	109,9	129,2	1,3	4,2
10-14	1 035,4	21,0	5,2	32,6	26,2	232,8	388,2	42,0	41,4	110,4	131,0	1,2	3,3
15-19	1 037,3	21,7	4,9	31,9	26,9	257,2	375,9	39,9	40,1	104,1	130,8	1,2	2,7
20-24	1 032,1	22,3	5,0	33,1	28,1	247,2	380,2	40,8	36,0	103,4	132,2	1,1	2,7
25-29	1 110,4	22,7	5,0	34,9	29,0	256,6	425,8	41,2	32,0	110,8	148,0	1,2	3,3
30-34	1 298,2	22,7	5,2	39,5	31,6	316,0	507,0	45,7	36,7	124,4	164,5	1,6	3,4
35-39	1 364,7	23,7	5,4	40,9	32,3	341,0	516,6	48,6	41,8	136,1	173,6	1,6	3,0
40-44	1 231,0	23,3	5,1	37,5	30,8	313,7	449,1	43,6	40,1	123,4	160,5	1,4	2,5
45-49	1 096,0	21,7	4,9	34,6	28,9	280,4	402,7	38,5	32,8	99,5	148,4	1,4	2,1
50-54	899,1	17,7	4,1	29,2	23,2	237,5	332,0	31,6	25,7	77,1	118,4	1,1	1,4
55-59	687,3	12,9	3,1	22,1	17,4	180,0	257,5	24,1	20,8	58,2	89,6	0,7	1,0
60-64	593,7	10,6	2,7	19,0	14,5	149,3	226,5	21,7	19,9	49,3	79,1	0,4	0,7
65-69	544,9	9,2	2,5	16,4	13,3	135,8	209,6	20,1	19,2	43,7	74,2	0,5	0,5
70-74	439,0	7,5	2,0	13,4	11,0	106,2	169,5	17,6	16,9	33,9	60,5	0,3	0,3
75-79	305,6	5,7	1,5	10,6	8,5	69,7	114,9	13,4	13,3	23,8	44,1	0,1	0,1
80-84	177,9	3,2	0,9	6,5	5,0	38,7	65,2	8,7	9,1	13,8	26,8	0,0	0,1
85-89	81,9	1,4	0,5	3,0	2,3	17,5	29,6	4,2	4,7	6,4	12,3	0,0	0,1
90+	33,7	0,5	0,2	1,1	0,9	7,2	11,8	1,8	2,1	3,1	5,0	0,0	0,0
Femmes	15 286,9	282,3	69,4	481,2	385,1	3 762,7	5 771,4	577,4	515,2	1 414,5	1 979,7	15,3	32,5
<1	177,2	2,8	0,8	5,1	3,9	40,5	67,8	7,6	6,5	18,6	22,6	0,2	0,7
1-4	756,8	11,8	3,4	21,3	17,3	177,0	289,9	31,9	27,7	77,5	95,2	1,0	2,8
5-9	999,9	17,2	4,8	30,5	23,9	231,2	379,2	40,6	38,8	104,7	123,9	1,1	3,9
10-14	991,8	20,3	4,9	31,5	25,3	223,9	370,3	39,5	40,4	105,3	126,1	1,2	3,1
15-19	986,8	21,5	5,0	31,5	25,4	244,9	355,9	38,8	37,2	99,3	123,8	1,1	2,6
20-24	1 002,4	21,4	4,7	32,1	27,2	238,2	370,6	38,9	34,5	99,2	131,8	1,1	2,7
25-29	1 092,6	21,6	4,8	33,5	28,0	247,3	425,5	39,8	32,0	107,7	148,2	1,2	3,1
30-34	1 266,2	23,0	5,5	38,5	30,9	303,2	496,7	44,3	37,1	119,4	162,9	1,5	3,1
35-39	1 341,3	23,8	5,6	42,0	32,3	333,4	507,4	46,6	40,9	131,0	173,7	1,7	2,9
40-44	1 234,9	23,6	5,0	38,8	31,4	312,7	456,6	43,4	38,0	118,8	162,7	1,5	2,3
45-49	1 087,8	21,5	4,7	34,7	28,3	279,7	406,6	37,8	31,0	95,6	144,9	1,4	1,6
50-54	895,0	17,1	3,9	28,6	22,4	241,2	333,9	31,1	25,2	74,3	115,3	0,9	1,1
55-59	695,3	12,3	3,0	22,2	17,2	185,6	263,0	24,8	21,5	55,7	89,0	0,4	0,8
60-64	616,2	10,4	2,9	19,6	15,0	161,6	236,7	22,1	20,1	49,3	77,4	0,4	0,7
65-69	596,4	9,5	2,5	18,5	15,2	158,2	228,4	22,3	20,3	45,5	75,2	0,3	0,5
70-74	547,1	8,4	2,3	17,0	14,0	140,0	212,3	21,9	19,7	39,5	71,4	0,2	0,3
75-79	437,4	7,3	2,2	15,3	11,8	108,1	163,7	19,2	17,9	32,1	59,4	0,1	0,2
80-84	298,7	4,9	1,7	10,9	8,1	72,4	109,2	14,1	13,8	22,0	41,5	0,1	0,1
85-89	169,7	2,6	1,0	6,2	4,8	41,2	62,5	8,0	8,2	12,1	23,0	0,0	0,0
90+	93,4	1,3	0,6	3,6	2,6	22,3	35,0	4,8	4,6	6,9	11,7	0,0	0,0

Source : Division de la démographie, section des estimations de la population

Nota : Les estimations de la population sont ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement et incluent les résidents non-permanents.



Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division des statistiques sur la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou l'internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales



Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Division du marketing, Ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada
 Télécopieur : (613) 951-1584

Ou visiter notre site internet : [www@statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	116 \$	116 \$	116 \$
			35 \$	35 \$	35 \$
	82-003-XIF	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Indicateurs sur la santé	82-221-XDB	Disquette	250 \$	250 \$	250 \$
Naissances					
Naissances et décès‡	84-210-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	25 \$	25 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, de 1921 à 1991	82-553-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Cancer					
Le cancer au Canada‡	82-218-XPB	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
Statistiques canadiennes sur le cancer	82F0008-XIF	Internet		Sans frais	
Décès					
Causes de décès	84-208-XPB	Papier	62 \$	62 \$	62 \$
Causes principales de décès	84-503-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Naissances et décès‡	84-210-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Mortalité : Liste sommaire des causes	84-209-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, de 1921 à 1990	82-549-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Publication révolue (numéro antérieur seulement).

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Divorce					
Divorces‡	84-213-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-213-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux‡	83-246-XPB	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
	83-246-XMB	Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales‡	82-216-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	82-216-XMB	Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	84-537-XDB	Disquette	40 \$	40 \$	40 \$
Mariage					
Mariages‡	84-212-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-212-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Certains renseignements sur les mariages contractés, de 1921 à 1990	82-552-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale‡	83-245-XPB	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
	82-567-XIB	Internet	8 \$	8 \$	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	82-567-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s‡	83-243-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	83-243-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes‡	83-237-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	83-237-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Publication révolue (numéro antérieur seulement).

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Avortements thérapeutiques					
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, de 1970 à 1991	82-550-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Avortements thérapeutiques	82-219-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
	82-219-XMB	Microfiche	26 \$	26 \$	26 \$



La Division des statistiques sur la santé offre un service de totalisations spéciales afin de répondre aux besoins particuliers en ressources, ainsi que des données publiées, tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle
 Division des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-1746
 Télécopieur : (613) 951-0792

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle
 Division des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 Ottawa, Ontario
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-1746
 Télécopieur : (613) 951-0972

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995	Numéro du produit	Version	Prix†		
			Canada	Autres pays (US \$)	
Cycle 1, 1994-1995					
Composante des ménages	Données, Browser Ivision - fichier santé seulement,	82F0001XCB	CD-ROM	800 \$	800 \$
	fichier texte ASCII	82F0001XDB	Disquette	650 \$	650 \$
Établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	250 \$	250 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée		
Cycle 2, 1996-1997					
Composante des ménages et établissements de soins de santé	Ménages - données transversales	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$	2 000 \$
	Browser Beyond 20/20 - fichier de santé seulement	Première version			
	fichier texte ASCII	Deuxième version			
	Première version ainsi que des faux-fichiers maîtres, Programme et fichiers Bootstrap d'estimation de la variance	Troisième version			
Composante des ménages	Deuxième version ainsi que les établissements de soins de santé				
	données transversales				
Établissements de soins de santé	fichier texte ASCII				
	Ménages et établissements de soins de santé - données longitudinales fichier texte ASCII (Sous toute réserve)				
Composante des ménages	Documentation seulement	82M0009XPB	Papier	50 \$	50 \$
	Établissements de soins de santé	Documentation seulement	82M0010XPB	Papier	30 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée		
Offre spéciale ENSP 1994-1995 et 1996-1997		2 CD-ROM	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
		82M0001XCB			
		82M0009XCB			

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.