



N° 82-003-XPB au catalogue

Rapports sur la santé

Printemps 1997 Volume 8 N° 4

- La traitement de la dépression
- Le plus proche médecin
- La rationalisation dans les hôpitaux
- Le cancer



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes . . .

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur 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 ordiolingue 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 :

l'Unité des Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone : 1-613-951-1746) ou au centre de consultation de Statistique Canada à :

Halifax	1-902-426-5331	Régina	1-306-780-5405
Montréal	1-514-283-5725	Edmonton	1-403-495-3027
Ottawa	1-613-951-8116	Calgary	1-403-292-6717
Toronto	1-416-973-6586	Vancouver	1-604-666-3691
Winnipeg	1-204-983-4020		

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 locales** 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

Comment commander les publications

On peut se procurer cette publication et les autres publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés et des autres librairies locales, par l'entremise des bureaux locaux de Statistique Canada, ou en écrivant à la Division du marketing, Vente et service, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Téléphone: 1-613-951-7277
Télécopieur: 1-613-951-1584
Toronto, carte de crédit seulement 1-416-973-8018

Normes de service au public

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

Printemps 1997 Volume 8 N° 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1996

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.

April 1997

Les prix n'incluent pas la taxe de vente

Prix : Canada : 34 \$ l'exemplaire, 112 \$ par année

États-Unis : 41 \$ US l'exemplaire, 135 \$ US par année

Autres pays : 48 \$ US l'exemplaire, 157 \$ US par année

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 8, n° 3

Périodicité : trimestrielle

ISSN 0840-6529

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 X39.48 - 1984.



Au sujet des *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef :

Jane Gentleman

Rédacteurs :

Mary Sue Devereaux

Jason Siroonian

Rédactrice adjointe :

Hélène Aylwin

Directrice de production :

Renée Bourbonnais

Production et composition :

Bernie Edwards

Agnes Jones

Carmen Lacroix

Vérification des données :

Dan Lucas

Administration :

Donna Eastman

Correction d'épreuve des traductions :

François Nault

Rédacteurs associés :

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Deborah Sunter

Eugene Vayda

Kathryn Wilkins

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

Janet Hagey, présidente

Rosemary Campbell

Gary Catlin

Martha Fair

Jane Gentleman

Cyril Nair

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 la 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*, des *Rapports* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Les *Rapports* consistent dans des articles descriptifs, souvent fondés sur des publications ou des produits statistiques nouvellement parus. Les *Travaux de recherche* et les *Rapports* 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 ou d'autres organismes.

Les formalités de commande se trouvent 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) 951-8553. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : hlthrept@statcan.ca.

Remerciements

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu d'un oeil expert les articles destinés au volume 8 de *Rapports sur la santé*. Les rédacteurs de la revue désirent les remercier de l'énergie et du temps qu'elles ont consacrés à ce travail.

Geoffrey Anderson	Cam Mustard
Jane Badets	Charles Mustard
Roderic Beaujot	Margaret Michalowski
Alain Bélanger	Wayne Millar
France Bernard	Christina Mills
Charles Brooks	Margaret Morin
Bernard Choi	Stephen Newman
Shiang Ying Dai	Angus Nicoll
Keith Dobson	Carl Nimrod
Roberta Ferrence	Samuel Noh
William Forbes	Doug Norris
Judith Frederick	George O'Connor
Philip F. Hall	Henry Puderer
Betty Havens	Elizabeth Rea
Stanely Henshaw	Viviane Renault
Gerry B. Hill	Lorie Root
T.G. Hislop	Andy Siggner
Alun E. Joseph	Gordon Smith
Murray Kaiserman	Deborah Sunter
Mary Grace Kovar	Brenda Thomas
Nancy Kreiger	Ravi Verma
Viven Lai	Sarah Wild
Isra Levy	Kathryn Wilkins
Sharla Lichtman	

Table des matières

	Page
Travaux de recherche	
La dépression : un trouble partiellement traité? <i>Brent Diverty et Marie P. Beaudet</i>	9
À quelle distance se trouve le plus proche médecin? <i>Edward Ng, Russell Wilkins, Jason Pole et Owen B. Adams</i>	21
Rapports	
La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995 <i>Patricia Tully et Étienne Saint-Pierre</i>	35
Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997 <i>Le Comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer est formé des membres suivants :</i> <i>John R. McLaughlin, Anthony L.A. Fields, Jane F. Gentleman, Isra Levy, Barbara Whyllie, Heather Whittaker, Rod Riley et Judy Lee; B. Ann Coombs et Leslie A. Gaudette</i>	43
Estimations postcensitaires de la population	55
Index par sujet	57
Pour commander les publications	69

La dépression : un trouble partiellement traité?

Brent Diverty et Marie P. Beaudet*

Résumé

En 1994, on estime que 6 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus, soit 1,1 million d'adultes, ont subi un épisode dépressif majeur. Même si la dépression peut être traitée, moins de la moitié (43 %) des personnes présentant ce genre de trouble au cours de l'année écoulée (environ 487 000) ont indiqué avoir parlé de troubles émotifs ou mentaux avec un professionnel de la santé. En outre, seulement 26 % des personnes ayant subi un épisode dépressif majeur ont indiqué avoir consulté quatre fois ou plus.

Évidemment, c'est la dépression non chronique qui était la plus susceptible de ne pas avoir été traitée. De même, les personnes atteintes de dépression, en bonne santé physique et celles qui n'avaient pas connu récemment d'événements négatifs étaient moins susceptibles d'être traitées. Toutefois, une fois ces facteurs contrôlés, le modèle multivarié fait ressortir qu'un plus faible niveau de scolarité et un revenu inadéquat constituent des obstacles au traitement. Des contacts relativement peu fréquents avec un omnipraticien réduisent considérablement les chances que la personne soit traitée. En outre, les hommes et les personnes mariées déprimés étaient moins susceptibles d'être traités pour la dépression.

À partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada pour 1994-1995, le présent article examine les caractéristiques des personnes qui répondent aux critères de l'épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas reçu de traitement ou qui l'ont interrompu. Le choix des variables explicatives a été justifié par un cadre théorique proposé par Andersen et Newman. Ce cadre établit les déterminants individuels dans l'utilisation des services de santé. La probabilité que des personnes ayant subi un épisode dépressif majeur ne soient pas traitées a été déterminée par la méthode de régression logistique.

Mots-clés : trouble dépressif, traitement, services de santé mentale, recherche d'aide

La dépression bouleverse la vie de nombreux Canadiens. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada pour 1994-1995, environ 6 % des personnes âgées de 18 ans et plus, soit 1,1 million d'adultes, ont eu un épisode dépressif majeur dans les 12 mois ayant précédé l'enquête (voir *Épisode dépressif majeur*).

Même si la dépression est l'un des troubles mentaux le plus à même d'être traités¹, seulement 43 % des personnes identifiées dans le cadre de l'ENSP, comme ayant subi un épisode dépressif majeur, soit environ 487 000 adultes, ont indiqué avoir parlé de troubles émotifs ou mentaux avec un professionnel de la santé au cours de cette période. En outre, seulement 26 % des personnes ayant eu un épisode dépressif majeur ont indiqué avoir consulté plus de trois fois, seuil à partir duquel la personne est définie comme ayant «reçu un traitement» (voir *Méthodologie et Limites*).

Un épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive et/ou un manque d'intérêt pour la plupart des activités, état qui dure au moins deux semaines. Les symptômes comprennent la perte de l'appétit ou un sommeil perturbé, la perte d'énergie, la difficulté à se concentrer, le sentiment de n'être bon à rien ou l'apparition d'idées suicidaires.

Épisode dépressif majeur

Dans le cadre de l'ENSP, la détermination d'un épisode dépressif majeur s'effectue selon la méthode de Kessler et al.², par un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview (voir *Annexe A*). Ces questions se rapportent à un ensemble de symptômes de la dépression, qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*³. Les réponses à ces questions ont été cotées selon une échelle et transformées en une estimation de la probabilité que soit posé le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Si cette estimation était égale à 0,9, c'est-à-dire une probabilité de 90 % que soit posé ce diagnostic, on considérerait que la personne en question avait eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents.

* Brent Diverty au (613) 951-1645 et Marie P. Beaudet au (613) 951-7320 travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Méthodologie

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) pour 1994-1995, une enquête longitudinale qui sert à mesurer l'état de santé de la population canadienne. Dans le cadre de l'ENSP, le même panel de personnes est interviewé tous les deux ans, pendant une période pouvant aller jusqu'à 20 ans. La collecte des données de la première vague a commencé en juin 1994 et a pris fin à l'été 1995.

La population visée est constituée de résidents de ménages de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception des personnes qui vivent dans des réserves indiennes, dans des bases des Forces canadiennes ou dans certaines régions éloignées. L'échantillon définitif comportait 27 263 ménages, y compris les unités d'échantillonnage additionnelles acquises par les provinces et les ménages pouvant éventuellement être rejetés. Le taux de réponse final (proportion des ménages choisis ayant accepté de participer à l'étude, y compris les ménages rejetés ultérieurement pour des raisons d'échantillonnage) a été de 89 %. La composante des établissements de l'ENSP porte sur les résidents à long terme d'hôpitaux et d'établissements de soins de longue durée. Les données de la composante des établissements ne sont pas comprises dans la présente analyse. De même, on ne disposait pas, au moment de l'analyse, des données pour les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

Dans le cadre de l'enquête auprès des ménages, on recueille des données auprès d'un membre adulte du ménage qui connaît bien l'état de santé de tous les membres du ménage. Des données plus approfondies sur la santé sont aussi recueillies auprès d'une personne par ménage choisie au hasard. Ces personnes choisies de façon aléatoire, qui font partie de l'échantillon de base, deviennent membre du panel longitudinal et seront réinterviewées tous les deux ans. Parmi les personnes choisies au hasard, le taux de réponse a été de 96 %. Des renseignements plus détaillés au sujet du contenu et du plan d'échantillonnage de l'ENSP sont fournis dans d'autres documents^{4,5}.

Aux personnes qui ont répondu à l'ENSP on a posé les questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale? » et « Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)? ».

Techniques d'analyse

La dépression peut se traiter au moyen de la psychothérapie (counseling) ou de la pharmacothérapie (médicaments). De tout temps, on a utilisé la pharmacothérapie, combinée à la psychothérapie, pour traiter les épisodes dépressifs modérés à graves, tandis qu'on a recours à la psychothérapie pour traiter les cas moins graves. De plus en plus, on associe les deux méthodes, même pour les épisodes moins graves de dépression⁶. Les spécialistes définissent trois phases de traitement : les soins aigus, les soins continus et les soins d'entretien^{7,8}. La phase de soins aigus dure de 6 à 12 semaines, et elle est, en général, associée à au moins quatre visites : diagnostic, début du traitement, contrôle, et évaluation de la réaction^{7,8}. Lorsqu'il y a prescription d'antidépresseurs, un contrôle régulier est aussi conseillé⁶.

Conformément à ces critères, le traitement de la dépression est défini dans le présent article comme comportant *au moins quatre* consultations avec un professionnel de la santé au sujet de troubles émotionnels ou mentaux au cours de l'année qui a précédé. Les trois quarts des personnes souffrant de dépression se situaient au-dessous de ce seuil. La catégorie des personnes déprimées ayant consulté moins de quatre fois inclut les personnes qui ont cherché à se faire traiter, mais qui n'ont pas reçu de traitement, celles qui ont interrompu le traitement, ainsi que celles qui disent n'avoir consulté personne. Ensemble, elles constituent le groupe des personnes non traitées.

Afin de déterminer les caractéristiques des personnes qui ont souffert d'un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas reçu de traitement, on a pris en compte un certain nombre de variables démographiques et socioéconomiques, d'indicateurs de l'utilisation des soins de santé, d'indicateurs de l'état de santé et de facteurs psychologiques^{9,10}. Le choix de variables explicatives se fonde sur un cadre théorique reconnu de déterminants individuels dans l'utilisation des services de santé proposé par Andersen & Newman¹¹. Ce cadre repose sur le principe que le choix d'un service de santé est lié au besoin de traitement, à la capacité d'évoluer

au sein du réseau de soins de santé et à une prédisposition à utiliser ce genre de services (voir *Annexe B*).

La première composante de ce cadre, le besoin de traitement, fait partie de ce qu'Andersen et Newman appellent les « signes avant-coureurs ». Ce besoin découle de la gravité de la maladie, de la probabilité de récurrence et de la capacité de surmonter les symptômes sans traitement. Ce besoin peut être reconnu par la personne elle-même, par son entourage ou par un professionnel de soins de la santé. Certaines personnes sont capables de surmonter la dépression sans traitement. Toutefois, pour celles qui ont moins de ressources, le besoin de traitement peut difficilement être identifié, à moins que les symptômes soient récurrents ou qu'ils se prolongent. Ainsi, les personnes qui ont tendance à ne pas être traitées sont susceptibles d'être celles dont la situation et le comportement laissent supposer qu'elles n'ont pas besoin de traitement. Les variables choisies pour mesurer l'importance du besoin sont la dépression chronique (oui, non), la tension chronique (élevée, modérée, faible), les événements négatifs de la vie (oui, non), la situation vis-à-vis de l'emploi (actif, inactif), l'état de santé déclaré par la personne (mauvais ou passable, bon ou très bon, excellent) et le niveau d'activité physique à des fins de loisirs (nul, modéré, élevé).

La deuxième composante du cadre, c'est-à-dire les facteurs liés à la capacité d'obtenir des services de santé (« conditions favorables », selon Andersen et Newman), mesure l'accès au traitement, la sensibilisation à ce dernier et la volonté d'y avoir recours. Les personnes qui souffrent de dépression et qui accumulent moins de conditions favorables ont peut-être moins facilement accès au système de soins de santé et, par conséquent, ne reçoivent pas de traitement. Pour mesurer le rôle des conditions favorables, on a choisi pour variables le niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires ou moins, niveau postsecondaire), le revenu du ménage (adéquat, inadéquat), l'isolement social (oui, non) et les contacts et/ou consultations téléphoniques avec un omnipraticien au cours de l'année écoulée (0-2, 3-5, 6 et plus).

La troisième composante du cadre comprend les traits de personnalité présents avant le début d'une maladie particulière. Andersen et Newman les appellent les facteurs de prédisposition, puisqu'ils indiquent peut-être une propension à avoir recours aux services de santé, sans être directement responsables. Les facteurs de prédisposition choisis pour la présente analyse sont l'âge, le sexe et l'état matrimonial.

L'analyse a été effectuée à partir d'un modèle de régression logistique qui permet d'établir la probabilité de ne pas être traité pour la dépression à partir de variables mesurant le besoin de traitement, les conditions favorables et les facteurs de prédisposition.

Après avoir essayé différentes combinaisons de variables explicatives, selon des catégories de diverses importances pour l'âge et l'utilisation des soins de santé et divers modèles d'interaction, on a supprimé plusieurs variables du modèle original en raison de taux élevés de non-réponse ou du fait qu'elles chevauchaient des variables choisies. Ces variables étaient le lieu de résidence (urbain/rural), les conditions de logement (personne vivant seule ou avec d'autres), les séjours à l'hôpital et l'utilisation de soins de santé non conventionnels. Pour examiner les différences éventuelles entre les provinces quant au traitement, on a considéré la province de résidence comme une variable indépendante. Les résultats n'ont toutefois pas été significatifs et cette variable a aussi été laissée de côté. Les interactions entre le sexe et l'âge, le sexe et l'état matrimonial ainsi que le revenu et la scolarité n'ont pas contribué au modèle de façon significative.

Parmi les personnes interrogées, 972 de celles de 18 ans et plus ont eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois ayant précédé l'interview. L'analyse repose sur les 919 personnes pour lesquelles on disposait de données au sujet de toutes les variables choisies. De ce groupe, 234 (26 %) avaient été traitées, et 685 (74 %) ne l'avaient pas été.

Les réponses ont été pondérées à partir des poids de l'enquête. Étant donné le plan d'échantillonnage complexe à grappes multiples de l'ENSP, les erreurs-types sont sous-estimées. Pour calculer les intervalles de confiance des risques relatifs de la régression logistique, on a utilisé la méthode du *jackknife* pour l'estimation de l'écart¹²⁻¹⁵. La valeur du khi-carré résiduelle (une mesure de l'ajustement du modèle aux données), après résolution rétrograde et utilisation de poids normalisés, était égale à 6,4, le nombre de degrés de liberté étant égal à 7 ($p=0,49$).

Une analyse récente des données de l'ENSP révèle que les femmes sont deux fois plus susceptibles d'avoir subi un épisode dépressif majeur que les hommes et que les jeunes sont plus susceptibles d'être atteints de dépression que les personnes plus âgées¹⁶. En outre, cette étude démontre que le fait d'avoir été marié, l'exposition à un niveau considérable de stress et des ressources psychiques limitées augmentent le risque d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, les caractéristiques liées à ce genre d'épisode ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qui poussent à demander l'aide d'un professionnel pour des troubles émotifs ou mentaux.

De façon générale, les études portant sur le recours aux services de soins de santé pour des troubles émotifs ou mentaux mettent l'accent sur les patients qui sont traités. Comme elles se fondent principalement sur des données provenant des hôpitaux et sur d'autres données administratives, ces études ont permis de déterminer les caractéristiques des personnes qui sont traitées. On ne dispose toutefois que de peu de renseignements sur les personnes qui ne le sont pas. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de la dépression, puisque la plupart des personnes qui en souffrent ne reçoivent pas de traitement¹⁷.

Il est probable que certaines personnes qui ne sont pas traitées n'ont pas besoin de l'être. Leurs symptômes peuvent être non récurrents, l'épisode dépressif relativement court ou peut-être sont-elles mieux en mesure de surmonter la maladie. Par contre, il est possible qu'un traitement soit avantageux pour d'autres personnes.

Le présent article utilise les données de la première vague de l'ENSP afin de déterminer les facteurs liés au non-traitement de la dépression. Il compare les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur sans être traitées à celles qui ont été traitées.

La souffrance et les coûts économiques, sociaux et personnels liés à la dépression sont incroyablement élevés¹. La dépression a tendance à réduire l'immunité¹⁸, la qualité de vie, et elle affecte souvent la productivité et les relations au travail. En identifiant les caractéristiques des personnes qui ne reçoivent pas de traitement, on obtient des renseignements qui peuvent être utiles pour rejoindre ce groupe.

Dépression non chronique

Les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais non chronique, risquent de ne pas être traitées près de deux fois plus que les personnes souffrant de dépression chronique (risque relatif de 1,9) (tableau 1). Dans le cadre de la présente analyse, la dépression chronique a été définie comme une période de plus de quatre semaines de symptômes au cours de l'année écoulée, par opposition aux deux semaines utilisées pour définir l'épisode dépressif majeur.

Il n'est pas surprenant que les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, sans souffrir de dépression chronique, soient plus susceptibles de ne pas être traitées. Comme c'est le cas pour la plupart des problèmes de santé, les problèmes persistants ou récurrents sont plus susceptibles d'être traités. En outre, les symptômes de la dépression ne sont pas toujours évidents, surtout lorsque celle-ci est de courte durée.

Aucun événement négatif récent

Les personnes déprimées qui se trouvent dans des situations qui augmentent leur vulnérabilité, par exemple une crise financière majeure ou une rétrogradation au travail, sont plus susceptibles d'être traitées que les personnes déprimées qui ne signalent pas d'événement négatif récent. En fait, comparativement aux premières, les secondes, qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas signalé d'événement négatif au cours de l'année, risquaient davantage de ne pas être traitées (risque relatif de 1,7).

L'absence d'un événement déclencheur peut jouer un rôle dissuasif quant à la recherche et à la poursuite d'un traitement. De tels événements sont perçus comme des causes valables de dépression et peuvent ainsi atténuer l'image négative souvent liée au fait d'être traité pour des problèmes émotifs. Étant facilement identifiables en tant que source de la dépression, ces événements peuvent aussi légitimer la recherche d'un traitement.

Personnes par ailleurs en santé

Les personnes en mauvaise santé sont relativement plus susceptibles d'être déprimées^{18,19}. Les personnes dont la santé est défaillante peuvent souffrir de dépression parce qu'elles se sentent impuissantes ou

Limites

La présente analyse comporte plusieurs limites importantes. La question qui identifie les personnes qui ont eu au moins quatre contacts avec un professionnel de la santé au sujet de troubles mentaux ou émotifs au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ne se rapporte pas nécessairement à des contacts suscités par un épisode dépressif. Par conséquent, il est possible que le traitement reçu ne l'ait pas été par suite d'un épisode dépressif majeur. Néanmoins, il est probable que la majorité des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de cette période et ayant eu quatre contacts ou plus avec un professionnel de la santé au sujet de troubles mentaux ou émotifs, ont été traitées pour une dépression.

La portée de la question utilisée pour mesurer les contacts avec un professionnel de la santé était telle qu'il fallait user de jugement pour déterminer qu'il s'agissait d'un traitement. Parallèlement, aucun guide de pratique clinique n'a été publié au Canada au sujet du traitement de la dépression. Toutefois, les spécialistes de ce domaine recommandent un suivi étroit des patients, par le biais de visites régulières, qu'il y ait ou non prescription de médicaments⁶⁻⁸. Pour établir qu'un traitement avait été reçu, on a retenu le nombre de quatre visites à un professionnel de la santé relativement à des troubles émotifs ou mentaux afin de s'assurer que le groupe réputé comme ayant été traité l'avait effectivement été. Les personnes qui avaient eu un épisode dépressif majeur, mais qui avaient consulté moins de quatre fois au cours de l'année, n'avaient sans doute pas été traitées et ont par conséquent été classées comme telles.

Afin de déterminer si trois consultations ou moins avec un professionnel de la santé au sujet de troubles émotifs ou mentaux constituait un seuil raisonnable pour décider qu'une personne n'avait pas été traitée, on a aussi effectué l'analyse pour différents seuils : aucun contact, un contact ou moins, deux contacts ou moins et quatre contacts ou moins. Le profil des personnes qui souffraient de dépression et qui n'avaient pas reçu de traitement différait quelque peu lorsqu'on utilisait comme seuil aucun contact ou un contact ou moins pendant l'année, plutôt que deux contacts ou moins, trois contacts ou moins ou quatre contacts ou moins. Au seuil d'un contact ou aucun contact, trois variables— l'âge, la situation quant à l'emploi et l'isolement social— étaient significatives, alors qu'elles ne l'étaient pas pour les seuils plus élevés (tableau disponible auprès des auteurs).

La difficulté d'évaluer le niveau de biais découlant de souvenirs confus et de l'autodéclaration pose une autre limite à cette étude. Les personnes interrogées ont peut-être surestimé ou sous-estimé l'importance des événements ou des sentiments passés. Elles ont peut-être un souvenir confus de leurs contacts avec un professionnel de la santé ou du nombre précis de ces rencontres. Les études sur les erreurs de déclaration concernant des événements passés n'ont pas été concluantes^{20,21}. En outre, il se peut que, contrairement à d'autres, certaines personnes n'aient pas déclaré des contacts avec des professionnels de soins de santé comme des travailleurs sociaux ou des conseillers matrimoniaux.

Le fait que l'épisode dépressif majeur ait pu se produire à tout moment au cours des 12 mois précédents signifie qu'au moment de l'interview de l'ENSP, le comportement, les caractéristiques et la situation de certaines personnes ayant souffert d'une dépression grave quelques mois plus tôt avaient changé. Par exemple, les personnes qui n'étaient plus déprimées ou qui s'estimaient en bonne santé au moment de l'interview avaient peut-être une vision moins favorable de leur état de santé, pendant l'épisode dépressif majeur ou peu après.

La non-réponse à l'enquête ou à certaines questions peut aussi poser des problèmes. La non-réponse à l'ENSP était principalement due au refus ou à l'impossibilité pour les intervieweurs de communiquer avec certaines personnes choisies. Cela revêt un intérêt particulier dans le cas de la dépression. Il se peut que certains non-répondants aient été déprimés, mais qu'ils n'aient pas voulu répondre à l'enquête en raison de la nature personnelle et exploratoire de certaines des questions. Par conséquent, il se peut que la non-réponse n'ait pas été aléatoire.

désespérées, particulièrement si leur état est chronique ou si elles se trouvent en phase terminale. Ainsi, la maladie, comme les événements négatifs récents, peut indiquer un risque accru de dépression. Les omnipraticiens et autres professionnels de soins de santé sont conscients de cette situation, et comme ils ont généralement plus de contacts avec les personnes dont la santé physique est défaillante, ils peuvent identifier les patients qui présentent des symptômes d'épisode dépressif majeur et les diriger vers les services appropriés. À l'opposé, les personnes déprimées qui sont en bonne santé physique et qui, par conséquent, semblent bien fonctionner sont moins susceptibles d'être traitées.

Plus une personne est en santé, moins elle a de chances d'être traitée pour une dépression. Les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur et qui décrivent leur état de santé comme bon ou très bon ont deux fois plus de chance de ne pas être traitées que celles qui qualifient leur état de santé de mauvais ou de passable (risque relatif de 2,2). Ceci reste vrai lorsque l'évaluation de l'état de santé s'améliore. Seules quelques personnes en excellente santé physique ont souffert d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, elles ont été cinq fois plus susceptibles de ne pas recevoir de traitement que les personnes ayant eu un épisode dépressif majeur et qualifiant leur état de santé de mauvais ou passable. Les personnes qui s'estiment en très bonne santé peuvent ne pas voir que leur santé émotive laisse à désirer. Il se peut aussi qu'elles soient mieux pourvues pour faire face à un épisode dépressif.

Exercice

Dans le cadre de la présente analyse, le lien entre l'activité physique récréative et le traitement de la dépression n'est pas nettement défini. D'autres études, et notamment un rapport du chef des services de santé des États-Unis, concluent que l'exercice améliore la santé mentale²²⁻²⁴. On peut donc s'attendre à ce que l'exercice réduise et/ou limite les symptômes dépressifs et, par conséquent, diminue le besoin de traitement. Toutefois, les données de l'ENSP montre que les personnes qui ont connu un épisode dépressif majeur et qui se décrivaient comme physiquement actives étaient aussi susceptibles de ne pas être traitées que celles qui se déclaraient inactives. Au contraire, chez les personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur, la proportion de personnes non traitées qui avaient une activité physique modérée

était deux fois moins élevée que la proportion des personnes qui se sont déclarées inactives (risque relatif de 0,5). Autrement dit, les personnes qui avaient une activité physique modérée et qui étaient déprimées étaient plus susceptibles d'avoir reçu un traitement.

Ce résultat quelque peu inattendu peut être attribué à la mesure de l'activité physique utilisée ici. Il ne s'agit pas d'une mesure globale, car elle ne tient compte que de l'activité physique récréative et qu'elle exclut l'activité physique au travail ou encore celle déployée pour s'y rendre.

Plus faible niveau de scolarité et plus faible revenu du ménage

Une fois tous les autres facteurs contrôlés, un faible niveau de scolarité impliquait la probabilité de ne pas recevoir de traitement pour la dépression. Les personnes qui traversaient un épisode dépressif majeur et dont le niveau de scolarité ne dépassait pas le niveau secondaire étaient deux fois plus susceptibles de ne pas être traitées que les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé (risque relatif de 2,0). Il se peut que les personnes moins scolarisées aient des connaissances limitées sur la dépression, ses symptômes et l'efficacité du traitement. L'écart social entre elles et les professionnels de la santé «plus scolarisés» peut aussi les dissuader de rechercher un traitement²⁵.

On a aussi associé un faible revenu du ménage à l'absence de traitement de la dépression. Pour les personnes venant de ménages à un revenu inadéquat, le risque de ne pas être traité était le double de celui des personnes vivant dans des ménages au revenu adéquat (risque relatif de 2,1).

Le revenu, comme la scolarité, peut être un obstacle au traitement. Le choix d'un professionnel de la santé chez les personnes qui n'ont pas un revenu adéquat se limite aux services couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces. Dans toutes les provinces, les personnes qui ont besoin d'aide pour résoudre des problèmes mentaux ou émotifs recevront un traitement si cela est jugé nécessaire sur le plan médical²⁶. Mais, pour les personnes qui ne disposent d'aucun autre régime d'assurance-maladie, les restrictions quant au choix des professionnels de soins de santé et le coût des ordonnances peuvent constituer des obstacles additionnels à la recherche ou à la poursuite d'un traitement.

Tableau 1

Risques relatifs pour les personnes souffrant de dépression qui n'ont pas été traitées, Canada, 1994-1995

Variable	% de personnes non traitées	Risque relatif	Intervalle confiance de 95 %
Besoin			
Dépression chronique			
Oui†	68,3	1,0	...
Non	83,7	1,9*	(1,1, 3,4)
Tension chronique			
Faible	76,6	1,1	(0,5, 2,5)
Modérée	77,5	1,2	(0,7, 2,1)
Élevée†	71,3	1,0	...
Événement(s) négatif(s) récent(s)			
Oui†	71,0	1,0	...
Non	80,7	1,7*	(1,0, 3,2)
Situation quant à l'emploi			
Inactif	70,3	0,7	(0,4, 1,3)
Actif†	77,0	1,0	...
Auto-évaluation de l'état de santé			
Passable ou mauvais†	61,3	1,0	...
Bon ou très bon	77,2	2,2*	(1,2, 3,9)
Excellent	88,7	5,4*	(2,0, 15,1)
Niveau d'activité physique à des fins de loisirs			
Nul†	74,7	1,0	...
Modéré	67,9	0,5*	(0,3, 0,9)
Élevé	80,1	0,9	(0,5, 1,7)
Conditions favorables			
Niveau de scolarité			
Certaines études postsecondaires ou plus†	70,1	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou moins	80,3	2,0*	(1,3, 3,3)
Revenu du ménage			
Adéquat†	73,7	1,0	...
Inadéquat	75,9	2,1*	(1,2, 3,6)
Isolement social			
Non†	72,5	1,0	...
Oui	78,4	1,5	(0,9, 2,7)
Nombre de visites à un omnipraticien			
0-2	82,8	2,3*	(1,2, 4,3)
3-5	80,8	2,6*	(1,5, 4,3)
6 et plus†	61,2	1,0	...
Facteurs de prédisposition			
Âge			
18-29	79,3	1,0	(0,3, 3,5)
30-44	71,6	0,6	(0,2, 2,0)
45-59	69,7	0,7	(0,2, 2,1)
60 ans et plus†	79,5	1,0	...
Sexe			
Femme†	70,2	1,0	...
Hommes	83,0	1,8*	(1,1, 3,1)
État matrimonial			
Marié/avec conjoint	76,0	2,1*	(1,2, 3,6)
Jamais marié	78,4	1,4	(0,7, 2,8)
Déjà été marié†	64,5	1,0	...

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

Nota : Taille de l'échantillon = 919. L'analyse exclut 53 personnes déprimées (5,4 %) pour lesquelles manquait des données quant à une ou plusieurs variables de l'analyse.

† Correspond à la catégorie de référence, pour laquelle le risque relatif est toujours égal à 1,00.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* $p \leq 0,05$.

Contacts relativement peu fréquents avec des omnipraticiens

Il n'est pas surprenant de constater que les personnes qui consultent fréquemment des omnipraticiens sont aussi plus susceptibles d'être traitées en cas de dépression^a. Inversement, celles qui ont relativement peu de contacts avec ces professionnels sont moins susceptibles de recevoir un tel traitement. Si on contrôle les autres facteurs, y compris l'état de santé, les personnes ayant consulté moins de six fois un omnipraticien au cours de l'année précédente étaient deux fois moins susceptibles d'être traitées en cas de dépression que les personnes déclarant six consultations ou plus.

On peut de toute évidence conclure que les personnes qui utilisent moins fréquemment le système de soins de santé sont moins susceptibles d'être traitées, mais cette situation cache un certain nombre de facteurs sous-jacents. Certaines personnes peuvent avoir surmonté l'épisode dépressif sans traitement. D'autres, recourant rarement au système de soins de santé, ne le perçoivent peut-être pas comme une solution à leurs problèmes émotifs. Certaines personnes peuvent ne pas se savoir malades ou ne savent pas que leur maladie se traite. D'autres encore sont intimidées par le système. Ainsi, un recours moins fréquent au système de santé réduit la probabilité qu'un omnipraticien reconnaisse, diagnostique et traite la dépression ou en recommande le traitement. Qui plus est, la rareté relative des contacts avec des professionnels de soins de santé peut en accentuer l'étrangeté, et réduire d'autant plus la chance d'être traité en cas de dépression.

^a La définition du traitement de la dépression utilisée dans la présente analyse, c'est-à-dire quatre contacts ou plus avec un professionnel de la santé au sujet de problèmes émotifs ou mentaux, pourrait inclure les omnipraticiens, étant donné que les médecins de famille et les internistes sont souvent appelés à diagnostiquer et à traiter la dépression²⁷. Même si on ne peut déterminer dans quelle mesure il y a chevauchement entre les contacts avec un omnipraticien et ceux avec un professionnel de la santé au sujet de problèmes émotifs ou mentaux, la corrélation fait ressortir que celui-ci n'est pas important ($r=0,23$, calculé à partir de mesures continues de ces deux variables). Si le chevauchement était grand, le coefficient de corrélation serait égal ou supérieur à 0,7, ce qui expliquerait au moins la moitié de la variance.

Les hommes et les personnes mariées sont moins susceptibles d'être traités

Les hommes sont la moitié moins susceptibles que les femmes de souffrir d'un épisode dépressif majeur^{1,16}. Et lorsqu'ils sont déprimés, ils sont moins susceptibles d'être traités. Tout autre facteur étant par ailleurs contrôlé, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de ne pas être traités (risque relatif de 1,8).

De même, les personnes mariées qui ont traversé un épisode majeur dépressif sont plus susceptibles d'être non traitées que celles qui ne sont plus mariées (risque relatif de 2,1). Il se peut que le soutien du conjoint se substitue au traitement par un professionnel de la santé, ou le conjoint peut dissuader la personne souffrant de dépression d'entreprendre ou de poursuivre un traitement.

Facteurs non significatifs

Un certain nombre de variables, que l'on aurait pu associer au non-traitement de la dépression, n'étaient pas significatives. Il s'agit de l'âge, de la situation quant à l'emploi, de la tension chronique et de l'isolement social.

Même si la prévalence de la dépression variait fortement avec l'âge, les chances d'être non traité ne variaient pas¹⁶. Les jeunes adultes qui ont traversé un épisode dépressif majeur n'étaient pas plus susceptibles d'être non traités que les personnes âgées et celles d'âge moyen.

On peut s'attendre à ce que le lien entre le traitement de la dépression et la situation quant à l'emploi soit similaire à celui de l'état de santé et des événements négatifs. Les personnes qui souffrent de dépression et qui ont un emploi peuvent se percevoir et être perçues comme fonctionnant bien, donc, leur besoin de traitement risque moins d'être identifié. En outre, les travailleurs rémunérés ont tendance à avoir moins de temps à consacrer à des traitements qui peuvent être longs. D'autre part, pour certaines personnes, les médicaments prescrits peuvent affecter le rendement au travail. Pourtant, en dépit de ces considérations, une personne qui a un emploi et qui souffre d'un épisode dépressif majeur n'a pas plus de chances de ne pas être traitée qu'une personne sans emploi. Les assurances privées et les

programmes d'aide aux employés compensent probablement pour les éléments dissuasifs existant en situation d'emploi. Ces conclusions non significatives peuvent être aussi dues à la corrélation positive entre les deux variables dichotomiques que sont l'emploi et le revenu ($r = 0,36$).

Comme c'est le cas pour les événements négatifs récents, la tension chronique augmente la vulnérabilité à la dépression et peut aussi être perçue comme un motif légitime de traitement. Par conséquent, l'on pourrait s'attendre à ce que les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas déclaré de tension chronique, aient eu plus de chances de ne pas être traitées que les personnes ayant déclaré une forte tension chronique. Mais, étonnamment, le niveau de tension chronique a peu de liens avec les chances de ne pas recevoir de traitement.

L'absence d'un réseau de soutien efficace constitué de parents et d'amis peut aussi être perçue comme un obstacle au traitement de la dépression. Sans parents et amis pour l'encourager et la soutenir, une personne qui souffre de dépression peut ne pas rechercher de traitement ou ne pas le poursuivre. Par contre, il est possible qu'un faible réseau de soutien puisse augmenter le besoin de traitement. Ces effets contradictoires peuvent s'annuler, car, après contrôle des autres facteurs les personnes socialement isolées qui souffrent de dépression ne sont ni plus ni moins susceptibles d'être non traitées que celles qui disposent d'un réseau mieux établi de parents et d'amis.

Répercussions

Certains résultats de cette analyse étaient prévisibles. Par exemple, les personnes qui avaient souffert d'un épisode dépressif majeur, mais dont la dépression n'était pas chronique, et celles qui n'avaient pas indiqué d'événement négatif au cours de l'année écoulée, avaient moins de chance d'être traitées que celles dont la dépression était chronique ou qui avaient vécu un événement négatif récent. De même, les personnes ayant eu une dépression mais qui évaluaient leur état de santé comme bon ou excellent étaient plus susceptibles d'être non traitées que celles qui se disaient en mauvaise santé. Autrement dit, les personnes qui ne semblaient pas avoir besoin de traitement étaient plus susceptibles de ne pas être traitées.

D'autres résultats de l'analyse sont importants dans le contexte du régime de soins de santé au Canada, dont le mandat consiste à fournir les traitements nécessaires sur le plan médical²⁸. Les personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur et qui étaient relativement peu scolarisées étaient plus susceptibles d'être non traitées. Un revenu inadéquat peut aussi constituer un obstacle au traitement, en ce que le choix des intervenants peut être limité à ceux dont les services sont couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces. En outre, un revenu inadéquat peut empêcher l'achat de médicaments. Les personnes qui avaient eu un épisode dépressif majeur et qui avaient relativement peu de contacts avec des omnipraticiens risquaient de ne pas être traitées, parce qu'elles n'ont peut-être pas l'habitude de rechercher l'aide de professionnels de la santé. En outre, des contacts plus rares avec des omnipraticiens réduisent les chances de faire diagnostiquer une dépression, et par suite, limiter davantage l'accès aux professionnels de soins en santé mentale.

Enfin, certains résultats de l'analyse furent surprenants. Par exemple, le niveau de tension chronique n'impliquait pas d'être traité; tout comme une situation d'emploi permettant l'accès à une assurance privée ou à une aide dans le cadre d'un programme d'aide aux employés. Comme il a été remarqué précédemment, cela peut être dû au lien entre le revenu et la situation d'emploi. De même, l'âge des personnes déprimées avait peu à voir avec leurs chances d'être non traitées.

Le modèle utilisé ici devrait être perçu en tant qu'examen préliminaire des liens existants. Des travaux ultérieurs devraient viser à déterminer des mesures qui permettraient de compléter le modèle, mesures telles que la disponibilité et l'utilisation des programmes d'aide aux employés et de régimes d'assurance privés pour le traitement des troubles mentaux. Il faudrait en outre élaborer une mesure plus précise et globale du traitement. Enfin, il est possible d'évaluer la fiabilité et la validité des mesures de contacts déclarés dans le cadre de l'ENSP, en les reliant à des données administratives, comme les consultations avec des professionnels de la santé qui ont été facturées et payées.

En dépit des limites des données en particulier de l'ampleur de la variable dépendante, la présente étude est la seule analyse dont on dispose actuellement, à partir d'un échantillon national, sur les caractéristiques

des personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas été traitées. Alors que l'analyse identifie ces dernières, elle ne peut toutefois identifier celles qui ont besoin d'un traitement. Il est donc approprié de conclure que la dépression, au Canada, est partiellement traitée, sans pouvoir préciser dans quelle mesure.

Remerciements

Les auteurs remercient Gary Catlin, Cécile Dumas et Doug Norris pour leurs suggestions des plus utiles.

Références

1. Association canadienne pour la santé mentale, *Dépression : un aperçu de la littérature*, Ottawa, 1995.
2. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition révisée. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
4. W. Millar, M.P. Beaudet, J. Chen, E. Ng *et al.*, *Un aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995* (Statistique Canada, n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1995.
5. J-L. Tambah et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 29-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. P.E. Stokes, «A primary care perspective on management of acute and long-term depression», *Journal of Clinical Psychiatry* 13(2), 1995, p. 23-33.
7. Canadian Primary Care Rounds on Depression Symposium, *The Management of Depression, A Primary Care Approach*, Toronto, 1994.
8. R. Reesal et P. Vincent (dir.), *Depression: Diagnosis and Treatment in Primary Care*, Toronto, Association médicale du Canada, 1992.
9. M. Olfson et G.L. Klerman, «Depressive symptoms and mental health service utilization in a community sample», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 1992, p. 161-167.
10. M.S. Dew, L.O. Dunn, E.J. Bromet *et al.*, «Factors affecting help-seeking during depression in a community sample», *Journal of Affective Disorders*, 14, 1988, p. 223-234.
11. R. Andersen et J.F. Newman, «Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
12. D. Pfeffermann, «The role of sampling weights when modeling survey data», *International Statistical Review*, 61(2), 1993, p. 317-337.
13. E. Korn et B. Graubard, «Analysis of large health surveys: Accounting for the sampling design», *Journal of the Royal Statistical Society*, 158 (2^e partie), 1995, p. 263-295.
14. P.J. McCarthy, *Replication: An approach to the analysis of data from complex surveys*, (Department of Health, Education, and Welfare, National Centre for Vital and Health Statistics, séries n° 2, n° 14) Washington, États-Unis., Government Printing Office, 1966.
15. K.M. Wolter, *Introduction to Variance Estimation*, New York, Springer-Verlag, 1985.
16. M.P. Beaudet, «Dépression», *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
17. P. Freeling, B.M. Rao, E.S. Paykel *et al.*, «Unrecognized depression in general practice», *British Medical Journal*, 290, 1985, p. 1880-1883.
18. S. Cohen et T.B. Herbert, «Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology», *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
19. A.D. Sadovnick, R.A. Remick, J. Allen *et al.*, «Depression and multiple sclerosis», *Neurology*, 46(3), 1996, p. 628-632.
20. S.D. Harlow et M.S. Linet, «Agreement between questionnaire data and medical records», *Journal of Epidemiology*, 129(2), 1989, p. 233-248.
21. P.D. Cleary et A.M. Jette, «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9), 1984, p. 796-803.
22. Department of Health and Human Services des États-Unis, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, chapitre 4, Washington, DC, Government Printing Office, 1996.
23. J.S. Raglin, «Exercise and mental health-beneficial and detrimental effects», *Sports Medicine*, 9(6), 1990, p. 323-329.
24. T. Stephens, «Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys», *Preventive Medicine*, 17, 1988, p. 35-47.
25. J.K. Myers et L. Schaffer, «Social stratification and psychiatric practice: A study of an out-patient clinic», *American Sociological Review*, juin 1954, p. 307-310.
26. Health Services and Promotion Branch, *Mental Health Services in Canada, 1990*, Santé et Bien-être Canada (n° H39-182 au catalogue) Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990.
27. R.A. Schurman, P.D. Kramer, J.B. Mitchell, *et al.*, «The hidden mental health network: Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, p. 89-94.

28. Gouvernement du Canada, «La loi canadienne sur la santé, 1984. ch. 6.5.1», Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1984.
29. B. Wheaton, «Chronic stressors: Models and measurement», Conférence présentée à la réunion de la Society for Social Problems à Cincinnati en Ohio, 1991.
30. R.J. Turner, W.R. Avison, «Innovations in the measurement of life stress: Crisis theory and the significance of event resolution», *Journal of Health and Social Behaviour*, 33(1), 1992, p. 36-51.
31. W.R. Avison et R.J. Turner, « Stressful life events and depressive symptoms: Desegregating the effects of acute stressors and chronic strains», *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, 1988, p. 253-264.
32. B.S. Dohrenwend, L. Krasnoff, A.R. Askenasy *et al.*, «Exemplification of a method for scaling life events. The PERI Life Events Scale», *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 1978, p. 205-229.

Annexe A

Questions utilisées pour déterminer un épisode dépressif majeur

Les questions qui suivent, tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, sont un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview. Elles se rapportent à un ensemble de symptômes de la dépression qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIII-R)*³. Les numéros des questions correspondent à ceux du questionnaire. Il existe trois schémas d'acheminement possible :

- 1) après une réponse «oui» à la question 2, questions 3 à 13;
 - 2) après une réponse «non» à la question 2 et «oui» à la question 16, questions 17 à 26;
 - 3) réponse «non» à la question 2 et «non» à la question 16.
- Q2. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de deux semaines consécutives ou plus? [Oui - Passez à Q3; Non - Passez à Q16]
- Q16. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou toute autre chose? [Oui - Passez à Q17; Non - Fin]
- Q3 à Q17. Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux deux semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquelles/ Q3) ces sentiments ont été les plus forts / Q17) vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments cette perte d'intérêt duraient-ils/elle généralement? [Toute la journée, presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée]
- Q4 ou Q18. Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines? [Tous les jours, presque tous les jours; moins souvent]
- Q5. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? [Oui; Non]
- Q6 ou Q19. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? [Oui; Non]
- Q7 ou Q20. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? [Pris du poids; perdu du poids; gardé le même poids; suivais un régime]
- Q8 ou Q21. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?
- Q9 ou Q22. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? [Oui; Non]
- Q10 ou Q23. Combien de fois cela s'est-il produit? [Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent]
- Q11 ou Q24. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer? [Oui; Non]
- Q12 ou Q25. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments? [Oui; Non]
- Q13 ou Q26. Avez-vous songé à la mort; soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général? [Oui; Non]

Annexe B

Variables indépendantes^b

Besoin

Dépression chronique : un épisode dépressif majeur qui a duré plus de quatre semaines l'an dernier.

Pour évaluer la *tension chronique*, on a demandé aux personnes interrogées si 11 énoncés étaient, selon eux, vrais ou faux²⁹. On a attribué une cote de 1 à chaque réponse «vrai». Les personnes dont la cote est égale à 0 ou à 1 (44 %) forment la catégorie des personnes éprouvant une tension chronique faible; celles dont la cote est égale à 2 ou à 3 (34 %), la catégorie des personnes dont la tension chronique est modérée et celles dont la cote varie de 4 à 11 (22 %), la catégorie des personnes éprouvant une tension chronique forte. Les énoncés sont les suivants :

1. Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
2. Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
3. Les autres attendent trop de votre part.
4. Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
5. Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
6. Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
7. Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
8. L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
9. Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
10. Quelqu'un de votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
11. Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Pour évaluer les *événements négatifs récents*, on a posé aux personnes ayant participé à l'ENSP huit questions de type «oui/non» au sujet d'événements qu'elles ont vécus personnellement ou qu'a vécu un de leurs proches, tels qu'un(e) conjoint(e) ou partenaire, un enfant, un parent ou un(e) ami(e)³⁰⁻³². On considère que les personnes ayant vécu au moins un des événements décrits ont subi ce type de stress.

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été battu ou agressé physiquement ou quelqu'un de votre entourage l'a-t-il été?
2. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré?
3. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez subi un avortement ou en une fausse couche?
4. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez éprouvé de graves difficultés financières?
5. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez échoué à l'école ou à un programme de formation?
6. ..., vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) de changer d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire?
7. ..., vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) d'être rétrogradé ou de subir une baisse de salaire?
8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous personnellement été bénéficiaire de l'aide sociale?

La *situation quant à l'emploi* est divisée en deux catégories : actif et inactif. La catégorie des inactifs comprend les chômeurs et ceux qui ne font pas partie de la population active.

L'*activité physique à des fins de loisirs* a été subdivisée en trois groupes, selon la dépense quotidienne moyenne d'énergie. Les personnes dont la dépense d'énergie est inférieure à 1,5 kcal/kg sont considérées comme physiquement inactives. Une valeur entre 1,5 et 2,9 kcal/kg, c'est-à-dire l'équivalent d'une promenade quotidienne de 45 minutes, correspond à une activité physique modérée. Les personnes dont la dépense d'énergie est de 3,0 kcal/kg ou plus sont considérées comme physiquement actives. Les détails des calculs pour obtenir la dépense d'énergie quotidienne moyenne se trouvent dans l'*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population pour 1994-1995*⁵.

^b Les catégories qui se comprennent d'elles-mêmes ne figurent pas dans cette liste.

Conditions favorables

La *mesure dans laquelle le revenu est adéquat* est établie en examinant le revenu du ménage en fonction de la taille de ce dernier. Le revenu du ménage est jugé inadéquat conformément aux critères suivants :

Revenu du ménage et taille du ménage

Moins de 15 000 \$ et 1 ou 2 personnes
 Moins de 20 000 \$ et 3 ou 4 personnes
 Moins de 30 000 \$ et 5 personnes ou plus

Quatre questions de type «oui/non» visent à évaluer *l'isolement social*. Les personnes qui ont répondu «non» à au moins une de ces questions sont classées dans la catégorie des personnes manquant de soutien social.

1. Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnelles?
2. Avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
3. Avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?
4. Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

Le niveau de *contact avec un omnipraticien* a été établi au début de l'interview en demandant aux personnes combien de fois au cours des 12 derniers mois elles avaient consulté, en personne ou par téléphone, un omnipraticien ou un médecin de famille, au sujet de leur santé physique, émotive ou mentale. Une question différente, posée dans la section sur la santé mentale, a été utilisée pour déterminer le niveau de contact avec des professionnels de la santé seulement au sujet de la santé émotive ou mentale.

Facteurs de prédisposition

L'*état matrimonial* est classé en trois catégories : célibataire (jamais marié(e)), marié(e) (y compris les personnes vivant avec un(e) partenaire et celles vivant en union de fait) et marié(e) antérieurement (veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)).

À quelle distance se trouve le plus proche médecin?

Edward Ng, Russell Wilkins, Jason Pole, Owen B. Adams*

Résumé

La disponibilité des médecins à l'extérieur des centres urbains fait depuis toujours partie des préoccupations en ce qui a trait aux politiques en matière de santé. Les défis qui se posent à cet égard viennent du nombre relativement peu élevé de médecins et des plus grandes distances à parcourir pour y avoir accès. En 1993, presque tous les habitants (99 %) des grands centres urbains (comptant un million d'habitants ou plus) vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Toutefois, à l'extérieur des centres urbains, seulement 56 % des habitants vivaient aussi près d'un médecin.

De même, la proximité varie selon le revenu du secteur de dénombrement (SD) dans les régions moins urbanisées et rurales, mais non dans les régions plus urbanisées. Et, tandis que les Canadiens qui habitent les régions les plus au sud du pays vivent à peu de distance d'un médecin, plus au nord, la distance qui sépare les habitants des médecins est plus grande. Par exemple, en 1993, à 65-69° de latitude nord, où l'on comptait 3 974 habitants par médecin, près des deux tiers de la population (64 %) vivaient à 100 kilomètres ou plus du médecin le plus proche. Par contre, dans les régions les plus au sud du Canada (en-dessous du 45° de latitude nord), y compris Halifax, Toronto et tout le Sud-Ouest de l'Ontario, le ratio population-médecin était de 476:1, et 91 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

À partir du répertoire pour 1993 des adresses des médecins de l'Association médicale canadienne, le présent article analyse la proximité des médecins (57 291 médecins) à partir d'un point représentatif de chacun des 45 995 secteurs de dénombrement du recensement au Canada. On tient compte, en outre, de la distance que l'on doit parcourir pour consulter le médecin le plus proche, selon la spécialité de celui-ci.

* Edward Ng (613)951-2322 et Russell Wilkins font partie de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Jason Pole, un étudiant de l'Université de Waterloo, a travaillé à la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'alternance travail-études. Owen B. Adams (613)526-7514 représente l'Association médicale canadienne, Ottawa, K1G 0G8.

Mots-clés : *accessibilité des services de santé, région mal desservie sur le plan médical*

Lorsque les Canadiens doivent consulter un médecin, le coût des services de ce dernier ne constituent pas un obstacle. Chaque province et territoire délivre une carte d'assurance-maladie à tous ses résidents, ce qui leur permet de se rendre chez le médecin ou à la clinique de leur choix. Les médecins (qui fournissent des services assurés) facturent le gouvernement provincial ou territorial compétent, et non pas leurs patients. Les médecins sont remboursés selon la formule du paiement à l'acte, en conformité avec les modalités négociées entre chaque gouvernement provincial et territorial et l'association médicale compétente.

Pour certaines personnes, le fait d'avoir une certaine distance à parcourir peut restreindre l'accès aux services de santé. Des recherches sur l'utilisation des services des médecins ont fait ressortir des « effets de fréquentation en fonction de la distance ». L'utilisation des services a tendance à diminuer au fur et à mesure qu'augmente la distance à parcourir pour se rendre chez le médecin le plus proche, particulièrement dans les régions rurales^{1,2}.

Comme la majorité des Canadiens vivent en région urbaine, il n'est pas surprenant de constater qu'en 1993, près de 87 % des Canadiens habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Toutefois, 12 % de la population vivaient à au moins cinq kilomètres mais à moins de 25 kilomètres, du médecin le plus proche, et presque 2 % devaient parcourir 25 kilomètres ou plus pour consulter le médecin le plus proche.

Le présent article examine la proximité des médecins en calculant la distance aérienne entre le médecin le plus proche d'un point représentatif de chacun des

Méthodologie

Source des données

Les données sur la population et le revenu analysées dans le présent article proviennent du recensement de 1991. Les dénombrements de population sont tirés de l'échantillon de 100 % (questionnaire «abrégé»), tandis que celles sur le revenu reposent sur l'échantillon de 20 % (questionnaire «complet»).

On n'a pas pu calculer la distance que chaque personne devrait parcourir pour consulter un médecin. On a plutôt pris en compte de petites régions géographiques, les secteurs de dénombrement du recensement. Chaque SD comporte un point représentatif qui a été utilisé pour déterminer le lieu de résidence de tous les habitants du SD. La latitude et la longitude de chaque point représentatif ont été tirées du Fichier des attributs géographiques de 1991 de la Division de la géographie de Statistique Canada.³

Aux fins du présent article, on a obtenu, à partir du fichier principal des médecins de l'Association médicale canadienne et pour l'été 1993 les codes postaux correspondant à l'adresse postale de 57 291 médecins. On est parti du principe que ces adresses correspondaient à l'endroit où les services du médecin étaient fournis. À partir du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) et du logiciel de Géocodage/du FCCP, on a attribué à chaque médecin une latitude et une longitude correspondant au point représentatif du SD ou au côté d'îlot du code postal de l'adresse fournie⁴⁻⁶. Lorsque l'adresse postale correspondait à un casier postal ou à un bureau de poste rural, on a utilisé des méthodes différentes.

Dans le cas des casiers postaux des régions urbaines, on a tenu compte de tous les codes postaux d'une région de tri d'acheminement (RTA). (La RTA est la région postale représentée par les trois premiers caractères du code postal.) On a calculé la latitude et la longitude moyennes de points représentatifs de tous les SD de la RTA. Compte tenu des régions limitées desservies par la plupart des RTA urbaines, ce lieu approximatif se trouvait généralement à moins d'un kilomètre de toutes les latitudes et longitudes de la RTA.

Dans le cas des codes postaux ruraux, on a choisi le SD où se trouvait le bureau de poste, ainsi que la latitude et la longitude de son point représentatif. On est parti du principe que le médecin devait pratiquer dans le centre du village, où se trouve aussi le bureau de poste, plutôt que dans les régions périphériques ayant le même code postal rural.

Techniques d'analyse

On a mesuré les distances aériennes entre chaque point représentatif de SD et le médecin le plus proche. Si la distance calculée était de 0,5 kilomètre ou moins, on a établi arbitrairement la distance à 0,5 kilomètre. On visait ainsi à éliminer les distances de 0 kilomètre, dans les cas où les médecins et les habitants avaient le même point représentatif, notamment à l'extérieur des centres urbains où les médecins et la population avaient le même SD.

Pour calculer les moyennes et les médianes, ces distances ont été pondérées selon la population de chaque SD. Comme les distances moyennes sont très influencées par les valeurs aberrantes et qu'elles se prêtent mieux aux répartitions non asymétriques, l'analyse est fondée sur les médianes, même si on fournit la distance moyenne comme mesure supplémentaire (annexe, tableaux A à C). Dans le cas de la médiane, la moitié de la population vivait plus près d'un médecin, et la moitié, plus loin.

La distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche a été calculée selon divers niveaux géographiques. Les SD ont été regroupés par province ou par territoire, par importance de RMR, d'AR et par latitude. La latitude nord a été classifiée de la façon suivante : 40-44° (y compris Sud-Ouest de l'Ontario, Toronto, Halifax); 45-49° (y compris Saint Jean (T.-N.), Saint Jean (N.-B.), Montréal, Ottawa, Winnipeg, Vancouver, Victoria); 50-54° (y compris Regina, Saskatoon, Calgary, Edmonton); 55-59° (y compris Churchill, Fort

McMurray); 60-64° (y compris Whitehorse, Yellowknife); 65-69° (régions du nord du Yukon et régions au centre des Territoires du Nord-Ouest); et 70° et plus (région la plus au nord des Territoires du Nord-Ouest).

Pour analyser la proximité du médecin selon le revenu, on a d'abord classifié les SD des «régions plus urbanisées» (RMR et AR comptant généralement 50 000 habitants ou plus) et des «régions moins urbanisées et rurales». (AR généralement plus petites et régions autres que les RMR et AR). Le revenu du SD a été calculé à partir d'une variable du recensement de 1991 — revenu par équivalent-personne (RPEP) — qui tient compte des économies d'échelle possible lorsque deux personnes ou plus font partie du même ménage (voir *Revenu par équivalent-personne*). Les SD des deux groupes (régions plus urbanisées et régions moins urbanisées et rurales) ont été classés selon le revenu et des quintiles «régionaux».

On a aussi calculé les ratios population-médecin. Des ratios plus faibles indiquaient en général un accès plus grand aux médecins.

Limites

La distance aérienne à parcourir pour consulter le médecin le plus proche constitue un indicateur relativement brut de l'accessibilité géographique des services de médecins et elle sous-estime de toute évidence la distance que les patients doivent vraiment parcourir en empruntant le réseau routier urbain et rural. De même, le fait de ne tenir compte que de la distance laisse de côté d'autres éléments déterminants de l'accès aux médecins. En outre, la proximité et l'accès ne sont pas nécessairement synonymes, et le même accès ne donne pas lieu aux mêmes résultats en matière de santé. La nature des soins médicaux dont les personnes ont besoin varie également selon des caractéristiques comme le sexe, l'âge et la culture, ainsi que l'état de santé.

Les médecins dont on a tenu compte dans le présent article sont ceux qui étaient inscrits à l'Association médicale canadienne à l'été de 1993. Les adresses figurant dans le répertoire ne rendent peut-être pas pleinement compte de la disponibilité géographique des médecins. Il se peut que certains d'entre eux pratiquent dans plus d'une région, y compris, à l'occasion, dans le Nord ou dans des régions isolées, tandis que d'autres ne travaillent pas à temps plein ou ne voient pas de patient du tout (s'ils font de la recherche ou de l'administration). Quelques-uns des codes postaux peuvent correspondre à l'adresse privée des médecins, et donc causer des sous-estimations des ratios population-médecin dans les régions plus riches. Parce que leurs codes postaux étaient incomplets, imprécis ou manquants, 1,0 % des dossiers de médecins n'ont pas pu être codés selon la taille de la RMR et de l'AR, et 1,2 % n'ont pas pu être codés selon le quintile de revenu du SD.

Pour le présent article, on a utilisé des points représentatifs des SD. On n'a pas calculé la distance que chaque personne devait parcourir pour consulter le médecin le plus proche. Comme les habitants peuvent résider un peu partout à l'intérieur du SD, il se peut que certaines personnes vivent plus près d'un médecin que d'autres. Comme de nombreux SD ne comprennent que des résidents d'établissement pour lesquels on ne recueille pas de données sur le revenu dans le cadre des recensements, et que d'autres SD ont une population si faible que les données calculées selon le revenu ont été supprimées, 0,8 % de la population totale n'a pu être codée selon les quintiles de revenu de SD.

Dans les régions rurales, on est parti du principe que les médecins pratiquaient dans le centre du village où se trouve aussi le bureau de poste. On ne connaît pas l'effet net de cette hypothèse, combinée à l'utilisation de points représentatifs des SD pour représenter un groupe de résidents. Étant donné que les codes postaux ruraux couvrent des régions relativement grandes par rapport aux codes postaux urbains, et comme les populations rurales sont plus dispersées, cette démarche a beaucoup plus de répercussions sur les estimations touchant les régions rurales.

45 995 secteurs de dénombrement (SD) du Canada (voir *Méthodologie*). Ces résultats sont analysés selon la taille de la région métropolitaine de recensement (RMR) ou de l'agglomération de recensement (AR), le revenu du SD, le degré de latitude nord ainsi que la province ou le territoire.

La proximité géographique des médecins n'est évidemment que l'un des défis qui se posent en matière de soins de santé et auxquels les résidents de l'extérieur des centres urbains doivent faire face. Nous n'examinons pas ici certaines questions connexes, comme la qualité des installations et la disponibilité de soins d'urgence.

Distances plus longues à l'extérieur des centres urbains

La disponibilité des médecins à l'extérieur des centres urbains (régions autres que la RMR et l'AR) fait depuis toujours partie des préoccupations en ce qui a trait aux politiques en matière de santé (voir *Définitions*)⁷⁻¹³. Les défis qui se posent à cet égard viennent du nombre relativement peu élevé de médecins et des plus grandes distances à parcourir pour y avoir accès. En 1993, les régions autres que les RMR et les AR comptaient 23 % de la population canadienne, mais seulement 9 % des médecins au pays. Par conséquent, le ratio population-médecin de ces régions était plus élevé que dans les centres urbains. Ainsi, les grands centres urbains comptant un million d'habitants ou plus, avaient un ratio de 390 habitants par médecin, alors que celui-ci s'élevait à 1 175 habitants par médecin à l'extérieur des centres urbains (graphique 1, annexe, tableau A).

Plus une collectivité est petite, plus la distance à parcourir jusqu'au médecin le plus proche est grande. En 1993, seulement 56 % des personnes vivant hors des centres urbains vivaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Dans les grands centres urbains comptant un million d'habitants ou plus, à peu près tous les habitants (99 %) vivaient près d'un médecin (à moins de cinq kilomètres).

En outre, pour obtenir des soins de santé spécialisés, les personnes résidant hors des centres urbains devaient parcourir de plus grandes distances que les autres Canadiens. La plupart (86 %) des

Définitions¹⁴

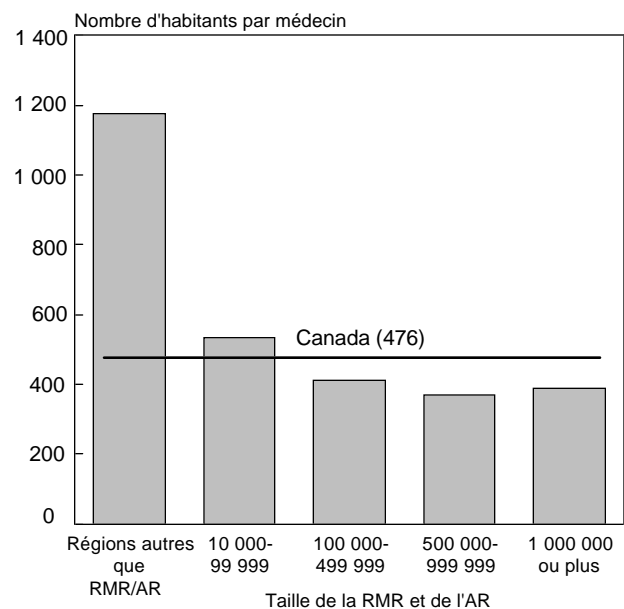
Secteur de dénombrement (SD) : Conformément à l'approche générale adoptée pour le recensement, on organise les données géographiques selon un système de « blocs de construction », les petites unités géographiques étant regroupées pour constituer de plus grandes unités, qui à leur tour constituent des unités encore plus grandes, jusqu'à représenter l'ensemble du Canada. L'unité la plus petite du système, et ce, pour l'ensemble du Canada, est le secteur de dénombrement, c'est-à-dire la région géographique dénombrée par un recenseur. Dans les régions rurales, un SD peut comprendre un territoire relativement vaste, mais, dans les régions urbaines, il est généralement constitué de plusieurs îlots. Chaque SD comporte un point représentatif qui est utilisé pour en déterminer la longitude et la latitude.

Région métropolitaine de recensement (RMR) : Il s'agit d'un centre urbain comprenant un noyau urbain, qui compte au moins 100 000 habitants (d'après les données du dernier recensement), ainsi que des régions urbaines et rurales adjacentes dont le degré d'intégration économique et social avec ce noyau urbain est très élevé. Une fois qu'une région est désignée comme RMR, elle maintient cette désignation même si sa population passe en-dessous du seuil de 100 000 habitants. En 1991, on comptait 25 RMR au Canada.

Agglomération de recensement (AR) : Il s'agit d'un petit centre urbain comprenant un noyau urbain qui compte au moins 10 000 habitants, mais moins de 100 000 habitants (d'après les données du dernier recensement), ainsi que des régions urbaines et rurales adjacentes dont le degré d'intégration économique et social avec ce noyau urbain est très élevé. Lorsque le noyau d'une AR atteint une population de 100 000 habitants, celle-ci devient une RMR. En 1991, on comptait 115 AR au Canada.

Graphique 1

Nombre d'habitants par médecin, selon la taille de la RMR et de l'AR, Canada, 1993

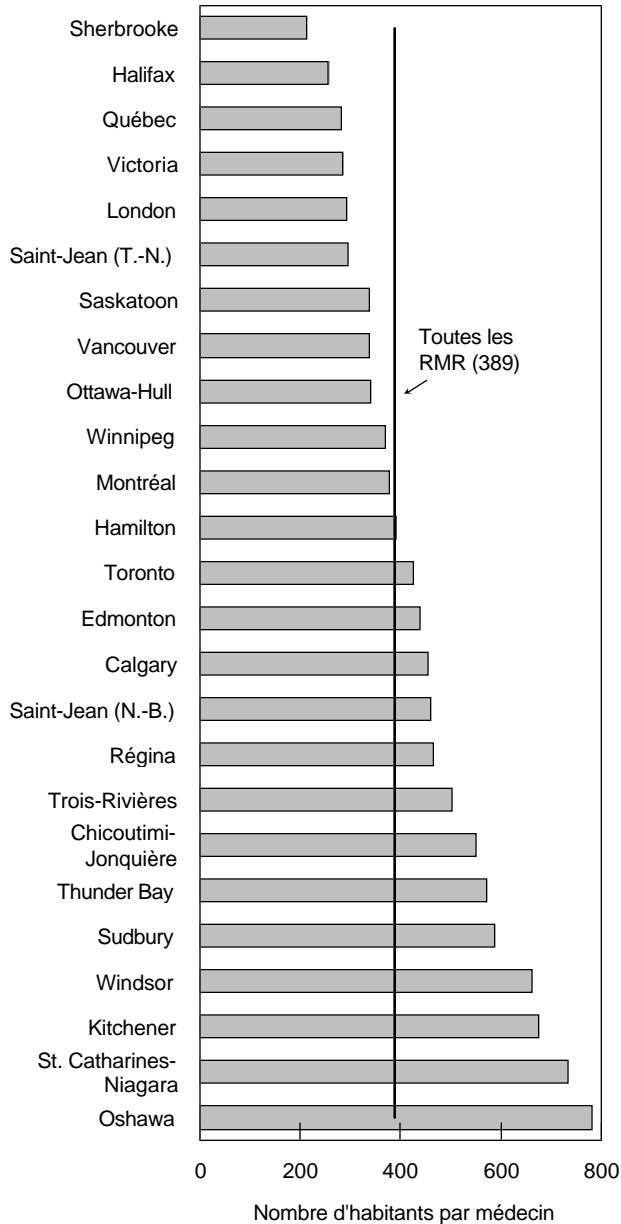


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

5 300 médecins travaillant dans des régions autres que des RMR et des AR étaient des omnipraticiens ou des médecins de famille. De ce nombre, 730 étaient des spécialistes, et ne représentaient qu'un peu plus de 3 % de tous les spécialistes au Canada.

Graphique 2

Nombre d'habitants par médecin, régions métropolitaines de recensement, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Grande ville-courte distance

Les personnes qui vivent dans des grands centres urbains habitent généralement à proximité d'un médecin. Au moins 90 % des habitants de la plupart des 25 RMR au Canada habitaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Les proportions étaient toutefois légèrement plus faibles pour Halifax (88 %) et Saint Jean (N.-B.) (82 %) (annexe, tableau B).

Les trois plus grandes RMR au Canada, Toronto, Montréal et Vancouver, regroupaient 32 % de la population et 39 % des médecins du pays. Ensemble, les centres urbains ayant une population de 100 000 habitants ou plus représentaient 63 % de la population, mais comptaient 77 % de tous les médecins.

Dans l'ensemble, le ratio moyen pour les RMR était de 389:1. Les RMR comptant le plus d'habitants par médecin comprennent Oshawa (782:1), St. Catharines-Niagara (735:1), Kitchener (675:1) et Windsor (662:1). Par ailleurs, les villes de Sherbrooke (213:1), Halifax (257:1), Québec (281:1), Victoria (286:1) et London (292:1) avaient des ratios considérablement plus faibles que la moyenne des RMR (graphique 2).

Un ratio plus faible ne signifie pas nécessairement une plus grande disponibilité des médecins. Ainsi, 14 des 15 RMR ayant les plus faibles ratios population-médecin comptent une faculté de médecine. Certains des médecins qui travaillent dans ces établissements font de l'enseignement, de l'administration ou de la recherche et ne traitent pas de patients.

Le revenu du SD joue un rôle dans les régions moins urbanisées et rurales

Dans les régions plus urbanisées du Canada, les médecins étaient concentrés dans les SD les plus riches (voir *Revenu par équivalent-personne*). Environ 40 % de tous les médecins de ces régions plus urbanisées se trouvaient dans des «SD à revenu élevé» (quintile supérieur)^a. Cette répartition

^a On ne sait pas dans quelle mesure il s'agit de l'adresse de résidence des médecins plutôt que celle de leur bureau.

disproportionnée donne lieu à un ratio population-médecin de 193:1 dans les SD à revenu élevé, soit moins de la moitié du ratio des autres quintiles (graphique 3). Toutefois, dans les régions plus urbanisées, il n'y avait en général que peu de liens entre le revenu et la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche. En 1993, 98 % des résidents des SD à revenus élevé et faible (quintiles supérieurs et inférieurs) vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Dans les régions moins urbanisées et rurales, les médecins ont aussi tendance à se concentrer dans les SD à revenu élevé, mais à un degré beaucoup moindre. Environ 25 % de tous les médecins de ces régions se trouvaient dans des SD à revenu élevé en 1993. Le ratio population-médecin était de 621:1 dans les SD à revenu élevé, soit en-dessous de la moyenne de 797:1 pour les régions moins urbanisées et rurales (graphique 3).

Dans les régions moins urbanisées et rurales, les résidents des SD à faible revenu vivaient en général plus loin du médecin le plus proche. En 1993, 55 % des résidents du quintile inférieur habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin (graphique 4). Par contre, dans les SD à revenu élevé, 76 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Pour les personnes vivant dans des régions à faible revenu moins urbanisées et rurales, les difficultés liées à la distance plus grande à parcourir pour consulter un médecin peuvent être aggravées par l'absence de moyens de transport. Par exemple, dans les régions rurales, il est relativement aisé pour une personne qui possède un véhicule de parcourir 10 kilomètres pour consulter un médecin, mais cela peut poser un problème pour celles qui n'en ont pas. Selon l'Enquête sur le revenu du ménage et l'équipement ménager de 1993, 24 % des ménages des régions rurales ayant un revenu inférieur à 15 000 \$ ne possédaient pas de véhicule, comparativement à seulement 2 % de ceux ayant un revenu de 30 000 \$ ou plus¹⁵. En outre, dans les régions rurales, l'accès aux transports en commun est en général limité.

Degré de latitude nord

Étant donné que de nombreux résidents des régions plus septentrionales du Canada vivent dans des collectivités et dans des régions rurales très dispersées, il n'est pas surprenant de constater que le ratio population-médecin et la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche augmentent avec le degré de latitude nord (carte). Par exemple, en 1993, à 65-69° de latitude nord, où l'on comptait 3 974 habitants par médecin, près des deux tiers de la population (64 %) vivaient à 100 kilomètres ou plus du médecin le plus proche (graphiques 5 et 6).

Revenu par équivalent-personne

Le revenu du SD est fondé sur une variable calculée à partir du recensement de 1991, c'est-à-dire le revenu par équivalent-personne (RPEP), qui tient compte des économies d'échelle que peut réaliser un ménage de deux personnes ou plus. On utilise la distribution des tailles des ménages d'un SD pour compenser le biais que comportent des mesures plus conventionnelles comme le revenu moyen du ménage.

Les données sur le revenu au niveau du SD disponibles à partir du recensement comprennent le revenu moyen du ménage (revenu total du SD divisé par le nombre de ménages privés de ce SD) et le revenu personnel moyen (revenu total du SD divisé par la population âgée de 15 ans et plus de ce SD). Toutefois, ces deux indicateurs ne tiennent pas compte du nombre de personnes de chaque ménage. Deux personnes qui partagent une résidence n'ont pas besoin de deux fois le revenu d'une personne vivant seule pour avoir le même niveau de vie. Ainsi, un SD où le revenu personnel moyen est relativement faible, mais où le nombre de ménages comptant plusieurs personnes est élevé, peut avoir un niveau de vie similaire à un SD où le revenu personnel moyen est relativement élevé, mais où l'on compte de nombreux ménages à une personne. Le calcul du RPEP permet de rajuster le revenu moyen des ménages en fonction du biais découlant de la distribution inégale des tailles des ménages dans le SD.

Ces équivalents-personne devaient servir au départ pour les données sur les familles (pour le calcul des seuils de faible revenu), mais, dans le présent article, ils ont été appliqués aux données sur les ménages. Étant donné que la plupart des ménages ne comptent qu'une famille, on pense que cette application n'a eu que peu d'effets. Le RPEP est calculé de la façon suivante :

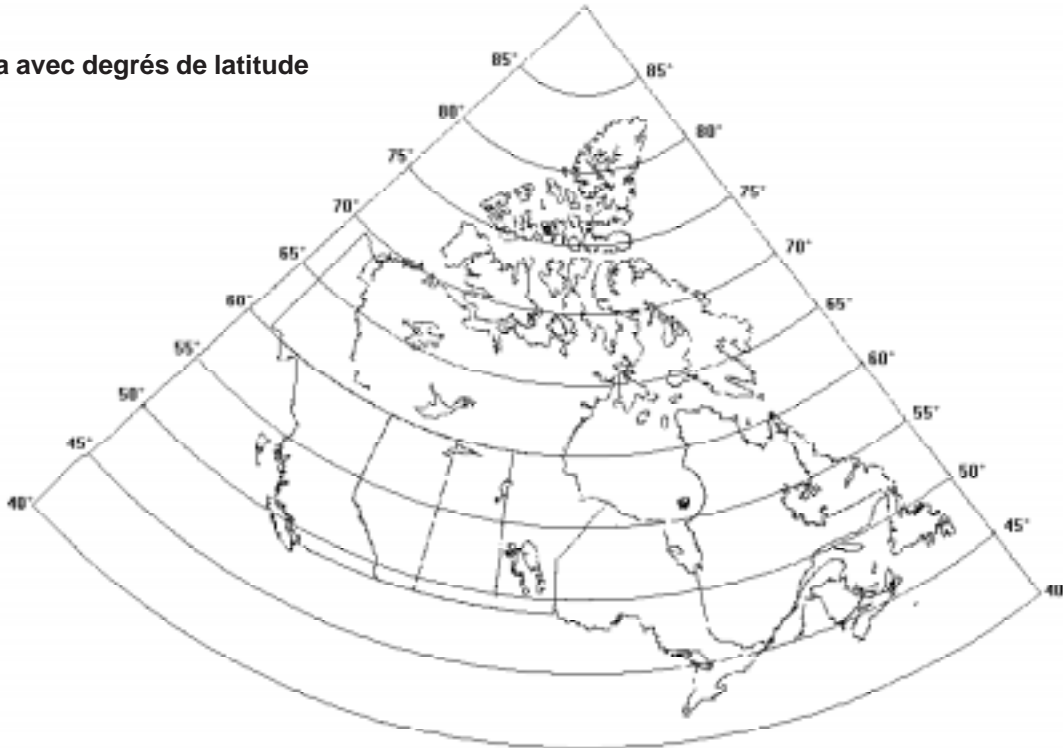
RPEP = revenu total des ménages d'un SD/équivalents-personne

où équivalents-personne =
 1,00 (nombre de ménages à une personne) +
 1,36 (nombre de ménages à deux personnes) +
 1,72 (nombre de ménages à trois personnes) +
 1,98 (nombre de ménages à quatre personnes) +
 2,30 (nombre de ménages à cinq personnes ou plus)

Une description plus détaillée peut être obtenue auprès des auteurs.

Carte

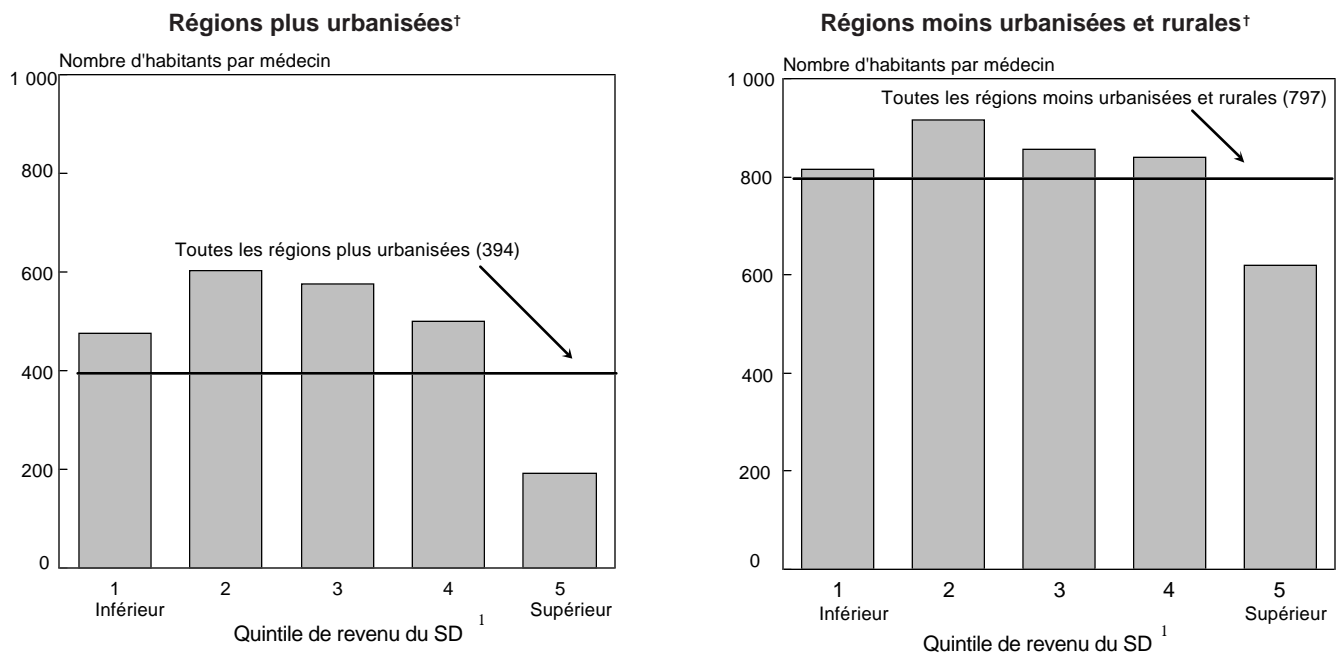
Canada avec degrés de latitude



Source : Division de la géographie, Statistique Canada

Graphique 3

Nombre d'habitants par médecin, selon le degré d'urbanisation et le revenu du SD, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

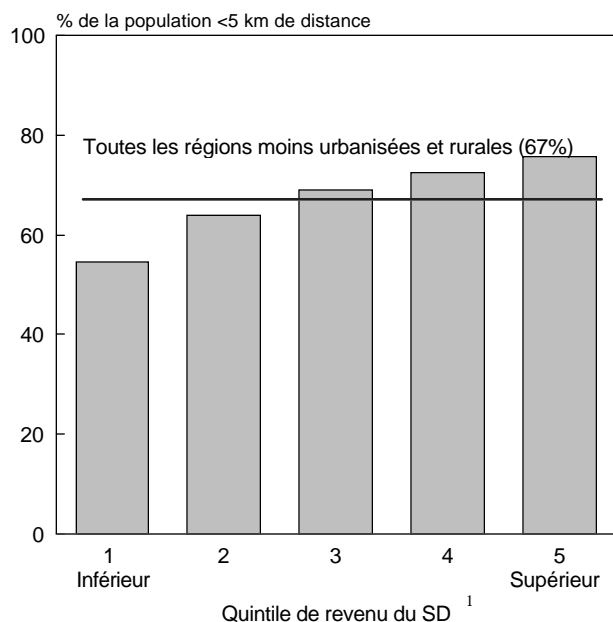
† Voir Définitions et Méthodologie.

Au-dessus du 70° de latitude nord, la population de 3 300 personnes ne disposait pas de médecin à résidence. Toutes ces personnes se trouvaient à 150 kilomètres ou plus du médecin le plus proche, la distance médiane étant de 839 km. Il se peut toutefois que des médecins aient été présents dans ces régions éloignées par suite d'affectations temporaires ou en rotation. En outre, certains services médicaux peuvent avoir été fournis par du personnel infirmier en clinique.

Par contre, dans les régions les plus au sud du Canada (en-dessous du 45° de latitude nord), y compris Halifax, Toronto et tout le Sud-Ouest de l'Ontario, le ratio population-médecin était de 476:1, et 91 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Dans la région située du 45° au 49° parallèle, qui comprend Montréal, Vancouver, Ottawa, Calgary, Régina et Winnipeg, le ratio population-médecin était un peu moins élevé (448:1) que pour la région au sud du 45° parallèle, mais un pourcentage légèrement plus faible de la population (87 %) vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Graphique 4

Pourcentage de la population vivant à moins de cinq kilomètres d'un médecin, selon le revenu du SD, régions moins urbanisées et rurales,[†] Canada, 1993

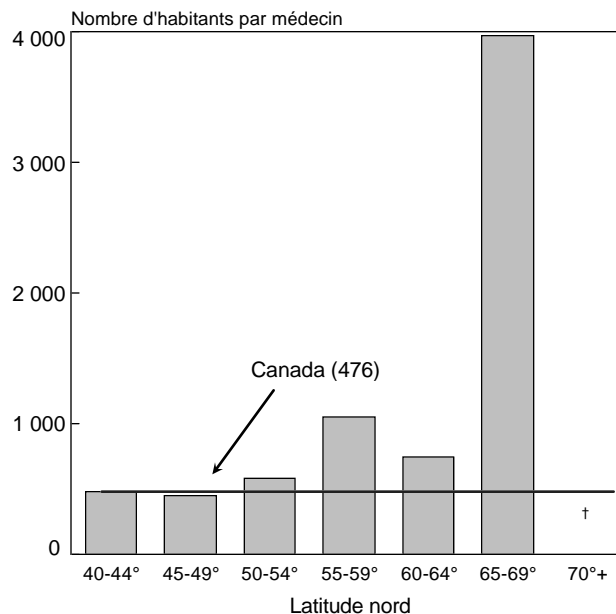


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Voir Définitions et Méthodologie.

Graphique 5

Nombre d'habitants par médecin, selon le degré de latitude nord, Canada, 1993

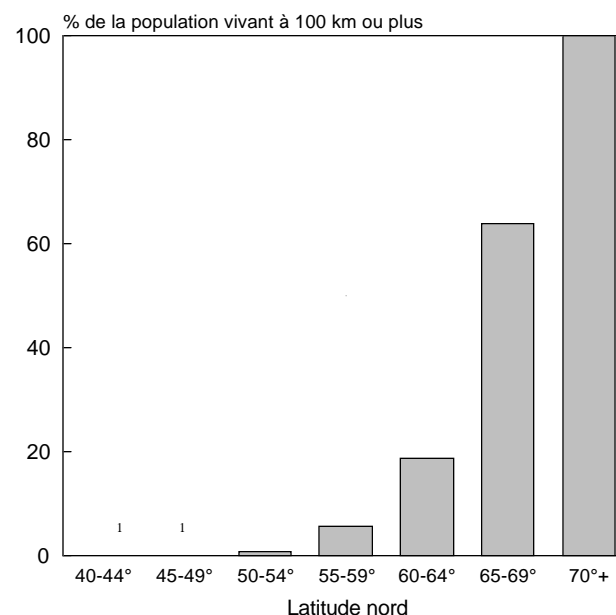


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Aucun médecin ne réside habituellement à 70° et plus de latitude nord.

Graphique 6

Pourcentage de la population vivant à 100 km ou plus d'un médecin, selon le degré de latitude nord, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Toute la population vivant à moins de 100 km d'un médecin.

Territoires du Nord-Ouest et du Yukon

Les Territoires du Nord-Ouest (1 068:1) et le Yukon (695:1) avaient des ratios population-médecin élevés. Toutefois, les distances médianes à parcourir pour consulter le médecin le plus proche étaient relativement courtes : 1,2 km dans les Territoires du Nord-Ouest et 2,1 km au Yukon. Au Yukon, dont la majeure partie de la population (64 %) vit à Whitehorse, 68 % des résidents habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Dans les Territoires du Nord-Ouest, où la population est plus dispersée, 57 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres d'un médecin, mais 31 % à 150 kilomètres ou plus.

Les deux territoires comptent des concentrations élevées d'Autochtones. Environ la moitié (51 %) de la population des Territoires du Nord-Ouest et 14 % de la population du Yukon avaient déclaré une origine autochtone unique lors du recensement de 1991^b. La Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada a pris des dispositions pour desservir les Autochtones qui résident dans les régions les plus

éloignées des territoires¹⁶. De nombreuses installations de la DGSM dans les collectivités autochtones éloignées sont la seule source de soins de santé sur des milliers de kilomètres.

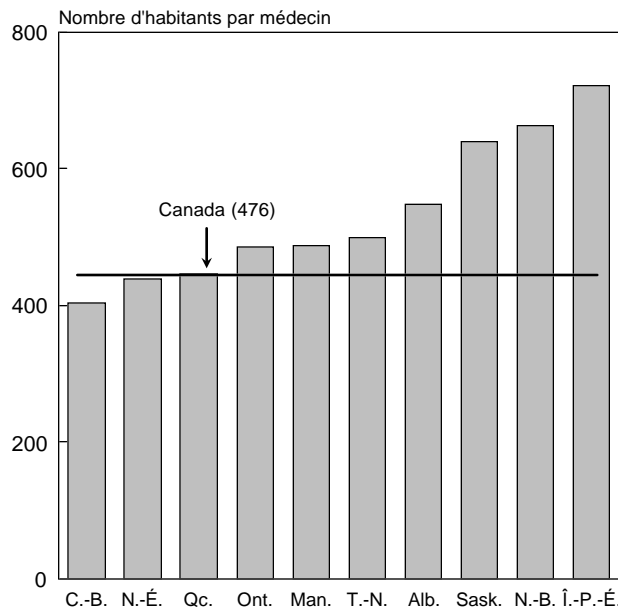
Provinces

Comme on pouvait s'y attendre, les ratios population-médecin sont élevés dans les provinces où beaucoup de personnes vivent en petites collectivités ou dans des régions rurales. Par exemple, en 1993, l'Île-du-Prince-Édouard avait le ratio le plus élevé de toutes les provinces (721:1). Les ratios étaient également élevés (plus de 600 habitants par médecin) au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan (graphique 7). La Colombie-Britannique avait le ratio le plus faible (404:1), et seulement deux autres provinces, le Québec (447:1) et la Nouvelle-Écosse (439:1), avaient des ratios inférieurs à la moyenne canadienne.

^b Les personnes qui répondent au recensement peuvent déclarer plus d'une origine ethnique. Ainsi, il est possible qu'une personne ait des origines autochtones et non autochtones, ou plus d'une origine autochtone.

Graphique 7

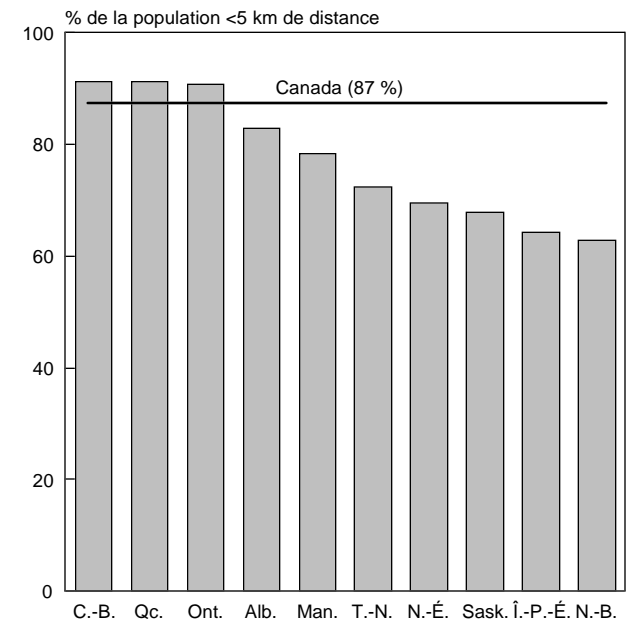
Nombre d'habitants par médecin, selon la province, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Graphique 8

Pourcentage de la population vivant à moins de cinq kilomètres d'un médecin, selon la province, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Les différences entre les provinces quant à la proportion de résidents qui vivent à moins de cinq kilomètres d'un médecin étaient plus frappantes et indiquaient l'importance relative de la concentration de la population dans les grands centres urbains de chaque province. En Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario, 91 % des résidents avaient moins de cinq kilomètres à faire pour consulter un médecin. Par contre, en Nouvelle-Écosse, en dépit de ratios population-médecin faibles, seulement 70 % des résidents vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Par ailleurs, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, moins de 70 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres d'un médecin (graphique 8).

Aussi, le caractère rural des province était évident dans la proportion de la population vivant à 25 kilomètres du plus proche médecin. Le pourcentage le plus élevé était enregistré en Saskatchewan, à 12 %. Il était de 5 % au Manitoba et de 4 % à Terre-Neuve et en Alberta.

En Ontario, où l'on compte 10 millions d'habitants et 21 000 médecins, seulement 0,4 % de la population vivait à 25 kilomètres ou plus du médecin le plus proche. Même si cette proportion est faible, elle signifie que plus de 40 000 résidents de l'Ontario vivaient à 25 kilomètres ou plus d'un médecin (comparativement à 24 000 dans les Territoires du Nord-Ouest).

Spécialités médicales

Le système de soins de santé au Canada repose dans une large mesure sur les médecins de premier recours qui fournissent des soins médicaux et soumettent des cas aux spécialistes. Ils sont le point d'accès au système de soins de santé, les patients ne consultant généralement pas de spécialiste à moins de lui avoir été dirigé par un omnipraticien. En 1993, à peine un peu plus de la moitié des médecins au Canada (55 %) étaient des omnipraticiens ou des médecins de famille. Cette année-là, 86 % de la population vivait à cinq kilomètres ou moins d'un omnipraticien. Toutefois, la distance à parcourir pour consulter un spécialiste variait considérablement (annexe, tableau C).

De façon générale, plus une spécialité compte de médecins, plus courte est la distance à parcourir pour avoir accès à ces derniers. Par exemple, la distance médiane pour consulter l'un ou l'autre des 3 415 psychiatres était de deux kilomètres, et 16 % de la population vivait à une distance de 25 kilomètres ou plus d'un psychiatre. Par ailleurs, la distance médiane à parcourir pour consulter les 464 dermatologues était de cinq kilomètres, et environ 30 % de la population devaient parcourir 25 kilomètres ou plus pour le faire. L'accès aux spécialistes est plus complexe que celui aux omnipraticiens, non seulement à cause de la distance à parcourir, mais aussi parce qu'un patient doit être dirigé, et doit attendre d'avoir un rendez-vous. De plus, entre autres raisons, il lui faut attendre que certains appareils soient disponibles.

Répercussions

L'un des objectifs du système de soins de santé publique consiste à fournir un accès comparable aux services de santé à toute la population¹⁷. Le système repose sur le principe que «des services de santé devraient être offerts à tous les Canadiens où qu'ils se trouvent et quels que soit leurs moyens financiers»¹⁸. La situation géographique présente relativement peu d'obstacles dans les régions plus urbanisées. Par contre, dans les régions moins urbanisées et rurales, les distances à parcourir sont plus longues et différent quelque peu selon le revenu de la région concernée. En outre, la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche a tendance à augmenter avec le degré de latitude nord.

Dans une certaine mesure, la persistance des disparités quant aux ratios population-médecin selon la taille de la collectivité peuvent venir de la difficulté qu'il y a à attirer des médecins dans des régions moins urbanisées et rurales et à les inciter à y demeurer. Une enquête nationale auprès des médecins qui pratiquent actuellement dans des régions rurales et auprès de ceux qui ont récemment quitté des régions rurales ont fait ressortir des problèmes de moral liés aux longues heures de travail, au manque de débouchés sur le plan personnel et à l'insuffisance du soutien professionnel¹¹. Le fardeau est particulièrement lourd pour les omnipraticiens qui, dans

les régions rurales, doivent traiter des problèmes que leurs homologues des villes peuvent facilement soumettre à des spécialistes.

Parmi les stratégies élaborées pour venir à bout de cette situation figurent des programmes incitatifs établis par les gouvernements et les établissements d'enseignement, une plus grande exposition à la pratique rurale pour les étudiants en médecine ainsi que des regroupements régionaux de médecins pour assurer une masse critique d'expertise médicale⁷. La nécessité d'un engagement communautaire pour attirer des médecins dans une région rurale a en outre été reconnue.

Des mesures incitatives sur le plan financier ainsi que des mesures actives de recrutement d'étudiants en médecine ont été prises pour corriger la répartition géographique des médecins⁷. Toutefois, les résultats ont été inégaux. Au Québec, certaines mesures comme des bourses, des subventions à l'installation, des taux plus élevés de rémunération et des congés payés de perfectionnement s'élevant à 20 jours par année n'ont pas donné les résultats prévus¹². Les médecins du Québec, et particulièrement les spécialistes, continuent de se regrouper dans les centres urbains comme Montréal, Québec et Sherbrooke¹². De même, en dépit de la mise en oeuvre du Programme de services aux régions insuffisamment desservies en Ontario, le nombre de médecins dans ces régions n'a pas atteint les niveaux souhaités¹⁹.

On a aussi proposé d'autres stratégies pour améliorer les soins de santé dans les régions rurales. Par exemple, on a suggéré de réduire l'isolement professionnel des médecins ruraux grâce à la formation médicale continue et par le biais de la technologie de télécommunication²⁰. En outre, on pourrait accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé en régions rurales en diminuant les écarts de revenus des médecins associés à la spécialité et à la situation géographique.

Le présent article comprend des données récentes sur la distance qu'un patient doit parcourir pour consulter le médecin le plus proche et il quantifie par conséquent le problème qui se pose pour certains Canadiens. Toutefois, il ne permet pas de déterminer

si la distance constitue un élément dissuasif au recours aux soins de santé. S'ils ont à parcourir une grande distance pour consulter un médecin, certains patients hésitent peut-être à subir des examens médicaux sur une base régulière. Certains peuvent reporter leur visite chez le médecin dans le cas de problèmes jugés mineurs.

Une analyse de l'état de santé et des résultats à cet égard, selon la distance à parcourir pour consulter un médecin, permettrait mieux de répondre à ces questions et d'élaborer la recherche présentée ici. Pour évaluer les politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé, il serait aussi utile d'examiner les changements qui se produisent au fil des ans quant à la proximité géographique des médecins²¹. En combinant des données sur la distance à parcourir pour consulter un médecin, avec des données sur l'incidence de maladies ou de problèmes de santé, on pourrait permettre de mieux comprendre les problèmes de soins de santé et de santé publique.

Références

1. A.E. Joseph et D.R. Phillips, *Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, London, Harper and Row, 1984.
2. T.C. Ricketts, L.A. Savitz, W.M. Gesler, *et al.*, (dir.) *Geographic Methods for Health Services Research*, Lanham, Maryland, University Press of America, 1994.
3. Statistique Canada, *Fichier géographique des attributs, 1991*, Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, 1993.
4. R. Wilkins, *Géocodes/FCCP 2^e version, Repérage automatisé des codes géographiques basé sur le fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada : guide de l'utilisateur* (non catalogué) Ottawa, Division des statistique sur la santé, Statistique Canada, mars 1994.
5. Statistique Canada, *Fichiers de conversion des codes postaux*, version de janvier 1991, Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, 1991.
6. R. Wilkins, «Utilisation des codes postaux et des adresses dans l'analyse des données sur la santé», *Rapports sur la santé*, 5(2), 1993, p. 157-177, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. Association médicale canadienne, *Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Underserved Regions*, Ottawa, Association médicale canadienne, mars 1992.
8. M. Watanabe et E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences, Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, 2 oct. 1989, Winnipeg, et le 28 avril 1991, Saskatoon.

9. A.E. Joseph et P.R. Banstock, «Measuring potential physician accessibility to general practitioners in rural areas: A method and case study», *Social Science and Medicine*, 16, 1982, p. 85-90.
10. J.P.M. Thouez, P. Bodson et A.E. Joseph, «Some methods for measuring the geographic accessibility of medical services in rural regions», *Medical Care*, 26(1), 1988, p. 34-44.
11. Association médicale canadienne, *National Surveys of Physicians in Rural Practice*, Ottawa, Department of Health Policy and Economics, Association médicale canadienne, 1991.
12. J. Piché, Cadre de références pour l'évaluation des plans régionaux d'effectifs médicaux, dans M. Watanabe, E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences. Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, p. 77-82, 2 octobre 1989, Winnipeg, et 28 avril 1991, Saskatoon.
13. P.J. Neelands, M. Geroux et P. Maurer, Northwestern Ontario medical program: The first 15 years, dans M. Watanabe, E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences. Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, p. 7-13, 2 octobre 1989, Winnipeg, et 28 avril 1991, Saskatoon.
14. Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 1991*, (n° 92-301F au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
15. Statistique Canada, *Équipement ménager selon le revenu du ménage et autres caractéristiques 1994* (n° 13-218 au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
16. Santé et Bien-être Canada, *La santé des Autochtones au Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
17. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé, janvier 1985, ch. C-6*, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1984.
18. La Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Le rapport Hall*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.
19. M. Anderson et M. Rosenberg, «Ontario's underserved area program revisited: An indirect analysis», *Social Science and Medicine*, 30(1), 1990, p. 35-44.
20. American College of Physicians, «Rural primary care», *Annals of Internal Medicine*, 122(5), 1995, p. 380-390.
21. A.P. Williams, A.B. Schwartz, J.P. Newhouse *et al.*, «How many miles to the doctors?» *The New England Journal of Medicine*, 309 (16), 1983, p. 958-963.

Annexe

Tableau A

Nombre d'habitants par médecin et distance du médecin le plus proche, selon certaines caractéristiques, Canada, 1993

Caractéristiques	Population		Médecins		Nombre d'habitants par médecin	Distance du médecin le plus proche		% de la population selon la distance du médecin le plus proche (km) [†]					
		%		%		Moyenne	Médiane	<5	5-24	25-49	50-99	100-149	150 et plus
Canada	27 296 859	100,0	57 291	100,0	476	3,1	0,5	86,8	11,5	1,2	0,3	0,1	0,1
Terre-Neuve	568 474	2,1	1 139	2,0	499	6,7	1,2	72,4	24,0	2,5	0,1	0,3	0,8
Île-du-Prince-Édouard	129 765	0,5	180	0,3	721	4,4	3,0	64,3	35,7	-	-	-	-
Nouvelle-Écosse	899 942	3,3	2 048	3,6	439	4,0	0,5	69,6	29,3	1,1	-	-	-
Nouveau-Brunswick	723 900	2,7	1 090	1,9	664	5,1	2,4	62,8	35,5	1,7	-	-	-
Québec	6 895 963	25,3	15 435	26,9	447	2,0	0,5	91,2	8,2	0,3	0,1	0,1	-
Ontario	10 084 885	36,9	20 760	36,2	486	1,8	0,5	90,7	8,9	0,3	0,1	-	-
Manitoba	1 091 942	4,0	2 239	3,9	488	6,2	0,5	78,4	16,8	2,5	1,2	0,2	0,7
Saskatchewan	988 928	3,6	1 547	2,7	639	8,3	0,5	67,9	20,5	10,0	1,3	0,1	0,2
Alberta	2 545 553	9,3	4 641	8,1	548	3,9	0,5	82,9	13,5	2,9	0,5	0,1	-
Colombie-Britannique	3 282 061	12,0	8 118	14,2	404	2,3	0,5	91,2	7,2	1,1	0,3	0,1	-
Yukon	27 797	0,1	40	0,1	695	23,6	2,1	68,4	13,6	4,6	4,0	4,3	5,0
Territoires du Nord-Ouest	57 649	0,2	54	0,1	1 068	155,2	1,2	57,3	0,7	0,2	3,9	6,5	31,4
Taille de la RMR/l'AR[‡]													
1 000 000 ou plus	8 622 790	31,6	22 109	38,6	390	0,7	0,5	99,1	0,9	-	-	-	-
500 000-999 999	4 412 478	16,2	11 881	20,7	371	1,0	0,5	96,5	3,5	-	-	-	-
100 000-499 999	4 214 504	15,4	10 260	17,9	411	1,3	0,5	93,8	6,1	0,2	-	-	-
10 000-99 999	3 817 442	14,0	7 181	12,5	532	1,8	0,5	91,2	8,3	0,4	0,1	-	-
Régions autres qu'une RMR/AR	6 229 645	22,8	5 302	9,3	1 175	10,2	3,8	55,6	37,4	4,7	1,1	0,4	0,8
Taille de la RMR/l'AR inconnue	...	...	558	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Régions plus urbanisées[‡]													
Quintiles de revenu[§]													
Toutes	17 918 831	100,0	45 524	100,0	394	0,9	0,5	97,1	2,9	-	-	-	-
1 (Inférieur)	3 581 486	20,0	7 534	16,5	475	0,8	0,5	98,1	1,9	0,1	-	-	-
2	3 557 161	19,9	5 906	13,0	602	1,0	0,5	96,7	3,2	0,1	-	-	-
3	3 552 496	19,8	6 164	13,5	576	1,0	0,5	96,4	3,6	-	-	-	-
4	3 545 302	19,8	7 066	15,5	502	1,0	0,5	96,4	3,6	-	-	-	-
5 (Supérieur)	3 524 722	19,7	18 256	40,1	193	0,8	0,5	97,9	2,1	-	-	-	-
Quintile de revenu inconnu	157 664	0,9	598	1,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Régions moins urbanisées et rurales[‡]													
Quintiles de revenu[§]													
Toutes	9 378 028	100,0	11 767	100,0	797	7,4	1,5	67,2	28,0	3,3	0,7	0,3	0,5
1 (Inférieur)	1 912 480	20,4	2 350	20,0	814	14,2	3,4	54,5	33,9	6,5	2,5	0,8	1,8
2	1 860 652	19,8	2 033	17,3	915	8,1	1,8	63,8	31,8	3,3	0,5	0,1	0,5
3	1 873 236	20,0	2 187	18,6	857	5,9	1,5	69,1	27,5	2,7	0,3	0,3	0,1
4	1 860 220	19,8	2 217	18,8	839	4,4	1,3	72,6	25,2	1,9	0,2	-	-
5 (Supérieur)	1 802 032	19,2	2 902	24,7	621	4,3	1,1	75,7	21,9	2,1	0,2	0,1	-
Quintile de revenu inconnu	69 408	0,7	78	0,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Latitude nord													
40°-44°	8 754 188	32,1	18 372	32,1	476	1,4	0,5	91,3	8,7	-	-	-	-
45°-49°	14 167 419	51,9	31 593	55,1	448	2,3	0,5	87,4	11,8	0,7	0,1	-	-
50°-54°	3 989 181	14,6	6 946	12,1	574	6,2	0,5	77,2	16,7	4,5	0,8	0,3	0,5
55°-59°	297 608	1,1	283	0,5	1 052	22,2	1,5	61,1	15,0	9,8	8,7	2,2	3,2
60°-64°	69 304	0,3	93	0,2	745	47,0	1,3	69,6	6,0	2,0	3,7	4,7	14,0
65°-69°	15 894	0,1	4	-	3 974	249,9	137,5	31,1	-	-	5,0	15,3	48,6
70° et plus	3 265	-	-	-	...	851,3	838,9	-	-	-	-	-	100,0

Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] En kilomètres entiers.

[‡] Voir Définitions.

[§] Voir Méthodologie.

- Néant ou zéro.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Nombre d'habitants par médecin et distance du médecin le plus proche, régions métropolitaines de recensement, Canada, 1993

	Population	Médecins	Nombre d'habitants par médecin	Distance moyenne	% de la population selon la distance du médecin le plus proche	
					<5 km	≥5 km
Toutes les RMR	16 665 360	42 867	389	0,9	97,4	2,6
Toronto	3 893 046	9 130	426	0,7	98,8	1,3
Montréal	3 127 242	8 249	379	0,7	99,3	0,7
Vancouver	1 602 502	4 730	339	0,7	99,4	0,6
Ottawa-Hull	920 857	2 711	340	1,0	95,2	4,8
Edmonton	839 924	1 919	438	1,4	93,3	6,7
Calgary	754 033	1 655	456	1,0	97,4	2,7
Winnipeg	652 354	1 768	369	0,9	96,4	3,6
Québec	645 550	2 297	281	0,8	98,9	1,1
Hamilton	599 760	1 531	392	0,7	99,1	0,9
London	381 522	1 305	292	0,9	96,3	3,7
St, Catharines-Niagara	364 552	496	735	1,2	96,5	3,5
Kitchener	356 421	528	675	0,7	99,3	0,7
Halifax	320 501	1 249	257	1,8	87,5	12,5
Victoria	287 897	1 007	286	1,1	95,8	4,2
Windsor	262 075	396	662	1,0	96,2	3,8
Oshawa	240 104	307	782	0,9	96,5	3,5
Saskatoon	210 023	622	338	2,3	90,3	9,7
Régina	191 692	411	466	1,1	96,4	3,6
Saint-Jean (T.-N.)	171 859	581	296	1,4	95,2	4,8
Chicoutimi-Jonquière	160 928	292	551	1,6	92,2	7,8
Sudbury	157 613	268	588	1,6	92,0	8,0
Sherbrooke	139 194	654	213	0,9	97,0	3,0
Trois-Rivières	136 303	271	503	1,0	95,8	4,2
Saint-Jean (N.-B.)	124 981	272	459	2,7	82,4	17,6
Thunder Bay	124 427	218	571	1,7	92,7	7,3

Source : Fichier principal pour 1993 des médecins de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Nota : Dans toutes les RMR, les distances médianes du médecin le plus proche étaient de 0,5 km. Voir Méthodologie.

Tableau C

Distance du médecin le plus proche, selon la spécialité médicale, Canada, 1993

Spécialité	Médecins		Distance du médecin le plus proche		% de la population selon la distance du médecin le plus proche (km) [†]						
	%	100,0	Moyenne	Médiane	<5	5-24	25-49	50-99	100-199	200-299	300 et plus
			km		%						
Toutes	57 291	100,0	3,1	0,5	86,8	11,5	1,2	0,3	0,2	-	-
Pratique générale/médecine de famille	31 311	54,7	3,2	0,5	86,3	12,0	1,2	0,3	0,2	-	0,1
Psychiatrie	3 415	6,0	20,3	2,2	65,8	18,1	6,2	5,2	3,2	0,8	0,8
Médecine interne	2 290	4,0	19,0	2,5	64,0	20,6	6,1	5,4	2,7	0,3	0,8
Anesthésie	2 230	3,9	23,1	2,4	64,8	17,8	6,1	6,1	3,1	1,1	1,0
Pédiatrie	1 918	3,3	20,6	2,5	64,0	17,8	7,2	6,6	3,1	0,8	0,7
Chirurgie générale	1 804	3,1	13,4	2,3	67,2	21,5	5,5	3,8	1,4	0,4	0,4
Radiodiagnostic	1 760	3,1	19,4	2,6	63,9	19,4	7,0	5,7	2,8	0,6	0,6
Obstétrique/Gynécologie	1 599	2,8	19,9	2,8	62,4	19,7	7,4	6,4	2,7	0,6	0,7
Ophthalmologie	1 047	1,8	28,3	3,7	55,8	23,1	7,8	5,7	4,8	1,5	1,3
Chirurgie orthopédique	997	1,7	25,9	3,7	56,8	22,5	8,1	6,4	4,1	1,0	1,2
Cardiologie	681	1,2	44,8	5,4	48,1	21,2	9,0	7,9	8,6	2,7	2,6
Oto-laryngologie	615	1,1	29,1	4,2	54,2	24,2	8,5	5,9	4,3	1,5	1,5
Anatomie pathologique	572	1,0	31,0	4,9	50,2	25,1	10,2	7,3	4,6	1,4	1,4
Urologie	559	1,0	28,4	4,5	52,7	25,3	9,0	6,1	4,6	1,1	1,2
Médecine d'urgence	482	0,8	52,5	6,8	43,0	26,7	8,7	7,2	6,3	3,9	4,3
Dermatologie	464	0,8	44,9	5,3	48,6	22,5	8,6	8,0	6,1	2,9	3,2
Neurologie	454	0,8	43,8	6,3	44,9	24,0	9,7	9,0	7,3	2,5	2,7
Pathologie générale	439	0,8	35,5	5,0	49,9	23,2	8,9	7,5	7,2	1,9	1,4
Chirurgie plastique	392	0,7	41,7	5,8	45,8	23,9	9,9	9,7	5,4	3,0	2,3
Médecine respiratoire	384	0,7	44,6	7,3	41,1	27,0	8,7	10,3	7,9	3,3	1,9
Gastro-entérologie	323	0,6	45,5	7,0	40,5	27,7	10,1	10,2	6,5	2,5	2,6
Médecine communautaire	307	0,5	52,4	9,4	37,9	27,2	10,3	9,2	8,4	3,0	3,9
Oncoradiologie	260	0,5	55,5	10,4	33,1	30,7	10,7	10,0	8,7	3,2	3,5
Hématologie	256	0,4	58,0	10,0	34,9	28,7	9,4	9,3	7,9	6,1	3,7
Endocrinologie/Métabolisme	233	0,4	66,3	13,4	32,8	26,3	10,8	11,8	9,1	4,0	5,1
Rhumatologie	224	0,4	68,9	9,6	34,8	28,2	9,5	8,8	7,8	4,3	6,5
Microbiologie médicale	221	0,4	77,4	13,3	31,6	27,4	8,7	11,9	8,9	3,8	7,8
Médecine physique	203	0,4	52,1	9,5	33,8	31,4	10,9	8,8	7,9	4,5	2,7
Neurochirurgie	197	0,3	52,8	11,4	30,5	30,8	11,2	12,1	8,9	3,9	2,6
Chirurgie cardiovasculaire/thoracique	191	0,3	63,2	13,3	28,8	30,3	12,3	11,7	8,0	4,7	4,2
Néphrologie	189	0,3	66,8	12,5	29,8	31,3	8,2	10,6	9,7	5,7	4,8
Médecine nucléaire	177	0,3	55,3	9,8	34,4	30,1	10,0	9,6	8,7	3,6	3,7
Chirurgie vasculaire	128	0,2	52,4	9,6	32,8	33,9	8,8	10,7	6,9	3,6	3,3
Médecine interne oncérologique	105	0,2	74,5	15,6	26,7	30,5	9,8	13,9	9,6	3,8	5,6
Électroencéphalographie	103	0,2	298,2	51,3	14,5	22,2	13,0	9,3	6,7	4,2	30,1
Gériatrie	96	0,2	99,2	24,1	24,0	26,5	11,0	12,4	9,5	5,1	11,5
Immunologie clinique	89	0,2	112,0	22,4	22,3	29,2	10,0	10,6	8,3	4,6	15,0
Maladies infectieuses	84	0,1	86,1	22,5	19,5	32,2	11,8	11,9	10,4	6,0	8,0
Biochimie médicale	83	0,1	104,3	25,9	20,3	29,2	10,3	12,2	12,0	4,6	11,4
Santé publique	75	0,1	160,8	29,1	18,3	29,2	10,8	11,5	9,0	4,4	16,8
Chirurgie thoracique	67	0,1	85,5	19,2	21,9	31,6	9,8	13,7	12,5	3,9	8,5
Physiatrie	65	0,1	860,1	169,3	12,0	10,4	4,6	7,0	24,8	6,6	34,7
Pathologie hématologique	59	0,1	110,4	28,0	18,5	29,7	10,1	10,0	11,6	8,0	12,2
Chirurgie infantile	68	0,1	89,0	27,7	15,4	32,6	11,7	13,3	12,7	6,7	7,7
Médecine du travail	42	0,1	145,7	27,0	18,7	30,3	9,8	11,0	8,5	3,4	18,2
Neuropathologie	26	--	111,5	41,2	11,6	31,6	10,2	14,2	11,7	9,3	11,2
Cardiologie infantile	12	--	195,0	65,7	8,4	26,7	9,0	14,1	13,0	8,1	20,7
Génétique médicale	11	--	164,0	62,1	8,1	29,5	9,3	14,6	10,7	7,3	20,4
Chirurgie cardio-thoracique	3	--	992,9	280,6	2,9	12,0	3,8	8,5	19,3	4,6	49,0
Pathologie/Bactériologie	1	--	1 132,0	548,7	0,5	7,1	8,0	6,4	5,2	2,1	70,8

Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] En kilomètres entiers.

- Néant ou zéro.

-- Nombres infimes.

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995

Patricia Tully, Étienne Saint-Pierre *

Résumé

La période comprise entre les années financières 1986-1987 et 1994-1995 a été marquée par une réduction du nombre d'hôpitaux au Canada et par des changements fondamentaux dans la manière d'offrir leurs services. Au cours de ces années, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 14 % et les lits approuvés dans ces mêmes hôpitaux, de 11 %. Il en découle que le nombre de lits dotés en personnel pour 1 000 habitants est passé de 6,6 à 4,1.

La majeure partie du déclin dans le nombre de lits approuvés dans les hôpitaux publics peut être attribuée à la réduction observée dans les hôpitaux de soins prolongés. En effet, certains hôpitaux disposant d'unités de soins prolongés ont été réassignés comme établissements de soins pour bénéficiaires internes. De plus, il s'est dégagé une tendance commune à tous les types d'hôpitaux publics : le nombre de patients traités en consultation externe a augmenté et les journées d'hospitalisation ont diminué.

Entre 1986-1987 et 1991-1992, le taux de croissance annuelle moyen des dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics était de 8 %. Entre 1991-1992 et 1994-1995, les hôpitaux publics avaient un taux négatif de croissance annuelle moyen de leurs dépenses (-2,4 %), témoignant ainsi des efforts entrepris par les diverses administrations publiques pour rationaliser leurs dépenses hospitalières.

Cet article présente les données qui proviennent des rapports colligés par Statistique Canada : le Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994 et le Rapport annuel préliminaire des hôpitaux pour les données de 1994-1995.

Mots-clés : consultation externe, durée du séjour, dépenses hospitalières, lits dotés en personnel, lits approuvés

Depuis le milieu des années 1980, les hôpitaux canadiens ont été le théâtre de profonds changements. Le nombre d'hôpitaux, et par conséquent, le nombre de lits dotés en personnel ont diminué. La baisse du nombre de journées d'hospitalisation a concordé avec la chute de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Ces changements peuvent être liés en grande partie à une réduction importante du secteur hospitalier de soins prolongés et une augmentation du nombre de consultations externes. Alors que quelques hôpitaux ont été fermés, certains ont été utilisés comme établissements de soins pour bénéficiaires internes. Ces tendances ont amené les hôpitaux à réduire leurs dépenses d'exploitation plus particulièrement depuis les années 1990.

Le présent article décrit les changements récents survenus dans divers aspects des soins hospitaliers tels le nombre de lits dotés en personnel, la durée de séjour, les traitements en consultation externe et les dépenses d'exploitation. Les données proviennent des rapports colligés par Statistique Canada : *le Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994*¹ et le *Rapport annuel préliminaire des hôpitaux* pour les données de 1994-1995² (voir *Méthodologie*).

Diminution du nombre d'hôpitaux

Pour l'année financière 1994-1995, il y avait 978 hôpitaux en activité au Canada, parmi lesquels 901 appartenaient au secteur public, 22 au secteur privé et 55 au secteur fédéral (voir *Définitions*). Dans l'ensemble des hôpitaux, il y avait 156 547 lits approuvés par les autorités provinciales, excluant les berceaux pour les nouveau-nés. Les hôpitaux publics détenaient la grande majorité (98 %) des lits approuvés (tableau 1).

* Patricia Tully (613) 951-8782 et Étienne Saint-Pierre (613) 951-4226 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Méthodologie

Source des données

Les données utilisées proviennent du *Rapport annuel des établissements de santé-Hôpitaux* et du *Rapport annuel préliminaire des hôpitaux*, source de données disponible pour l'exercice financier 1994-1995. En vertu de la Loi sur la statistique, tous les établissements doivent compléter ce rapport, c'est-à-dire tous les établissements qui possèdent une licence pour exploiter un hôpital. La licence est accordée par les ministères provinciaux de la santé et certains ministères fédéraux. L'univers visé est donc l'ensemble des hôpitaux publics, privés et fédéraux en activité dans toutes les provinces et les territoires.

Les résultats suivants proviennent de la base de données tirées du Rapport annuel et du Rapport préliminaire dont le taux de réponse est toujours situé à plus de 80 % et qui représente plus de 90 % des lits. Le taux de réponse des hôpitaux publics seulement est en général supérieur (environ 90 %). Les estimations dans cet article sont basées uniquement sur les valeurs déclarées.

Technique d'analyse

Pour obtenir le nombre de visites en consultation externe, il faut additionner les visites de malades externes aux unités d'urgence, aux programmes de soins chirurgicaux de jour, aux consultations générales et spécialisées et aux programmes de soins externes de jour et de nuit.

Le nombre de visites aux programmes de soins externes de jour et de nuit est estimé à partir du nombre de malades externes qui sont inscrits aux programmes de soins externes de jour et de nuit. Pour obtenir ce résultat, le nombre total de visites aux programmes de soins externes de jour ou de nuit pendant l'année doit être multiplié par la proportion de malades externes par rapport au nombre total de malades qui bénéficient de ces programmes.

Pour les comparaisons provinciales, la proportion de malades externes qui sont inscrits aux programmes de soins externes de jour et de nuit est déterminée indépendamment pour chaque province. L'absence de données sur ce ratio pour le Québec fait en sorte que la proportion calculée pour l'ensemble du Canada est utilisée pour estimer le nombre de visites de malades externes à ces programmes. La même approximation a été faite pour l'Ontario en 1993-1994.

Pour les comparaisons entre les différents types d'hôpitaux, la proportion utilisée pour établir le nombre de visites de malades externes aux programmes de soins externes de jour et de nuit est calculée indépendamment pour chaque type d'établissement.

Limites

Les données sur le nombre de visites en consultation externe ne sont pas recueillies pour le *Rapport annuel préliminaire des hôpitaux*. Les statistiques présentées sur les consultations externes et les journées d'hospitalisation n'incluent ni les hôpitaux privés et fédéraux, ni les postes de soins infirmiers et hôpitaux éloignés.

Nous ne possédons pas encore de déflateur (inflation) approprié par province pour les dépenses des hôpitaux en 1994-1995. C'est pourquoi nous utilisons ici des données exprimées en dollars courants. En outre, les hôpitaux privés et fédéraux ne sont pas tenus de fournir des données financières pour cette enquête.

Entre 1986-1987 et 1994-1995, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 14 % et les lits approuvés dans ces mêmes hôpitaux, de 11 %. Plus de la moitié de la réduction des lits approuvés dans les hôpitaux publics au cours de ces huit années est attribuable à la réduction du secteur hospitalier de soins prolongés.

Alors que quelques hôpitaux ont été fermés, certains ont été utilisés à d'autres fins dans le domaine de la santé. Quelques-uns parmi ces derniers, disposant d'unités de soins de longue durée, ont été désignés par les provinces comme des établissements de soins pour bénéficiaires internes. N'étant plus désignés comme hôpitaux, ces établissements ne sont par conséquent pas inclus dans les données, alors que d'autres hôpitaux ont été réassignés à l'usage exclusif des malades externes ou, encore, ont été fusionnés à d'autres établissements.

Lits d'hôpitaux dotés en personnel

Pour l'ensemble des hôpitaux, le nombre de lits dotés en personnel (c'est-à-dire ceux qui sont réellement à la disposition des malades) se chiffrait à 120 774 en 1994-1995, soit 30 % de moins que le sommet de 172 425 lits dotés en personnel atteint en 1986-1987 (tableau 2).

Ce sont les hôpitaux publics de soins prolongés qui ont connu la baisse la plus marquée de lits dotés en personnel avec 46 % de lits en moins. Des réductions importantes de lits dotés en personnel ont également été relevées dans les hôpitaux publics spécialisés (34 %) et les hôpitaux publics généraux sans unités de longue durée (32 %).

La réduction numérique de lits dotés en personnel était plus grande dans les unités de soins de courte durée (30 023) que dans les unités de soins de longue durée (21 628). Cependant, la baisse en pourcentage dans le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée (36 %) excédait celle observée dans les unités de soins de courte durée (27 %).

Au niveau national, le nombre de lits dotés en personnel pour 1 000 habitants est passé de 6,6 à 4,1 entre 1986-1987 et 1994-1995. Bien que l'augmentation de la population ait contribué à la baisse de ce ratio, le virage ambulatoire qui s'est amorcé dans l'ensemble des

Tableau 1

Répartition des hôpitaux et des lits autorisés[†], selon le type d'établissement, Canada, certaines années

	1986-1987		1993-1994		1994-1995		Taux de variation entre 1986-1987 et 1994-1995	Taux de variation entre 1993-1994 et 1994-1995
		%		%		%	%	%
Hôpitaux								
Total	1 224	100	1 157	100	978	100	-20	-15
Hôpitaux publics	1 053	86	998	86	901	92	-14	-10
Généraux sans unité de soins de longue durée	417	34	366	32	352	36	-16	-4
Généraux avec unité de soins de longue durée	365	30	353	31	363	37	-1	3
Enseignement	61	5	58	5	56	6	-8	-3
Spécialisés	35	3	34	3	34	3	-3	-
Soins prolongés	150	12	136	12	96	10	-36	-29
Postes infirmiers et hôpitaux éloignés [‡]	25	2	51	4	-	-	-100	-100
Hôpitaux privés	59	5	57	5	22	2	-63	-61
Hôpitaux fédéraux	112	9	102	9	55	6	-51	-46
Lits autorisés[†]								
Total	178 137	100	172 222	100	156 547	100	-12	-9
Hôpitaux publics	171 461	96	166 153	96	152 939	98	-11	-8
Généraux sans unité de soins de longue durée	25 440	14	23 326	14	21 021	13	-17	-10
Généraux avec unité de soins de longue durée	64 255	36	64 062	37	63 076	40	-2	-2
Enseignement	39 787	22	38 384	22	37 263	24	-6	-3
Spécialisés	5 790	3	5 166	3	4 923	3	-15	-5
Soins prolongés	36 084	20	35 070	20	26 656	17	-26	-24
Postes infirmiers et hôpitaux éloignés [‡]	105	--	145	--	--	--	-100	-100
Hôpitaux privés	3 682	2	3 587	2	1 226	1	-67	-66
Hôpitaux fédéraux	2 994	2	2 482	1	2 382	2	-20	-4

Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100.

[†] Inclut les lits pour les adultes et les enfants, mais exclut les berceaux pour les nouveau-nés.

[‡] Aucun poste infirmier ni hôpital éloigné public n'a dispensé de soins à des malades hospitalisés en 1994-1995; pour cette raison, aucun de ces établissements n'a été désigné comme étant un hôpital.

- Néant ou zéro.
-- Nombre infimes.

Tableau 2

Nombre de lits dotés en personnel dans les hôpitaux selon les unités de soins, Canada et les provinces, 1986-1987 et 1994-1995

	Toutes les unités			Unités de soins de courte durée			Unités de soins de longue durée		
	1986-1987	1994-1995	Taux de variation	1986-1987	1994-1995	Taux de variation	1986-1987	1994-1995	Taux de variation
	%			%			%		
Canada[†]	172 425	120 774	-30,0	111 696	81 673	-26,9	60 729	39 101	-35,6
Terre-Neuve	3 401	2 753	-19,1	2 691	1 987	-26,2	710	766	7,9
Île-du-Prince-Édouard	755	513	-32,1	662	477	-27,9	93	36	-61,3
Nouvelle-Écosse	5 705	3 722	-34,8	5 242	3 324	-36,6	463	398	-14,0
Nouveau-Brunswick	5 151	3 397	-34,1	3 949	2 494	-36,8	1 202	903	-24,9
Québec	54 741	38 849	-29,0	27 089	25 121	-7,3	27 652	13 728	-50,4
Ontario	51 181	37 303	-27,1	37 334	24 354	-34,8	13 847	12 949	-6,5
Manitoba	6 369	5 527	-13,2	5 134	4 482	-12,7	1 235	1 045	-15,4
Saskatchewan	7 272	4 675	-35,7	6 448	4 097	-36,5	824	578	-29,9
Alberta	17 990	8 372	-53,5	11 755	7 598	-35,4	6 235	774	-87,6
Colombie-Britannique	19 466	15 527	-20,2	11 040	7 628	-30,9	8 426	7 899	-6,3

Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

[†] Inclut les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

provinces et les fermetures de lits qui en ont découlé expliquent en grande partie cette tendance.

Pendant toute cette période, le Québec a eu le plus haut ratio de lits dotés en personnel par habitant. L'Alberta avait le deuxième ratio plus élevé en 1986-1987, mais les

réformes survenues dans cette province dans les années suivantes ont fait en sorte qu'en 1994-1995, ce ratio était le plus faible au pays (tableau 3). Le Manitoba est la province qui a le moins réduit son nombre de lits dotés en personnel par 1000 habitants, son ratio passant de 5,8 à 4,9.

Définitions

Hôpital : Établissement qui reçoit des personnes requérant des soins médicaux et leur dispense de façon continue ces soins ainsi que des services diagnostiques et thérapeutiques d'appoint, et qui est enregistré ou reconnu comme hôpital par une province ou est administré par le gouvernement du Canada.

Hôpital public : Hôpital reconnu par la province comme "public". Ces hôpitaux ne visent ordinairement pas à réaliser des bénéfices et sont la propriété d'une municipalité, d'un organisme ou d'un ministère d'un gouvernement provincial, d'une congrégation religieuse ou d'un organisme bénévole laïque.

Hôpital privé : Hôpital qui appartient à des particuliers ou des organismes privés et exploité en vue de réaliser des bénéfices. Ces hôpitaux offrent divers services, incluant des soins actifs de courte durée et des soins prolongés.

Hôpital fédéral : Hôpital appartenant à un ministère ou un organisme du gouvernement du Canada ne visant pas à réaliser des bénéfices et desservant des groupes de patients qui relèvent de la responsabilité de ces ministères. À titre d'exemple, le ministère des Anciens combattants est propriétaire d'un hôpital pour anciens combattants; Santé Canada possède des postes de soins infirmiers et des hôpitaux éloignés desservant les personnes vivant dans les régions isolées et le ministère de la Défense nationale possède des hôpitaux pour le traitement des membres des Forces armées canadiennes.

Unité de soins de longue durée : Unité d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de leur admission, requiert des soins médicaux de longue durée.

Unité de soins de courte durée : Unité d'hospitalisation où sont traités les malades dont l'état, au moment de l'admission, requiert des services diagnostiques et thérapeutiques et (ou) des soins infirmiers spécialisés et une surveillance médicale.

Hôpital général sans unités de soins de longue durée : Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'une grande variété d'affections et de traumatismes, sans distinction d'âge et de sexe des malades.

Hôpital général avec unités de soins de longue durée : Hôpital qui comprend un groupe de lits ou de chambres ou encore une aile ou un bâtiment séparé pour les soins de longue durée qui est considéré comme un quartier de traitement distinct.

Hôpital d'enseignement : Hôpital qui offre des programmes d'enseignement, dûment autorisés par les autorités compétentes, pour la formation clinique principale des étudiants effectuant leurs deux dernières années d'étude dans des disciplines médicales, dont la médecine interne et la chirurgie générale.

Hôpital spécialisé : Hôpital qui assure principalement le diagnostic et le traitement à court terme d'un nombre restreint de maladies ou de traumatismes, ou fournit un éventail de services à des personnes d'un groupe d'âge particulier (hôpital pédiatrique, hôpital psychiatrique de soins de courte durée, institut neurologique).

Hôpital de soins prolongés : Hôpital qui comprend les établissements qui ont des patients atteints de maladies chroniques, les hôpitaux psychiatriques de longue durée et les hôpitaux de réadaptation.

Lit approuvé : Lit qui était approuvé par les autorités provinciales pour un hôpital ou une unité d'hôpital.

Lit doté en personnel : Lit qui était réellement à la disposition des malades (qu'il soit occupé ou non à cette date) et qui était doté du personnel pouvant fournir des soins de qualité et du type voulus.

Programme de soins de jour ou de nuit : Unité spécialement conçue, équipée et dotée du personnel nécessaire pour soigner les malades externes qui viennent pour un nombre donné d'heures, le jour ou la nuit. Par exemple, les soins de jour pour diabétiques ou en gériatrie, les dialyses, les soins psychiatriques de jour ou de nuit ou les soins de jour ou de nuit liés à la toxicomanie seraient inclus dans ces programmes.

Programme de soins chirurgicaux de jour : Ce service est agréé et organisé principalement pour les malades externes et dispense des traitements électifs, chirurgicaux ou endoscopiques, sous anesthésie générale ou locale. Cette personne n'est pas admise comme hospitalisée, n'occupe pas un lit d'hospitalisé et repart le jour même.

Consultations générales et spécialisées : Ces services sont spécialement conçus, équipés et dotés du personnel pour offrir des services diagnostiques et thérapeutiques principalement aux malades externes. Le traitement du cancer ou des allergies, les consultations en ophtalmologie ou en dermatologie, par exemple, y seraient inclus.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes : Établissements agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis délivré par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou des Services sociaux. Certains établissements s'adressent en général à des malades chroniques ou à des personnes handicapées qui y résident plus ou moins en permanence. D'autres établissements accueillent les bénéficiaires pendant une période plus courte et dispensent souvent un programme de services. En général, les soins dispensés par les établissements pour bénéficiaires internes se situent à un niveau inférieur à celui des services offerts par les hôpitaux, bien qu'il y ait un certain chevauchement. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes regroupent les résidences (maisons de repos comprises) pour les personnes âgées, les personnes souffrant d'un handicap physique, les handicapés développementaux, les personnes souffrant de troubles psychiques, les alcooliques et les toxicomanes, les enfants souffrant de troubles émotifs, les personnes itinérantes, les délinquants ainsi que d'autres bénéficiaires.

Le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de courte durée par 1 000 habitants a chuté dans toutes les provinces. Terre-Neuve est la seule province qui a vu augmenter le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée par 1 000 habitants.

La chute dans le nombre de lits dotés en personnel dans les unités de soins de longue durée a été particulièrement prononcée en Alberta et au Québec. Ainsi, depuis 1990-1991 en Alberta et 1993-1994 au Québec, certains hôpitaux de soins prolongés et certaines unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ont été désignés par la province comme étant des établissements de soins pour bénéficiaires internes. En Alberta, plus de 5 000 lits approuvés dans 67 hôpitaux publics et au Québec plus 9 000 lits approuvés dans 71 hôpitaux (38 publics et 33 privés) ont été ainsi désignés.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour à l'hôpital a aussi baissé. Dans l'ensemble du pays, la durée d'un séjour dans des unités de soins de courte durée, des hôpitaux publics en 1994-1995, était en moyenne de 7 jours alors qu'elle était de 9 jours en 1986-1987. C'est au Québec que les patients demeuraient le plus longtemps à l'hôpital, neuf jours en moyenne en 1994-1995. Les durées moyennes de séjour en Alberta et en Colombie-Britannique (6,5 jours) étaient les plus courtes. Dans l'ensemble des provinces, la durée moyenne de séjour dans des unités de soins de courte durée était moindre en 1994-1995 qu'en 1986-1987.

Les séjours dans les unités de soins de longue durée étaient évidemment beaucoup plus longs. Mais la durée moyenne de séjour a aussi baissé, passant de 236 à 153 jours.

Consultations externes et hospitalisation

Il s'est dégagé une tendance commune à tous les types d'hôpitaux publics : le nombre de consultations externes a augmenté et les journées d'hospitalisation ont diminué. En 1993-1994, il y a eu dans l'ensemble des hôpitaux publics du Canada, 38 millions de visites en consultation externe, soit 15 % de plus qu'en 1986-1987. Par contre,

les journées d'hospitalisation sont passées de 52 à 43 millions pendant la même période, une baisse de 17 %.

L'augmentation des visites en consultation externe, pendant cette période, est liée à l'accroissement rapide des visites effectuées dans le cadre de programmes de soins de jour et de nuit (2,7 millions de visites en 1993-1994, en hausse de 46 %), des visites effectuées pour obtenir des soins chirurgicaux de jour (1,8 millions, en hausse de 37 %) et des visites aux consultations générales et spécialisées (17,7 millions, en hausse de 24 %). Quant aux visites à l'urgence, leur nombre, en 1993-1994, dépassait à peine celui de 1986-1987, 15,9 millions (hausse inférieure à 1 %).

En 1993-1994, pour chaque journée d'hospitalisation d'un patient dans un hôpital public, il y avait 0,88 visite en consultation externe, alors qu'il y en avait 0,64 en 1986-1987. Les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux généraux sans unité de soins de longue durée avaient les ratios les plus élevés de visites en consultation externe aux journées d'hospitalisation : respectivement 2,03 et 1,34. Depuis 1986-1987, ce ratio a augmenté pour tous les types d'hôpitaux publics (graphique 1, tableau 4). En sept ans, la hausse du nombre de visites en consultation externe

Tableau 3

Lits dotés en personnel pour 1 000 habitants, Canada et les provinces, 1986-1987 et 1994-1995

	Toutes les unités		Unités de soins de courte durée		Unités de soins de longue durée	
	1986-1987	1994-1995	1986-1987	1994-1995	1986-1987	1994-1995
Canada[†]	6,6	4,1	4,2	2,8	2,3	1,3
Terre-Neuve	5,9	4,7	4,7	3,4	1,2	1,3
Île-du-Prince-Édouard	5,9	3,8	5,1	3,5	0,7	0,3
Nouvelle-Écosse	6,4	4,0	5,9	3,5	0,5	0,4
Nouveau-Brunswick	7,1	4,5	5,4	3,3	1,7	1,2
Québec	8,1	5,3	4,0	3,4	4,1	1,9
Ontario	5,4	3,4	3,9	2,2	1,5	1,2
Manitoba	5,8	4,9	4,7	4,0	1,1	0,9
Saskatchewan	7,0	4,6	6,2	4,0	0,8	0,6
Alberta	7,4	3,1	4,8	2,8	2,6	0,3
Colombie-Britannique	6,4	4,2	3,6	2,1	2,8	2,1

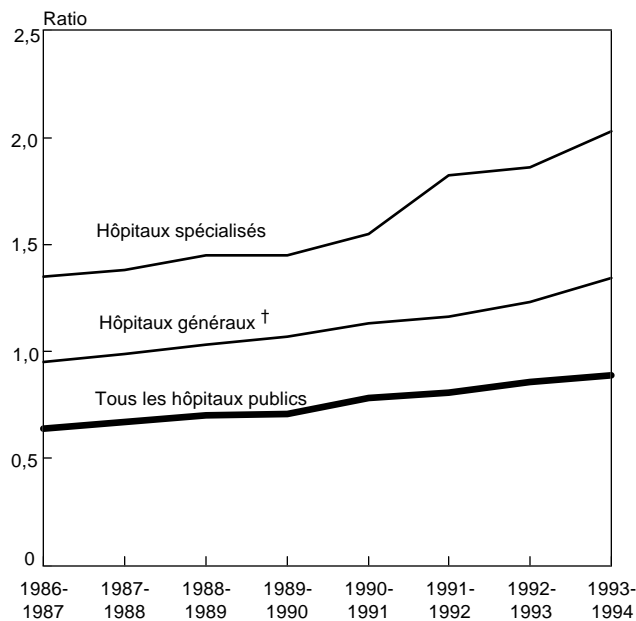
Sources : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

[†] Inclut les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

par journée d'hospitalisation se situait entre 39 % et 62 % selon le type d'hôpital public. En 1993-1994, le ratio était supérieur à 1,00 (plus de visites en consultation externe que de journées d'hospitalisation) dans la majorité des

Graphique 1

Ratio des visites en consultation externe par journée d'hospitalisation, dans certains types d'hôpitaux publics, Canada, 1986-1987 à 1993-1994



Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

† Sans unité de soins de longue durée.

Tableau 4

Ratio des visites en consultation externe par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, Canada, 1986-1987 et 1993-1994

	1986-1987	1993-1994	Taux de variation
Tous les hôpitaux publics	0,64	0,88	38,9
Généraux, sans unité de soins de longue durée	0,95	1,34	41,8
Généraux, avec unités de soins de longue durée	0,65	0,90	38,7
Enseignement	0,90	1,29	43,0
Spécialisés	1,35	2,03	50,7
Soins prolongés	0,07	0,11	61,6

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

Nota : Les ratios sont arrondis alors que le taux de variation a été calculé à partir des chiffres non arrondis.

types d'hôpitaux, même que ce ratio était supérieur à 2,00 dans les hôpitaux spécialisés.

Cette hausse dans les consultations externes par rapport aux journées d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, s'observe dans toutes les provinces, mais à différents degrés et pour différentes raisons. Par exemple, en Alberta, le nombre de visites en consultation externe par journée d'hospitalisation a augmenté de 130 % (tableau 5). Dans une certaine mesure, le fait que depuis 1990-1991, les lits des hôpitaux de soins prolongés (hôpitaux auxiliaires) et les lits des unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ne soient plus désignés comme lits d'hôpitaux par l'Alberta, explique ce résultat. À l'opposé, le Québec et le Manitoba ont eu une augmentation relativement faible de ce ratio : 17 % et 19 % respectivement. Pour le Québec, l'explication de ce résultat réside dans la faiblesse relative de la baisse du nombre de journées d'hospitalisation par rapport aux autres provinces pendant cette période. Par contre, au Manitoba, la diminution dans le nombre de journées

Tableau 5

Ratio du nombre de visites en consultation externe par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, Canada, provinces et territoires, 1986-1987 et 1993-1994

	1986-1987	1993-1994	Taux de variation
Canada	0,64	0,88	38,7
Terre-Neuve	0,85	1,20	41,3
Île-du-Prince-Édouard	0,57	0,88	54,8
Nouvelle-Écosse	0,83	1,16	39,6
Nouveau-Brunswick	0,71	1,03	45,0
Québec	0,64	0,75	17,1
Ontario	0,75	1,08	43,2
Manitoba	0,62	0,74	18,8
Saskatchewan	0,62	0,89	42,5
Alberta†	0,54	1,25	130,3
Colombie-Britannique	0,34	0,50	46,2
Yukon	..	1,04	...
Territoires-du-Nord-Ouest	0,89	1,83	105,0

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994

Nota : Les ratios sont arrondis alors que le taux de variation a été calculé à partir des chiffres non arrondis.

† Depuis 1990-1991, les lits des hôpitaux de soins prolongés (hôpitaux auxiliaires) et les lits des unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux ne sont plus désignés comme lits d'hôpitaux par l'Alberta.

.. Données non disponibles.

... N'ayant pas lieu de figurer.

d'hospitalisation était comparable à celle observée au niveau national, mais le nombre de visites en consultation externe était stable.

Toujours en 1993-1994, les Territoires du Nord-Ouest avaient le ratio le plus élevé de visites en consultation externe (1,83) suivis par l'Alberta (1,25), Terre-Neuve (1,20) et la Nouvelle-Écosse (1,16), alors qu'en Colombie-Britannique, ce ratio était de 0,50.

Dépenses d'exploitation

Toutes les provinces maîtrisaient les coûts encourus par les hôpitaux ces dernières années. Entre 1991-1992 et 1994-1995, les hôpitaux publics avaient un taux négatif de croissance annuelle moyen de leurs dépenses d'exploitation, en dollars courants (-2,4 %). Ce résultat contraste avec le taux de croissance annuelle moyen de 8 % entre 1986-1987 et 1991-1992 (graphique 2).

Six provinces ont eu un taux de croissance annuelle moyen négatif entre 1991-1992 et 1994-1995. Les compressions les plus importantes dans les dépenses ont eu lieu en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario : 4,6 %, 4,1 % et 3,7 % respectivement.

Graphique 2

Taux de croissance annuelle moyen des dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics, Canada et les provinces, 1986-1987 à 1991-1992, et 1991-1992 à 1994-1995

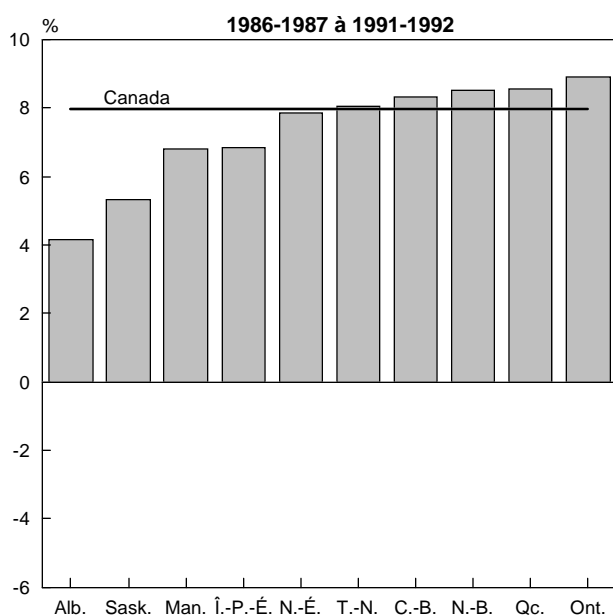


Tableau 6

Dépenses d'exploitation, en dollars courants, des hôpitaux publics, par habitant, Canada, provinces et territoires, certaines années

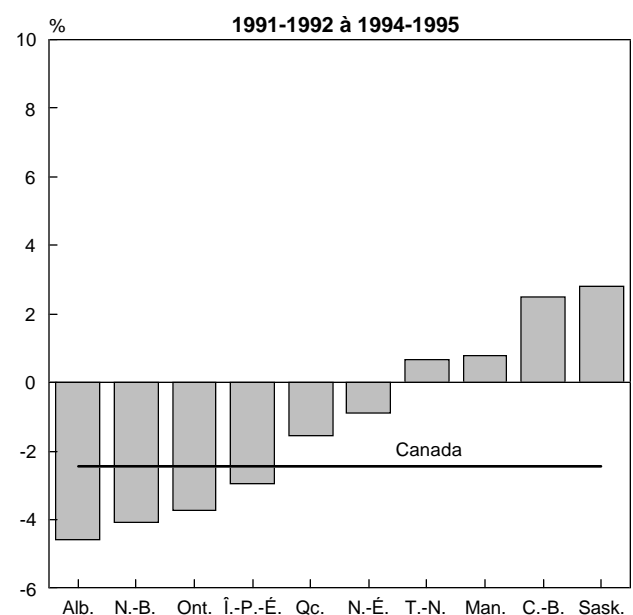
	Dépenses d'exploitation par habitants			Taux de variation entre 1993-1994 et 1994-1995	Taux de variation de la population [†] entre 1993 et 1994
	1986-1987	1993-1994	1994-1995	%	%
	en dollars courants			%	%
Canada	623	836	759	-9,2	1,1
T.-N.	623	938	927	-1,2	-0,6
Î.-P.-É.	458	621	553	-11,0	1,3
N.-É.	692	707	876	23,8	0,4
N.-B.	618	921	778	-15,6	0,3
Qc.	641	926	850	-8,2	0,6
Ont.	610	872	710	-18,5	1,3
Man.	633	862	870	1,0	0,4
Sask.	547	425	654	55,0	0,4
Alb.	724	803	676	-15,8	0,8
C.-B.	564	700	739	5,6	2,6
Yuk.	..	554	605	9,2	-1,5
T.N.-O.	399	305	203	-33,6	1,4

Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

Nota : La variation d'une année à l'autre des dépenses d'exploitation peut être influencée de façon significative par les hôpitaux non-répondants. Dans le cas où un groupe important d'hôpitaux omettrait de fournir des données, le total des dépenses d'exploitation pourrait être inférieur aux dépenses actuelles. Les chiffres pour les dépenses d'exploitation sont arrondis tandis que ceux du taux de variation ont été calculé à partir de chiffres non arrondis.

[†] Estimations postcensitaires de la population, révisées et corrigées au 1^{er} octobre; corrigées en fonction du sous-dénombrement net du recensement incluant les résidents non permanents.

.. Données non disponibles



Source : Rapport annuel des établissements de santé - Hôpitaux, 1986-1987 à 1993-1994; Rapport annuel préliminaire des hôpitaux, 1994-1995

La prudence est de mise lorsque l'on interprète les données concernant les dépenses hospitalières. La croissance des dépenses peut être liée à l'augmentation de la population dans certaines provinces. Par exemple, la Colombie-Britannique a le taux de croissance annuelle moyen des dépenses le plus élevé entre 1986-1987 et 1994-1995. Une partie de cette augmentation est certainement liée à la croissance de la population qui a été de loin la plus marquée de toutes les provinces, soit 22 %.

En 1994-1995, les dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant étaient de 759\$ pour l'ensemble du Canada, en baisse de 9,2 % par rapport à l'année précédente. Parmi les provinces, Terre-Neuve avait le plus haut niveau de dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant (927\$) et l'Île-du-Prince-Édouard le plus faible (553\$) (tableau 6). En 1986-1987, l'Alberta avait le niveau de dépenses d'exploitation des hôpitaux par habitant le plus élevé, mais en 1994-1995, elle se classait huitième.

Par contre, la variation des dépenses d'exploitation d'une année à l'autre peut être influencée de façon significative par les hôpitaux non-répondants. Par exemple, en 1994-1995 il y a eu une hausse surprenante de 55 % en Saskatchewan des dépenses d'exploitation par habitant. Cette hausse soudaine dans les dépenses d'exploitation s'est produite parce que les données pour certains hôpitaux n'étaient pas disponibles en 1993-1994 et l'étaient en 1994-1995.

Répercussions

Le souci de contrôler les dépenses du secteur hospitalier est répandu dans les diverses administrations publiques. C'est pourquoi l'on observe des tendances communes dans l'administration des soins hospitaliers dans la majorité des provinces. En effet, le nombre de lits approuvés et de lits dotés en personnel décroît et les séjours dans les hôpitaux sont plus courts. Les traitements en consultation externe sont davantage privilégiés et les malades sont de moins en moins hospitalisés. De surcroît, les dépenses d'exploitation se sont stabilisées.

Les coûts des soins de santé ne disparaissent pas pour autant, lorsque les hôpitaux n'ont pas à les assumer. «Le processus qui consiste à alléger les hôpitaux de certains

coûts et de la prestation de certains soins peut avoir pour effet d'accroître les coûts à long terme pour l'ensemble du système³.» Des montants semblables peuvent ainsi être transférés à d'autres secteurs, par exemple aux établissements de soins pour bénéficiaires internes et aux services de soins à domicile, ainsi qu'aux patients et à leurs familles. Les coûts de soins infirmiers, des médicaments, des fournitures médicales, des prélèvements d'échantillon par le laboratoire, des repas, des services de buanderie et d'entretien ménager offerts par les hôpitaux, doivent être assumés par d'autres institutions ou par les patients eux-mêmes, soit de leur poche ou par le biais d'une assurance privée, une fois de retour à la maison après un congé précoce, une chirurgie d'un jour ou d'autres soins prodigués en consultation externe³.

Par conséquent, il est important de reconnaître que les statistiques hospitalières ne brossent qu'un tableau partiel du système de soins de santé au Canada. Les modifications dans le secteur hospitalier font ressortir la nécessité d'examiner leur incidence sur les domaines connexes de la prestation des soins de santé et les dépenses afférentes.

Références

1. Statistique Canada, *La statistique annuelle des hôpitaux*, 1993-1994, n° 83-242 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
2. Statistique Canada, *Rapport annuel préliminaire, La statistique hospitalière : 1994-1995*, n° 83-241 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1996.
3. P. Armstrong et H. Armstrong, *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press, 1996.

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997

Le Comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer est formé des membres suivants : John R. McLaughlin, Anthony L.A. Fields, Jane F. Gentleman, Isra Levy, Barbara Whyllie, Heather Whittaker, Rod Riley, Judy Lee; B. Ann Coombs et Leslie A. Gaudette*

Résumé

Selon les estimations, en 1997 on dénombre 130 800 nouveaux cas de cancer et 60 700 décès par cancer, ce qui représente des augmentations respectives de plus d'un tiers et d'un quart par rapport à 1987. Ces hausses sont attribuables principalement à l'accroissement et au vieillissement de la population. (Tous les résultats excluent le cancer cutané sans mélanome.)

En 1997, trois types de cancer seront responsables d'au moins la moitié de tous les nouveaux cas chez les hommes et les femmes : il s'agit, chez l'homme, des cancers de la prostate, du poumon et du côlon et rectum et, chez la femme, des cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum. Le cancer du poumon sera la principale cause de décès par cancer en 1997 et responsable du tiers des décès par cancer chez les hommes et presque le quart, chez les femmes.

Chez les femmes, les tendances générales des taux comparatifs d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont demeurées relativement stables depuis 1985, car les fortes augmentations du taux de cancer du poumon sont neutralisées par la diminution ou la stabilité des taux pour la plupart des autres types de cancer. Chez les hommes, le taux d'incidence global est légèrement en hausse, car l'incidence du cancer de la prostate a fortement augmenté. Le taux de mortalité chez les hommes a culminé en 1988, pour ensuite redescendre à cause de la diminution des taux

de cancer du poumon, du côlon et rectum et de certains autres types de cancer.

Cet article présente des données sur les tendances observées depuis le milieu des années 1980 quant à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer chez les adultes, rédigé à partir de l'information publiée dans Statistiques canadiennes sur le cancer 1997.

Mots-clés : néoplasmes, incidence, mortalité, registres

Au Canada, le cancer est la principale cause de décès chez les femmes et il vient au deuxième rang chez les hommes, après les cardiopathies, à l'exclusion de l'accident cérébro-vasculaire.

Chez les femmes, le taux comparatif d'incidence du cancer est demeuré relativement stable depuis 1987, mais il a légèrement augmenté chez les hommes, en raison principalement de la hausse du taux de cancer de la prostate. Durant cette période, le nombre de nouveaux cas et de décès par cancer ont augmenté sensiblement chez les deux sexes, principalement sous l'effet de l'accroissement et du vieillissement de la population du Canada. Le cancer a tendance à frapper les Canadiens plus âgés, 72 % des nouveaux cas et 81 % des décès survenant chez des personnes de 60 ans et plus.

Les cancers les plus fréquents demeurent le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme. Le taux d'incidence du cancer du poumon a toutefois augmenté rapidement chez les femmes et on estime qu'il est actuellement un tiers plus élevé qu'il y a dix ans. Chez les hommes, le taux de cancer du poumon s'est stabilisé au milieu des années 1980 et on constate une tendance continue à la baisse.

* John R. McLaughlin, président du Comité, au (416) 978-7525 travaille au Département de médecine préventive et de biostatistique de l'Université de Toronto à Toronto (Ontario); Anthony L.A. Fields au (403) 432-8763 travaille pour le Cross Cancer Institute, à Edmonton (Alberta); Isra Levy au (613) 954-3702 et B. Ann Coombs au (613) 954-0383 travaillent au Bureau du cancer de Santé Canada; Barbara Whyllie au (416) 961-7223 est à l'emploi de la Société canadienne du cancer et de l'Institut national du cancer du Canada, à Toronto (Ontario); Heather Whittaker au (204) 787-4187 travaille pour la Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation, à Winnipeg (Manitoba); Jane F. Gentleman au (613) 951-8553, Rod Riley au (613) 951-1641, Judy Lee au (613) 951-1775 et Leslie A. Gaudette au (613) 951-1740 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, à Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Méthodologie

Source des données

Le présent article repose sur des données extraites de *Statistiques canadiennes sur le cancer 1997*¹. Cette publication de l'Institut national du cancer du Canada paraît chaque année. Un nombre limité d'exemplaires de 1997 sont disponibles auprès de la Société canadienne du cancer au (416) 961-7223, (Suite 200, 10 Alcorn Avenue, Toronto (Ontario) M4V 3B1, de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada (613) 951-1746, des bureaux régionaux de la Société canadienne du cancer ainsi que des centres régionaux de consultation de Statistique Canada. Cette publication peut également être consultée sur les sites Web suivants : (www.cancer.ca/stats), Statistique Canada (www.statcan.ca, choisir Français, Produits et services, les publications téléchargeables et l'index des publications téléchargeables), et Santé Canada (www.hwc.ca/hpb/lcdc/bc/stats.html).

Les données sur les cas de cancer et les décès par cancer proviennent respectivement des registres provinciaux et territoriaux du cancer et des bureaux de la statistique de l'état civil, qui transmettent leurs données à Statistique Canada en vue d'une compilation nationale. La collecte de données complètes sur les cas de cancer dans chaque province et leur compilation à l'échelle du pays sont des processus longs. Il s'écoule donc beaucoup de temps avant qu'on ait accès à des données fiables, pour une année donnée et pour l'ensemble du Canada. Ainsi, les estimations sur l'incidence et la mortalité actuelle sont produites par Statistique Canada, qui utilise pour ce faire les données les plus récentes portant sur une période pouvant aller jusqu'à dix ans.

Techniques d'analyse

Cet article présente les taux et les fréquences réels établis jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données complètes sont disponibles (1992 pour l'incidence, 1994 pour la mortalité), ainsi que des estimations pour les années subséquentes, jusqu'en 1997. Il est important de souligner que les chiffres pour 1997 sont des estimations et non des données réelles.

Ces estimations sont calculées comme suit : on examine d'abord les tendances chronologiques pour les taux connus; on fait ensuite une extrapolation à partir de ces tendances pour obtenir une estimation des taux actuels; enfin, on applique pour l'année courante, ces estimations aux estimations actuelles de la population.

On a calculé pour chaque siège du cancer la variation annuelle moyenne en ajustant un modèle qui suppose un taux de variation constant des taux comparatifs d'incidence ou de mortalité, c'est-à-dire un modèle linéaire appliqué aux taux comparatifs d'incidence et de mortalité, après transformation logarithmique. La variation annuelle moyenne en pourcentage est égale à $100(e^J - 1)$, où J est la pente du modèle. On a utilisé les données de 1985 à 1992 pour calculer l'incidence et la mortalité. Ces séries étaient suffisamment longues pour produire des estimations de la variation annuelle moyenne en pourcentage qui soient à la fois fiables et actuelles.

Les probabilités d'être atteint de cancer ou d'en mourir ont été calculées à partir des taux d'incidence et de mortalité par âge et par sexe au Canada en 1992, ainsi que des tables de mortalité basées sur les taux de mortalité pour toutes les causes confondues de 1991 à 1993. Pour ce faire, on a utilisé la méthodologie de Zdeb² et de Seidman *et al.*³. Les méthodes relatives à la table de mortalité supposent que le taux d'incidence du cancer pour différents groupes d'âge à une période donnée sera la même tout au long de la vie. Cependant, comme il se peut que le taux réel diffère au moment où la personne atteindra l'âge en question, il ne faut considérer ces probabilités que comme des approximations des valeurs réelles.

La probabilité de mourir du cancer correspond à la proportion des personnes qui meurent du cancer dans une cohorte exposée aux conditions de mortalité de l'ensemble de la population en 1994. Pour calculer cet indicateur, on a déterminé la proportion des décès attribuée aux différents types de cancer pour chaque sexe et groupe d'âge; on a ensuite multiplié cette proportion par le nombre correspondant de décès dans la table de mortalité, puis on a additionné les décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge. Enfin, on a divisé le nombre obtenu par le nombre de survivants à la naissance, pour obtenir la probabilité de décès pour chaque cause.

Les années potentielles de vie perdues (APVP) ont été calculées à partir des décès survenus au Canada en 1994 dans les différents groupes d'âge — moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans..., jusqu'à 90 ans et plus, ainsi que de l'espérance de vie au milieu des groupes d'âge. Les APVP correspondent au nombre total d'années de vie perdues. On obtient ce nombre en faisant la somme, pour tous les groupes d'âge, du nombre de décès multiplié par l'espérance de vie des survivants⁴.

Tous les résultats qui figurent dans cet article excluent ceux sur le cancer cutané sans mélanome, qui devrait affecter 61 000 nouvelles personnes en 1997.

Définitions

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'un type de cancer donné, lesquels ont été diagnostiqués au cours de l'année.

Mortalité : Nombre de décès attribués au cours d'une année à un type particulier de cancer, d'après la cause sous-jacente du décès.

Taux brut : Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer, au cours de l'année, pour 100 000 personnes d'une population donnée.

Taux réel par âge : Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer, au cours de l'année, pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge donné.

Taux comparatif : Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer pour 100 000 personnes, qui seraient survenus dans la population type (population du Canada de 1991) si les taux réels par âge observés dans une population donnée avaient été ceux de la population type.

Ratio des décès aux nouveaux cas : Nombre de décès divisé par le nombre de nouveaux cas, au cours d'une même année.

En 1997, le cancer du poumon sera la principale cause de décès par cancer chez les femmes, suivi du cancer du sein. Le taux de mortalité par cancer du poumon est en hausse chez les femmes, alors que le taux de mortalité par cancer du sein a légèrement diminué au cours des 10 dernières années. Chez les hommes, l'incidence du cancer de la prostate continue d'augmenter, en partie à cause de l'utilisation de techniques de dépistage plus précoce; le cancer du poumon demeurera toutefois la principale cause de décès par cancer en 1997, devançant largement le cancer de la prostate, qui vient au deuxième rang.

Cet article présente des données sur les tendances observées depuis le milieu des années 1980 quant à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer (voir *Méthodologie*). Ces données reposent sur l'information publiée dans *Statistiques canadiennes sur le cancer 1997*, une publication annuelle produite par un comité directeur qui relève du Comité consultatif du contrôle du cancer de l'Institut national du cancer du Canada¹.

Le comité directeur est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de Statistique Canada, de Santé Canada, du Conseil canadien des registres du cancer ainsi que de chercheurs universitaires qui travaillent sur le cancer.

Planifier pour demain

En 1997, on estime qu'il y aura 130 800 nouveaux cas de cancer et 60 700 décès par cancer, soit des augmentations respectives du tiers et du quart par rapport à 1987. Lorsqu'on ventile ces données selon le sexe, on obtient au cours de ces dix années une augmentation de l'incidence de 39 % chez les hommes et de 32 % chez les femmes, ainsi que des hausses respectives de 22 % et 29 % du nombre de décès par cancer. Bien que le nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer en 1997 soit plus élevé chez les hommes que chez les femmes, le ratio des décès aux nouveaux cas est le même pour les deux sexes, c'est-à-dire de 0,46 (tableau 1).

Tableau 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 1997

	Nouveaux cas			Décès			Ratio décès/cas		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Tous les cancers	130 800	70 200	60 600	60 700	32 600	28 100	0,46	0,46	0,46
Poumon	20 300	12 500	7 800	16 900	10 600	6 300	0,83	0,85	0,81
Prostate	19 800	19 800	...	4 100	4 100	...	0,21	0,21	...
Sein (femme)	18 400	...	18 400	5 100	...	5 100	0,28	...	0,28
Côlon et rectum	16 400	8 900	7 500	5 900	3 200	2 700	0,36	0,36	0,36
Lymphome non hodgkinien	5 300	2 900	2 400	2 300	1 200	1 100	0,43	0,41	0,46
Vessie	4 500	3 400	1 100	1 350	910	440	0,30	0,27	0,40
Rein	3 900	2 400	1 500	1 310	810	500	0,34	0,34	0,33
Leucémie	3 300	1 850	1 450	1 910	1 050	860	0,58	0,57	0,59
Mélanome	3 200	1 700	1 500	660	410	250	0,21	0,24	0,17
Cavité buccale	3 170	2 200	970	1 000	710	290	0,32	0,32	0,30
Corps de l'utérus	3 000	...	3 000	580	...	580	0,19	...	0,19
Pancréas	2 900	1 350	1 550	2 850	1 350	1 500	0,98	1,00	0,97
Estomac	2 800	1 750	1 050	1 770	1 050	720	0,63	0,60	0,69
Ovaire	2 200	...	2 200	1 350	...	1 350	0,61	...	0,61
Encéphale	2 170	1 200	970	1 380	770	610	0,64	0,64	0,63
Myélocome multiple	1 550	830	720	1 100	580	520	0,71	0,70	0,72
Thyroïde	1 520	370	1 150	135	45	90	0,09	0,12	0,08
Col de l'utérus	1 300	...	1 300	390	...	390	0,30	...	0,30
Larynx	1 290	1 050	240	530	440	90	0,41	0,42	0,38
Oesophage	1 250	880	370	1 260	910	350	1,01 [†]	1,03 [†]	0,95
Maladie de Hodgkin	820	430	390	120	70	50	0,15	0,16	0,13
Testicule	760	760	...	30	30	...	0,04	0,04	...
Tous les autres	10 970	5 930	5 040	8 675	4 365	4 310	0,79	0,73	0,86

Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*

Nota : On a exclu une estimation de 61 000 nouveaux cas de cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173).

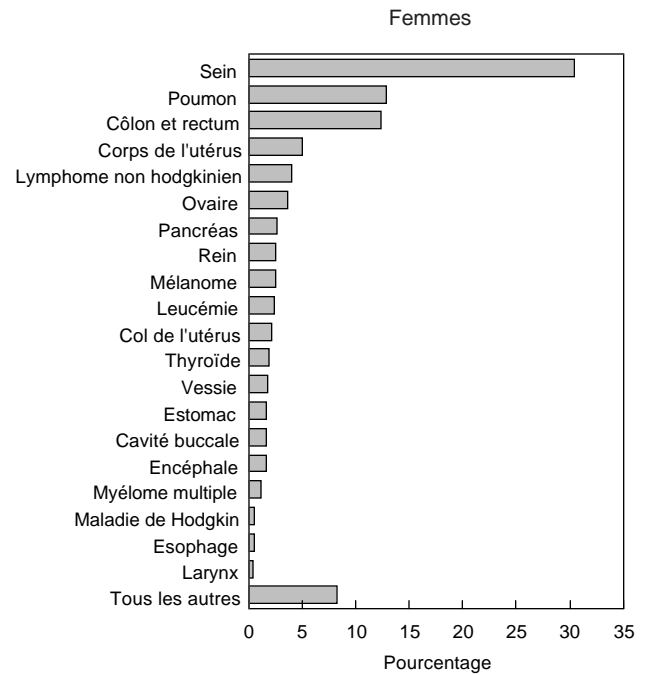
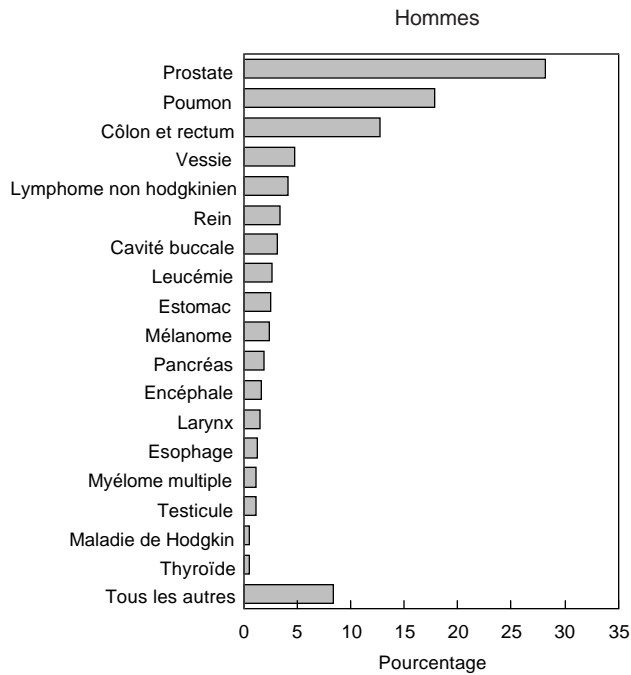
[†] Le ratio élevé (supérieur à 1,0) peut s'expliquer par une inscription incomplète des cas de cancer de ce type avant le décès ou par une déclaration incorrecte des cas dans les certificats de décès.

... N'ayant pas lieu de figurer.

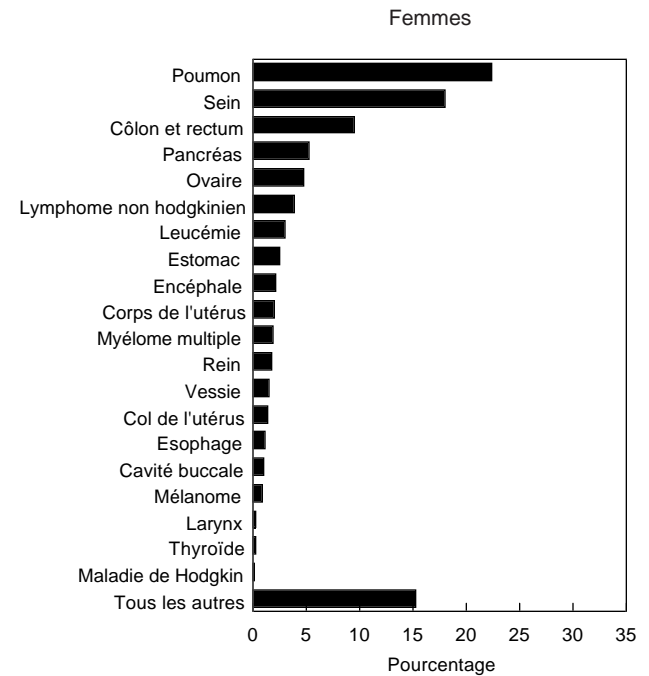
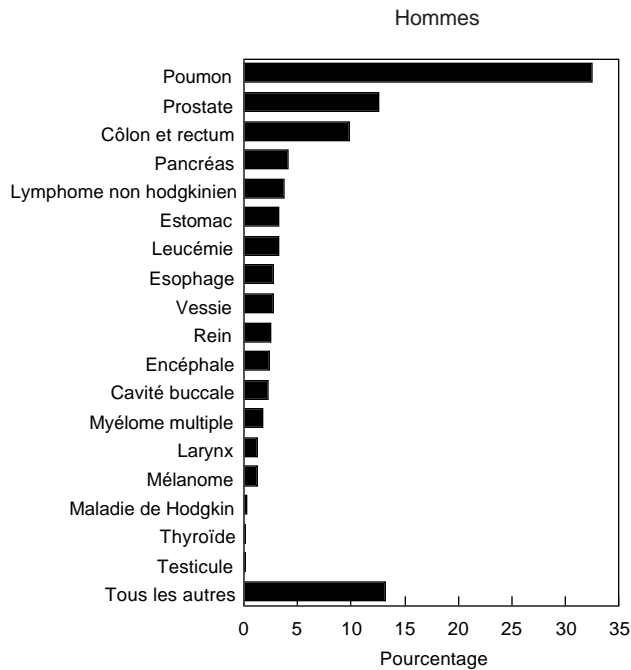
Graphique 1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas estimés et des décès estimés pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 1997

Nouveaux cas



Décès



Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*

Nota : Toutes les données excluent un nombre estimé à 61 000 cas de cancer cutané sans mélanome (CIM-9, 173).

Ces augmentations sont imputables principalement à l'accroissement et au vieillissement de la population. Le nombre de nouveaux cas et celui des décès constituent une importante mesure du fardeau que représente le cancer pour la population et le système de soins de santé du Canada et on peut s'en servir pour planifier les services aux patients et les établissements de soins de santé qui seront nécessaires pour satisfaire à la demande croissante.

Principaux types de cancer et leur pronostic

En 1997, trois types de cancer seront responsables d'au moins la moitié de tous les nouveaux cas qui se déclareront chez les hommes et les femmes; il s'agit des cancers de la prostate, du poumon et du côlon et rectum chez l'homme et des cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum chez la femme. Le cancer de la prostate est, et de loin, le plus répandu chez les hommes, alors que chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent (graphique 1).

Le cancer du poumon sera la principale cause de décès par cancer en 1997 et on estime qu'il provoquera 10 600 décès chez les hommes et 6 300 décès chez les femmes. Au deuxième rang, nous retrouvons le cancer de la prostate chez l'homme (nombre estimé de 4 100 décès) et le cancer du sein chez la femme (5 100 décès). Le cancer du côlon et rectum occupe le troisième rang pour les deux sexes, causant 3 200 décès chez les hommes et 2 700 décès chez les femmes.

En examinant les données en fonction du ratio des décès aux nouveaux cas, on peut classer les sièges du cancer en trois catégories : ceux pour lesquels le pronostic est très bon (ratio de 0,3 ou moins—sein, prostate, vessie, mélanome, corps de l'utérus, col de l'utérus, maladie de Hodgkin, testicules et vessie chez l'homme); ceux dont le pronostic est assez bon (ratio supérieur à 0,3 mais inférieur ou égal à 0,5—côlon et rectum, lymphome non hodgkinien, rein, cavité buccale, larynx et vessie chez la femme) et ceux dont le pronostic est sombre (ratio supérieur à 0,5—poumon, estomac, leucémie chez l'adulte, pancréas, ovaire, encéphale et myélome multiple).

Le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du poumon chez les femmes : des tendances peu réjouissantes

Chez les femmes, les tendances générales des taux comparatifs d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont demeurées relativement inchangées depuis 1985, car les fortes augmentations du taux de cancer du poumon sont neutralisées par une baisse ou un maintien des taux pour la plupart des autres types de cancer. Chez les hommes, par contre, le taux d'incidence global est légèrement à la hausse, ce qui peut être dû à la forte augmentation de l'incidence du cancer de la prostate. Le taux de mortalité par cancer chez les hommes a atteint un sommet en 1988, mais il est en baisse depuis, en raison de la diminution des taux pour les cancers du poumon, du côlon et rectum et d'autres types de cancer (graphiques 2 et 3).

De façon générale, les taux comparatifs d'incidence et de mortalité pour la plupart des sièges du cancer se sont maintenus ou ont diminué durant la dernière décennie, à part quelques exceptions notables : l'incidence du cancer du poumon et la mortalité par ce cancer chez les femmes, l'incidence du cancer du sein chez la femme et l'incidence du cancer de la prostate chez l'homme.

Chez les femmes, entre 1985 et 1992, le taux comparatif d'incidence du cancer du poumon a augmenté en moyenne de 3,4 % par année, alors que le taux comparatif de mortalité entre 1985 et 1994 a augmenté en moyenne de 3,5 % par année. À l'inverse, le taux de cancer du poumon chez l'homme s'est stabilisé au milieu des années 1980 et il affiche depuis une tendance à la baisse qui reflète la diminution de la consommation de tabac chez les hommes depuis le milieu des années 1960. Chez les femmes, par contre, le taux de tabagisme n'a diminué que légèrement au cours des 30 dernières années. C'est ce qui explique que, même si les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité par ce cancer chez les hommes demeurent toujours le double de ceux des femmes, l'écart entre les deux sexes diminue.

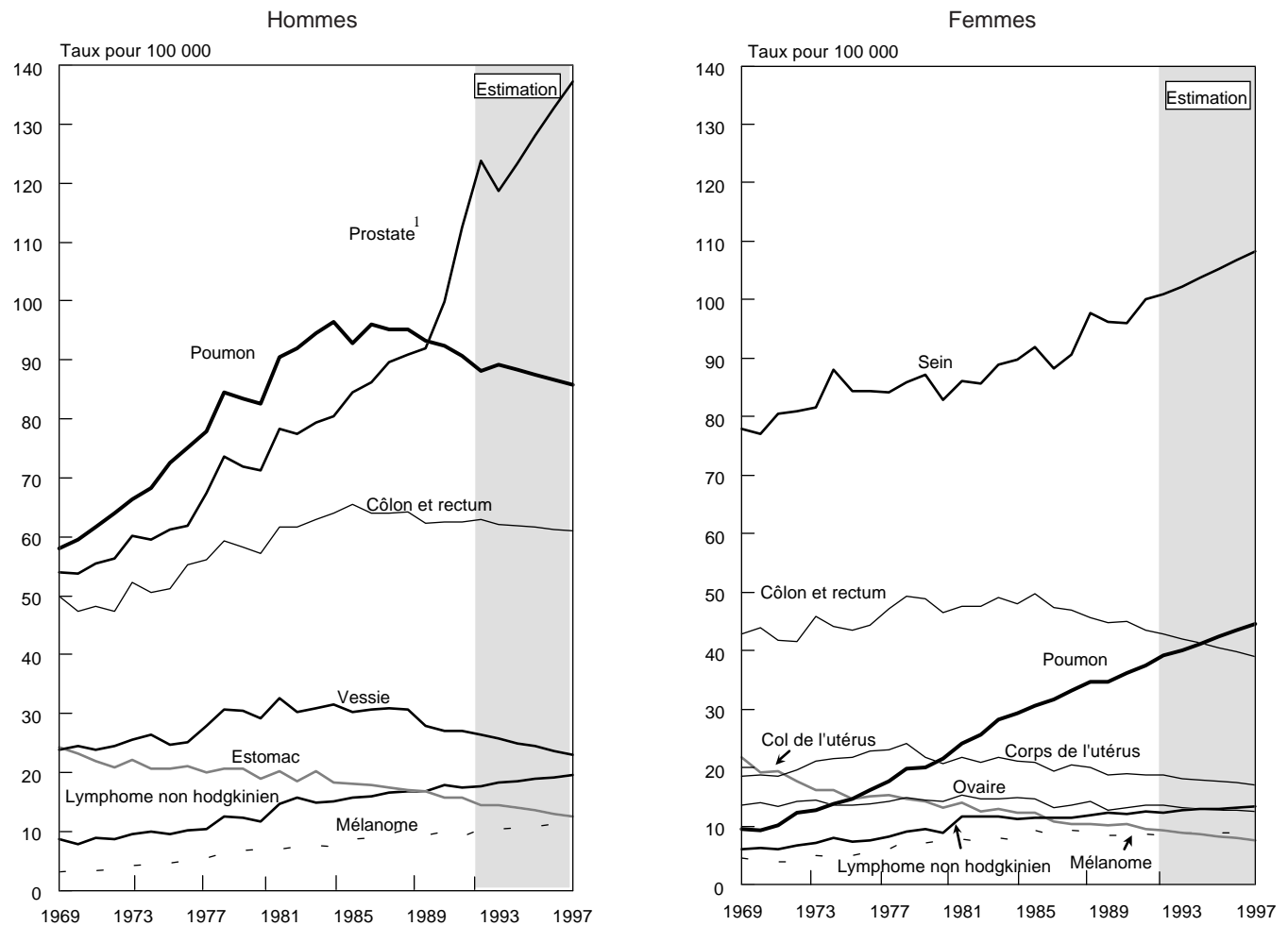
Au cours de la dernière décennie, le taux comparatif d'incidence du cancer du sein n'a cessé d'augmenter, cette hausse étant peut-être attribuable à l'intensification des programmes de dépistage par mammographie. Les taux de mortalité, eux, ont légèrement diminué depuis le milieu des années 1980, et davantage depuis 1990. Une réduction similaire des taux de mortalité a été observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie⁵. On ignore si ces changements sont attribuables à un dépistage précoce, à une amélioration du traitement ou à des changements dans les facteurs de risque ou de protection.

Depuis 1985, le taux comparatif d'incidence du cancer de la prostate a augmenté dans une proportion annuelle moyenne de 5,3 %. Après des années d'une

augmentation continue, on observe une hausse particulièrement marquée depuis 1989. Les hausses observées avant 1990 ont été, en partie du moins, attribuées au dépistage accru du cancer par l'utilisation de la prostatectomie transurétrale dans les cas d'hypertrophie bénigne soupçonnée de la prostate⁶. La forte hausse de 1990 s'explique principalement par l'utilisation du dosage de l'antigène spécifique prostatique⁷. Aucun facteur de risque ni facteur de protection n'a encore été mis en cause pour expliquer ces variations du taux d'incidence. Le taux de mortalité par cancer de la prostate a lui aussi augmenté, quoique relativement lentement, depuis 1985; il semble cependant que cette hausse se soit stabilisée depuis le début des années 1990.

Graphique 2

Taux comparatifs d'incidence pour certains sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 1969 à 1997



Source : Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997

Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

† Les taux actuels établis pour le cancer de la prostate sont vraisemblablement sous-estimés, car ils ne rendent pas compte pleinement de l'effet des programmes de dépistage grâce au test d'antigène prostatique spécifique mis en oeuvre au cours des années 1990.

Entre 1985 et 1992, le taux d'incidence a augmenté pour deux types de cancer. Il s'agit du cancer du rein chez l'homme (variation annuelle moyenne en pourcentage de 2,1 %) et du lymphome non hodgkinien chez les deux sexes (variation annuelle moyenne en pourcentage de 1,7 % chez les hommes et de 1,5 % chez les femmes). (L'augmentation dans ce dernier cas est en partie attribuable aux taux plus élevés d'infections dues au VIH.)

Pour la plupart des cancers, les taux d'incidence et de mortalité ont diminué

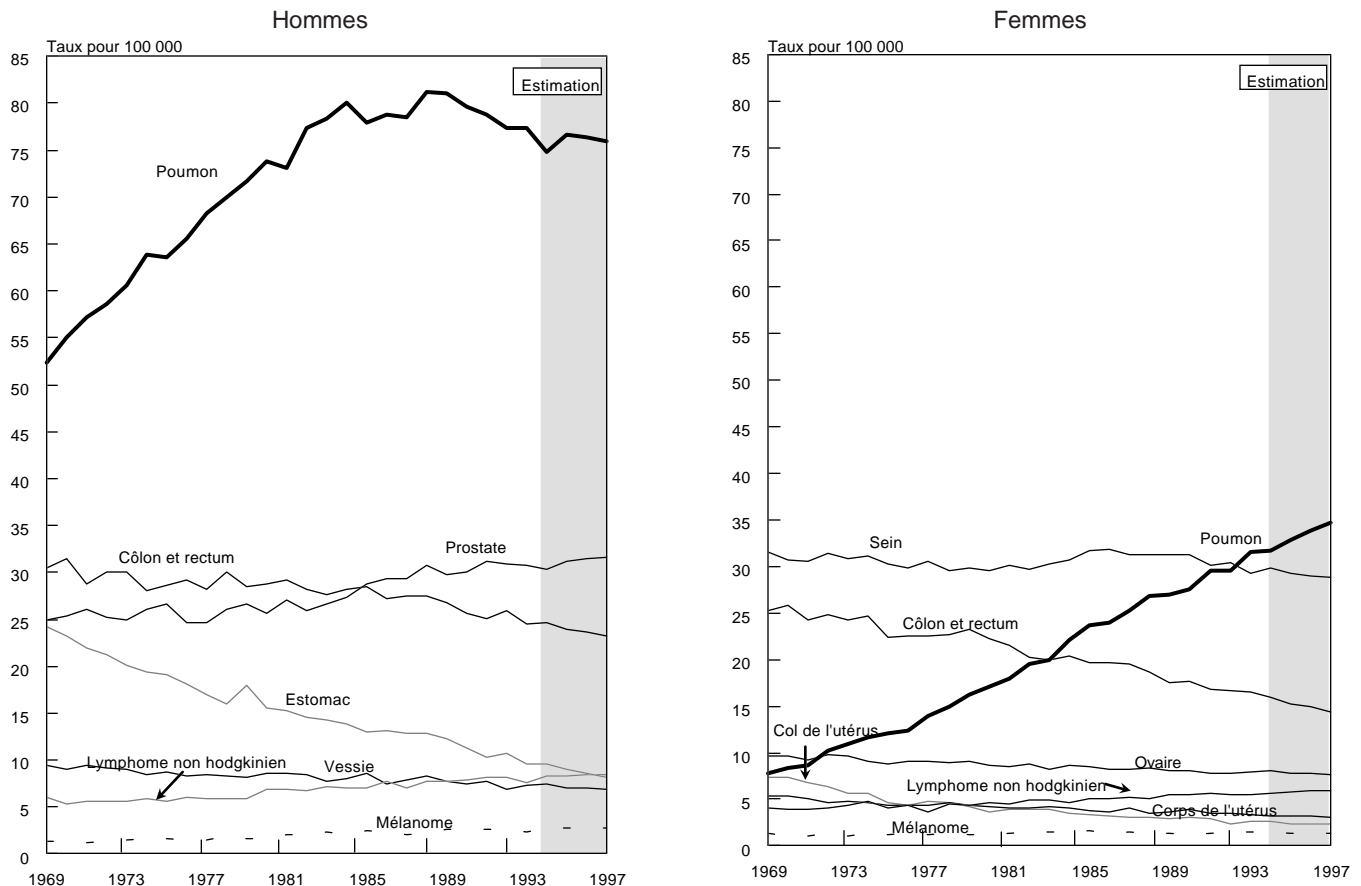
Pour bon nombre d'autres sièges du cancer, les taux ont en général diminué. Ainsi, les taux d'incidence du cancer du côlon et rectum et de mortalité par ce cancer ont continué de régresser, en particulier chez les femmes. Des recherches menées aux États-Unis laissent croire que, parce que les méthodes de

dépistage précoce sont plus utilisées, il est possible que des traitements plus efficaces, à un stade plus précoce de la maladie aient été institués, en particulier chez les patients âgés. Des changements dans le style de vie, par exemple l'adoption d'un régime alimentaire plus sain, pourraient également être en cause ^{8,9}.

Entre 1985 et 1992, le taux d'incidence du cancer de la vessie a diminué d'en moyenne 2,4 % par année chez les hommes et de 2,7 % par année chez les femmes. Chez les hommes, le taux de mortalité associé à ce cancer a diminué de 1,4 % par année entre 1985 et 1994, tandis qu'il restait stable chez les femmes. Cette diminution du taux d'incidence est due en partie à une modification dans les techniques de déclaration utilisées par au moins un registre¹⁰. En revanche, la baisse du taux de mortalité pourrait laisser croire à une amélioration de la survie chez les hommes ou, peut-être, à une véritable diminution de l'incidence.

Graphique 3

Taux comparatifs de mortalité pour certains sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 1969 à 1997



Source : Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997

Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Tableau 2

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1997

	Nouveaux cas			Décès		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous les âges	130 800	70 200	60 600	60 700	32 600	28 100
0-19	1 390	730	660	210	120	90
20-29	1 690	820	870	250	130	120
30-39	4 750	1 850	2 900	960	380	580
40-49	10 700	3 800	6 900	3 150	1 350	1 800
50-59	18 500	9 000	9 500	6 900	3 600	3 300
60-69	34 300	20 300	14 000	14 700	8 600	6 100
70-79	38 700	22 800	15 900	19 400	10 900	8 500
80+	20 900	10 900	10 000	15 100	7 500	7 600

Source : Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997

Nota : On a exclu une estimation de 61 000 nouveaux cas de cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé.

Tableau 3

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer pour certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1997

	Poumon		Côlon et rectum			Prostate	Sein	
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nouveaux cas								
Tous les âges	20 300	12 500	7 800	16 400	8 900	7 500	19 800	18 400
0-19	10	5	5	5	--	5	..	..
20-29	25	15	10	45	20	25	..	70
30-39	180	70	110	210	100	110	5	900
40-49	1 050	480	570	900	500	400	90	3 200
50-59	3 100	1 800	1 300	2 300	1 400	900	1 300	3 600
60-69	6 600	4 200	2 400	4 400	2 700	1 700	6 000	4 400
70-79	6 700	4 200	2 500	5 200	2 800	2 400	8 400	4 300
80+	2 630	1 650	980	3 400	1 450	2 000	3 900	2 100
Décès								
Tous les âges	16 900	10 600	6 300	5 900	3 200	2 700	4 100	5 100
0-19	10	5	5	..	..	..	..	..
20-29	5	5	..	5	..	5	..	10
30-39	115	40	75	55	30	20	..	180
40-49	720	370	350	230	120	100	10	570
50-59	2 100	1 200	900	630	400	240	95	810
60-69	5 200	3 400	1 800	1 340	840	540	650	1 050
70-79	5 900	3 800	2 100	1 840	1 050	860	1 550	1 300
80+	2 850	1 800	1 050	1 790	740	1 100	1 850	1 200

Source : Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997

Nota : On a exclu une estimation de 61 000 nouveaux cas de cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé.

Les taux de mortalité pour le cancer des testicules et la maladie de Hodgkin ont diminué considérablement, grâce à l'amélioration des méthodes de traitement. On constate également une diminution importante et soutenue des taux d'incidence du cancer de l'estomac et de mortalité par ce cancer, un reflet, en partie du moins, de l'amélioration du régime alimentaire. Enfin, la diminution du taux de cancer envahissant du col de l'utérus est attribuable en partie au dépistage précoce à l'aide du test de Papanicolaou.

Le cancer frappe principalement les personnes âgées

Le cancer a tendance à toucher les personnes âgées (tableau 2). En 1997, on estime à 59 600 le nombre de nouveaux cas de cancer (46 %) et à 34 500 les décès par cancer (57 %) survenant chez des Canadiens et des Canadiennes âgés de 70 ans et plus et à 34 300 nouveaux cas (26 %) et 14 700 décès (24 %) chez des personnes âgées de 60 à 69 ans. À l'inverse, seulement 1 % des nouveaux cas et 0,3 % des décès surviendront chez des personnes de moins de 20 ans.

Près de 50 % ou plus de tous les nouveaux cas diagnostiqués de cancer du poumon, de la prostate et du côlon et rectum se manifestent chez des personnes de 70 ans et plus (tableau 3). Le lien entre le cancer et l'âge ressort tout particulièrement dans le cas du cancer de la prostate : ainsi, 62 % des nouveaux cas et 83 % des décès pour ce type de cancer surviennent chez des hommes d'au moins 70 ans.

De même, c'est chez les femmes de 70 à 79 ans que l'incidence du cancer du sein est la plus élevée. Cependant, comme le cancer du sein est également fréquent chez les femmes plus jeunes, lesquelles représentent une proportion importante de la population, le nombre de cas est élevé chez les femmes de moins de 60 ans.

Les taux d'incidence et de mortalité par âge, réels et estimés, de 1969 à 1997 indiquent que le taux d'incidence pour tous les types de cancer entre l'âge de 20 et 59 ans est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en raison principalement de la forte incidence de cancers du sein et des organes génitaux chez les femmes en âge de

procréer. À l'inverse, dans les groupes d'âge de 60 ans et plus, pour la plupart des types de cancer, l'incidence est plus élevée chez les hommes que les femmes.

Depuis 1984, des hausses dans l'incidence du cancer se sont produites principalement chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, mais les taux de mortalité dans ce groupe d'âge sont demeurés relativement stables. Chez les 80 ans et plus, les taux d'incidence et de mortalité demeurent stables depuis 1984. Enfin, pour les Canadiens de moins de 60 ans, quel que soit le groupe d'âge, les taux de mortalité diminuent de façon soutenue depuis 1969.

Quels sont les risques ?

Un grand nombre de personnes atteintes du cancer survivent à la maladie. Chez les hommes, par exemple, 41 pour 100 souffriront du cancer à une période ou l'autre de leur vie (excluant les cancers cutanés sans mélanome) (tableau 4). Cependant, seulement 27 de ces 41 hommes atteints mourront du cancer. Chez les femmes, la probabilité d'être atteintes du cancer au cours de leur vie s'établit à 36 pour 100; de cette proportion, 23 sur 100 mourront du cancer.

Tableau 4

Probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, et probabilité d'être atteint du cancer au cours de la vie et de mourir du cancer, selon le sexe, Canada

	Probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge (%) :							Probabilité (tout âge) d' :			
								être atteint		en mourir	
	30	40	50	60	70	80	90	%	Un dans :	%	Un dans :
Hommes											
Tous les cancers	0,7	1,3	2,9	8,2	20,1	34,0	40,2	41,2	2,4	27,0	3,7
Prostate	--	--	--	0,7	4,2	9,5	12,0	12,4	8,1	3,8	26,5
Poumon	--	0,1	0,3	1,5	4,3	7,6	9,0	9,1	10,9	8,3	12,0
Côlon et rectum	--	0,1	0,3	1,1	2,8	5,0	6,2	6,4	15,7	2,8	35,2
Vessie	--	--	0,1	0,4	1,1	2,1	2,6	2,7	36,5	0,9	109,9
Lymphome	0,2	0,3	0,5	0,9	1,4	2,1	2,5	2,5	39,7	1,5	69,0
Cavité buccale	--	0,1	0,2	0,5	1,0	1,4	1,6	1,6	61,7	0,6	175,4
Estomac	--	--	0,1	0,2	0,6	1,1	1,5	1,5	66,7	1,1	90,1
Rein	--	--	0,1	0,4	0,8	1,3	1,5	1,5	67,1	0,6	163,9
Leucémie	0,1	0,2	0,2	0,3	0,6	1,0	1,3	1,3	75,8	0,9	109,9
Pancréas	--	--	0,1	0,2	0,5	0,9	1,1	1,1 [†]	90,1	1,2 [‡]	81,3
Mélanome	--	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	0,9	0,9	107,5	0,3	370,4
Femmes											
Tous les cancers	0,7	1,8	4,8	10,4	18,9	28,5	34,2	35,5	2,8	22,5	4,5
Sein	--	0,4	1,7	3,8	6,5	9,3	10,7	11,0	9,1	4,1	24,6
Côlon et rectum	--	0,1	0,3	0,8	2,1	3,9	5,4	5,7	17,5	2,7	37,3
Poumon	--	0,1	0,3	1,1	2,5	4,0	4,6	4,8	21,0	4,2	23,8
Lymphome	0,1	0,2	0,3	0,6	1,1	1,7	2,2	2,3	44,4	1,3	78,1
Corps de l'utérus	--	--	0,2	0,6	1,3	1,9	2,2	2,2	45,0	0,5	204,1
Ovaire	--	0,1	0,3	0,5	0,9	1,3	1,5	1,5	65,4	1,1	92,6
Pancréas	--	--	--	0,1	0,4	0,8	1,1	1,1 [†]	88,5	1,3 [‡]	76,3
Leucémie	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,7	1,0	1,0	97,1	0,7	140,8
Rein	--	--	0,1	0,3	0,5	0,7	0,9	0,9	106,4	0,4	250,0
Estomac	--	--	0,1	0,1	0,3	0,6	0,8	0,9	109,9	0,8	133,3
Vessie	--	--	--	0,1	0,3	0,6	0,8	0,9	113,6	0,4	227,3
Col de l'utérus	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	0,8	0,8	120,5	0,3	322,6
Mélanome	0,1	0,1	0,3	0,4	0,6	0,7	0,8	0,8	122,0	0,2	555,6

Source : Institut national du cancer, du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*

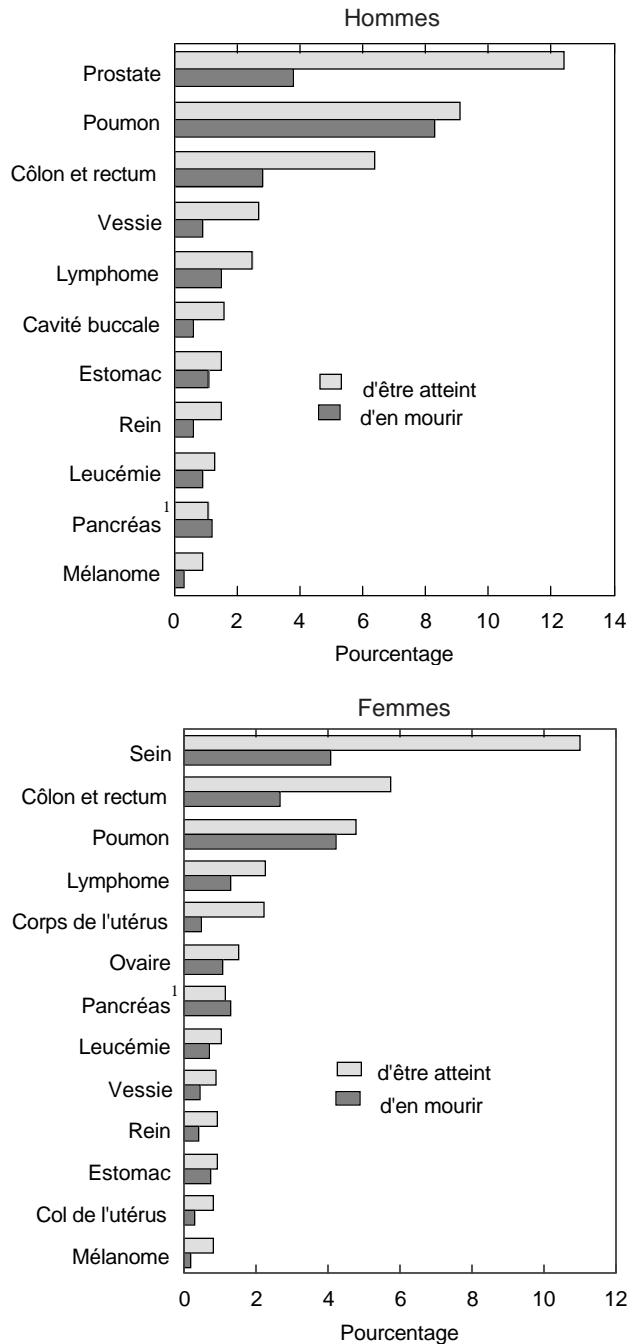
[†] La probabilité d'être atteint d'un cancer est fondée sur les données de 1991 à 1993 et calculée par groupes d'âge choisis; la probabilité de mourir du cancer est fondée sur des données de 1994. La probabilité pour tous les âges est calculée de la naissance à la mort. Le cancer cutané sans mélanome est exclu des calculs.

[‡] Ces probabilités sont approximatives et reposent sur des données transversales, ce qui pourrait expliquer que la probabilité de mourir d'un cancer du pancréas semble plus élevée que la probabilité d'en être atteint.

-- Nombres infimes.

Graphique 4

Probabilité d'être atteint du cancer au cours de la vie (1991 à 1993) et de mourir du cancer (1994), selon le sexe, Canada



Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*

Nota : La probabilité pour tous les âges est calculée de la naissance à la mort et celle-ci repose sur les taux d'incidence de 1991 à 1993.

* Ces probabilités sont approximatives et reposent sur des données transversales, ce qui pourrait expliquer que la probabilité de mourir d'un cancer du pancréas semble plus élevée que la probabilité d'en être atteint.

L'écart relatif qui existe entre la probabilité à vie d'être atteint du cancer et la probabilité de mourir de cette maladie indique le pronostic associé à chaque type de cancer (graphique 4). Chez les hommes et les femmes, le pronostic du cancer du poumon est sombre : ainsi, l'écart entre la probabilité d'être atteints de cette maladie et la probabilité d'en mourir est faible. À l'inverse, pour le cancer de la prostate et du sein, ainsi que pour le cancer du côlon et rectum chez les deux sexes, la probabilité d'avoir ce cancer dépasse largement la probabilité d'en mourir, ce qui témoigne d'un meilleur pronostic pour ces maladies.

Le risque qu'un homme soit atteint du cancer de la prostate avant l'âge de 60 ans est faible (0,7 %) ; ce risque augmente à environ 4 % à l'âge de 70 ans et il atteint 12 % à 90 ans. Au cours d'une vie, le cancer de

Tableau 5

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 1994

	Années potentielles de vie perdues (APVP)					
	Total		Hommes		Femmes	
	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%
Tous les cancers	891	100,0	431	100,0	460	100,0
Poumon	234	26,2	138	32,0	96	20,8
Sein	99	11,2	...	...	99	21,6
Côlon et rectum	83	9,3	42	9,8	41	8,9
Pancréas	41	4,6	19	4,5	22	4,7
Lymphome						
non hodgkinien	35	4,0	19	4,3	17	3,6
Leucémie	33	3,8	18	4,2	15	3,3
Prostate	33	3,8	33	7,8	...	...
Encéphale	32	3,6	17	4,0	15	3,3
Estomac	28	3,2	16	3,8	12	2,6
Ovaire	26	2,9	...	...	26	5,6
Rein	18	2,1	11	2,6	7	1,6
Cavité buccale	16	1,8	12	2,7	5	1,0
Vessie	15	1,7	10	2,3	5	1,1
Myélome multiple	15	1,6	7	1,7	7	1,5
Mélanome	13	1,5	7	1,7	6	1,2
Col de l'utérus	11	1,3	...	...	11	2,4
Corps de l'utérus	9	1,0	...	...	9	1,9
Larynx	8	0,9	6	1,4	2	0,3
Maladie de Hodgkin	3	0,4	2	0,5	1	0,2
Testicule	2	0,2	2	0,4	...	...

Source : Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*

Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont calculés en fonction de l'espérance de vie. Les chiffres et les pourcentages ayant été arrondis, et des sièges ayant été exclus, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Le cancer cutané sans mélanome est exclus des calculs (CIM-9, 173).

... N'ayant pas lieu de figurer.

la prostate frappera 1 homme sur 8, mais seulement 1 homme sur 27 en mourra. En revanche, 1 homme sur 11 sera atteint du cancer du poumon et 1 sur 12 en mourra.

Une femme sur 9 aura un cancer du sein au cours de sa vie et 1 sur 25 en mourra. Enfin, le cancer du poumon frappera 1 femme sur 21 et 1 femme sur 24 en mourra.

Principale cause d'années de vie perdues

La cancer est la principale cause d'années potentielles de vie perdues (APVP), une mesure de décès prématuré, chez les hommes et les femmes. En 1994, le cancer causera la perte de 891 000 années potentielles de vie, c'est-à-dire 29 % des APVP pour l'ensemble des causes de décès (tableau 5). Les cardiopathies viennent au deuxième rang, avec 636 000 APVP. Bien que plus d'hommes que de femmes meurent chaque année du cancer, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, parce que les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes et que le taux de décès par cancer est plus élevé chez les femmes de 30 à 49 ans que chez les hommes du même groupe d'âge.

Les cancers du poumon, du côlon et rectum et de la prostate, les trois cancers les plus répandus chez les hommes, sont responsables de 49 % des APVP dues au cancer. Chez les femmes, les cancers du sein, du poumon et du côlon et rectum représentent 51 % des APVP dues au cancer. Ces taux sont demeurés constants au cours des dernières années. Chez les femmes, toutefois, les APVP dues au cancer du poumon, presque égales aux APVP dues au cancer du sein, traduisent l'accroissement des taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes âgées de 50 à 79 ans.

Plus le cancer est répandu et plus il cause rapidement la mort, plus la mortalité prématurée qui y est associée est élevée. Les APVP dues au cancer du sein, qui s'établissent à 99 000 ans, dépassent largement les années perdues dues au cancer de la prostate (33 000 ans), ces résultats traduisant l'âge

relativement jeune auquel certaines femmes meurent du cancer du sein. À l'opposé, les APVP dues à la maladie de Hodgkin, un cancer moins répandu et relativement guérissable, sont de 3 000.

Remerciements

Un grand nombre de personnes ont contribué à la production des *Statistiques canadiennes sur le cancer 1997* et du présent article. Nous aimerions remercier notamment le personnel des registres provinciaux et territoriaux du cancer; Michel Beaupré du Fichier des tumeurs du Québec ainsi que Marek Wysocki et Carole Morin, de Statistique Canada, Chris Waters, Robert Semenciw et Don Wigle, de Santé Canada, et Mary McBride, du British Columbia Cancer Agency. Le texte du présent article a été adapté de *Statistiques canadiennes sur le cancer 1997* par Marion Pogson, de Stepsoft inc.

Références

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 1997*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1997.
2. M.S. Zdeb, «The probability of developing cancer», *American Journal of Epidemiology*, 106, 1977, p. 6-16.
3. H. Seidman, B.S. Silverberg et A. Bodden, «Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with the cancer», *CA - A Cancer Journal for Clinicians*, 28, 1978, p. 33-46.
4. Y. Peron et C. Stromenger, *Demographic and Health Indicators* (Statistique Canada, n° 82-543F au catalogue) Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services, Canada, 1985.
5. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer *et al.*, «Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer», *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 29-37 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. I.G. Levy, L. Gibbons et J.P. Collins, «Prostate cancer trends in Canada: Rising incidence or increased detection?», *Journal de l'association médicale canadienne*, 149, 1993, p. 617-624.
7. I.G. Levy, «Prostate cancer: the epidemiologic perspective», dans Y. Fradet et Meyer (dir.), *Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer Proceedings*, March 24-27, Québec (Québec), *Canadian Journal of Oncology*, 4(Suppl), 1994, p. 4-7.
8. K.C. Chu, R.E. Tarone, W.-H. Chow *et al.*, «Temporal patterns in colorectal cancer incidence, survival and mortality from 1950 through 1990», *Journal of the National Cancer Institute*, 86, 1994, p. 997-1006.

9. B.A. Miller, L.A. Goecker Ries, B.F. Hankey *et al.*, (dir.), *SEER Cancer Statistics Review: 1973-1990*, (NIH n° pub. 93-2789), Bethesda, Maryland, National Cancer Institute, 1993.
10. Statistique Canada, *Le cancer au Canada*, n° 82-218 au catalogue, annuel, Ottawa, Division des statistiques sur la santé, Ministre de l'Industrie, 1995.

Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1^{er} juillet 1996

	Canada	T.-N.	Î.-P.É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yuk.	T.N.-O.
	en milliers												
Les deux sexes	29 963,6	570,7	137,3	942,8	762,5	7 389,1	11 252,4	1 143,5	1 022,5	2 789,5	3 855,1	31,5	66,6
<1	377,9	6,1	1,7	10,7	8,7	86,1	145,6	16,2	13,8	38,8	48,2	0,5	1,5
1-4	1 582,9	25,8	7,3	45,7	36,7	374,5	602,1	66,3	58,2	162,1	196,2	2,1	5,8
5-9	2 015,8	36,7	10,0	63,1	49,3	462,3	761,9	83,1	79,7	211,6	247,6	2,4	8,1
10-14	2 019,6	43,0	10,1	63,7	52,2	465,9	746,8	81,1	82,0	213,1	253,2	2,5	6,1
15-19	2 002,9	44,7	10,1	63,5	53,3	502,6	721,7	78,5	76,5	196,6	247,8	2,2	5,3
20-24	2 036,3	46,6	9,8	66,5	56,9	478,8	757,6	81,0	70,0	197,1	264,4	2,2	5,5
25-29	2 223,5	45,3	9,8	68,7	57,0	519,7	858,2	81,5	64,3	216,0	294,3	2,4	6,3
30-34	2 631,2	47,1	11,0	80,6	64,6	643,2	1 023,4	93,8	77,7	249,1	330,7	3,3	6,7
35-39	2 666,4	48,0	11,0	82,0	64,6	675,4	996,7	94,4	82,9	263,6	338,8	3,2	5,7
40-44	2 387,5	46,9	9,9	73,8	61,1	610,0	874,6	85,2	75,6	230,9	311,8	3,0	4,6
45-49	2 159,5	42,6	9,8	69,3	56,9	553,5	804,4	75,9	62,9	190,4	287,6	2,7	3,7
50-54	1 672,2	32,4	7,4	53,6	42,2	455,1	616,5	58,8	48,0	139,2	214,9	1,8	2,3
55-59	1 332,6	24,4	6,0	42,7	33,3	349,9	503,3	47,7	41,9	109,5	171,2	0,9	1,7
60-64	1 213,1	20,9	5,6	38,5	30,1	315,4	462,4	44,6	40,6	97,4	155,6	0,8	1,3
65-69	1 129,3	18,6	5,0	34,5	27,7	290,8	433,9	42,7	39,9	87,1	147,4	0,7	1,0
70-74	979,9	15,9	4,5	30,7	25,6	243,5	378,3	40,3	36,9	72,0	131,3	0,4	0,5
75-79	704,3	12,4	3,7	25,2	19,2	168,9	261,6	31,4	30,8	52,8	98,0	0,2	0,3
80-84	467,6	8,0	2,6	16,9	13,1	109,1	170,9	22,7	22,5	34,8	66,8	0,1	0,2
85-89	240,6	3,8	1,4	8,7	6,9	56,7	87,9	11,8	11,9	17,9	33,4	0,0	0,1
90+	120,5	1,6	0,8	4,5	3,2	27,6	44,6	6,4	6,5	9,3	15,9	0,0	0,1
Hommes	14 845,0	285,2	67,7	464,3	377,3	3 642,6	5 560,5	567,4	507,8	1 404,6	1 916,8	16,1	34,6
<1	194,0	3,1	0,9	5,5	4,4	44,2	74,7	8,4	7,1	20,0	24,8	0,2	0,8
1-4	811,9	13,2	3,8	23,7	18,6	191,9	308,5	33,9	29,9	83,5	100,9	1,0	3,0
5-9	1 031,3	18,8	5,1	32,4	25,3	236,5	390,0	42,8	40,6	108,3	126,0	1,3	4,1
10-14	1 031,9	21,8	5,2	32,4	26,6	237,7	382,0	41,8	41,7	109,1	129,3	1,2	3,2
15-19	1 026,3	22,5	5,0	32,1	27,3	257,3	370,8	39,7	39,7	100,7	127,4	1,1	2,6
20-24	1 033,5	23,8	5,0	33,9	28,9	243,8	383,7	41,7	35,6	100,8	132,5	1,1	2,7
25-29	1 121,5	23,1	4,9	35,1	28,9	265,0	429,0	41,5	32,0	109,5	148,0	1,2	3,2
30-34	1 334,0	23,5	5,3	40,6	32,6	328,4	518,2	47,9	38,5	127,1	166,7	1,7	3,5
35-39	1 343,9	24,0	5,4	40,5	32,3	340,8	502,1	48,2	42,0	134,8	169,2	1,6	2,9
40-44	1 191,8	23,5	5,0	36,1	30,3	305,4	432,8	42,7	38,8	117,8	155,4	1,5	2,4
45-49	1 084,8	21,5	5,0	34,8	28,8	277,0	401,0	38,4	32,3	97,1	145,6	1,3	2,1
50-54	838,2	16,5	3,8	27,1	21,4	225,8	307,6	29,5	24,1	71,0	109,1	1,0	1,3
55-59	661,9	12,5	3,0	21,3	16,7	171,8	249,0	23,7	20,7	55,8	86,0	0,6	0,9
60-64	596,2	10,5	2,7	19,0	14,7	151,6	226,3	22,0	20,2	48,8	79,3	0,4	0,7
65-69	536,2	9,1	2,5	16,0	12,9	133,5	206,9	20,1	19,3	42,5	72,4	0,4	0,5
70-74	432,8	7,4	2,1	13,4	11,4	104,4	166,4	17,8	17,0	32,8	59,6	0,2	0,2
75-79	289,2	5,4	1,5	10,3	8,0	65,6	108,0	13,0	13,1	22,4	41,6	0,1	0,1
80-84	174,9	3,2	0,9	6,2	4,9	38,0	64,1	8,7	8,9	13,4	26,5	0,0	0,1
85-89	78,3	1,4	0,5	2,9	2,2	16,9	28,1	4,1	4,2	6,2	11,7	0,0	0,1
90+	32,5	0,5	0,2	1,1	0,9	6,9	11,5	1,6	2,1	2,9	4,7	0,0	0,0
Femmes	15 118,6	285,5	69,6	478,5	385,2	3 746,6	5 691,9	576,1	514,7	1 385,0	1 938,3	15,3	31,9
<1	184,0	3,0	0,8	5,2	4,3	41,9	70,9	7,9	6,7	18,9	23,4	0,2	0,7
1-4	771,0	12,6	3,5	22,0	18,0	182,6	293,7	32,4	28,4	78,6	95,2	1,1	2,8
5-9	984,5	17,9	4,9	30,7	24,0	225,8	372,0	40,2	39,1	103,4	121,6	1,1	3,9
10-14	987,7	21,1	4,9	31,3	25,6	228,2	364,8	39,3	40,3	104,0	123,9	1,2	2,9
15-19	976,5	22,2	5,1	31,4	26,0	245,3	350,9	38,8	36,8	95,9	120,4	1,1	2,7
20-24	1 002,9	22,8	4,8	32,6	28,0	234,9	373,9	39,3	34,4	96,3	132,0	1,1	2,7
25-29	1 102,1	22,2	4,9	33,6	28,1	254,7	429,2	40,0	32,3	106,5	146,3	1,2	3,0
30-34	1 297,2	23,6	5,6	40,0	32,0	314,8	505,2	46,0	39,1	122,1	164,0	1,6	3,2
35-39	1 322,5	24,1	5,6	41,5	32,3	334,6	494,6	46,2	40,8	128,9	169,6	1,7	2,7
40-44	1 195,7	23,5	4,9	37,6	30,8	304,5	441,9	42,6	36,8	113,1	156,4	1,5	2,1
45-49	1 074,7	21,1	4,8	34,5	28,1	276,5	403,5	37,5	30,6	93,3	142,0	1,3	1,6
50-54	834,0	15,9	3,6	26,5	20,8	229,4	308,9	29,2	23,9	68,2	105,8	0,8	1,0
55-59	670,7	11,9	3,0	21,5	16,6	178,1	254,3	24,0	21,2	53,8	85,2	0,4	0,7
60-64	616,9	10,3	2,9	19,5	15,4	163,8	236,1	22,6	20,4	48,6	76,3	0,4	0,7
65-69	593,1	9,5	2,5	18,5	14,8	157,3	227,0	22,6	20,6	44,6	74,9	0,3	0,5
70-74	547,1	8,5	2,4	17,3	14,2	139,1	211,8	22,5	19,9	39,2	71,7	0,2	0,2
75-79	415,1	7,0	2,2	14,9	11,2	103,2	153,6	18,4	17,7	30,4	56,4	0,1	0,1
80-84	292,7	4,9	1,7	10,7	8,1	71,1	106,8	14,1	13,6	21,4	40,3	0,1	0,1
85-89	162,3	2,4	1,0	5,8	4,6	39,8	59,8	7,7	7,7	11,7	21,7	0,0	0,0
90+	88,0	1,1	0,6	3,4	2,3	20,7	33,1	4,7	4,4	6,3	11,2	0,0	0,0

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

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

Index par sujet - Volumes 4 à 8 (1992-1997) :

Travaux de recherche et rapports

A

Abus conjugaux

Voir Violence conjugale

Accessibilité aux services de santé

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche?
Ng, E., Wilkins, R., Pole, J., *et al.*, 8(4), 1997, p. 21-34.

Accidents

Les accidents au Canada, 1988 et 1993. Millar, W.J., 7(2), 1995, p. 7-17.

Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés.
Riley, R., 4(4), 1992, p. 341-354.

Accident vasculaire cérébral

Correction des facteurs de risque dans la prévention de l'accident cérébrovasculaire : principaux essais cliniques sur l'hypertension. Borhani, N.E., 6(1), 1994, p. 76-86.

La dyslipidémie et les facteurs métaboliques dans la genèse de la crise cardiaque et de l'accident cérébrovasculaire. Horlick, L., 6(1), 1994, p. 94-99.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires.
Reeder, B.A., 6(1), 1994, p. 9-12.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires : méthodes et tendances. Kurtzke, J.F., 6(1), 1994, p. 13-21.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires au Canada. Petrasovits, A., Nair, C., 6(1), 1994, p. 39-44.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires chez les Japonais à Hawaï au cours d'un suivi de 24 années : The Honolulu Heart Program. Yano, K., Popper, J.S., Kagan, A., *et al.*, 6(1), 1994, p. 28-38.

Les facteurs alimentaires, liés aux accidents cérébrovasculaires et aux principales maladies cardio-vasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Yamori, Y., Nara, Y., Mizushima, S., *et al.*, 6(1), 1994, p. 22-27.

Mortalité cérébrovasculaire et facteurs de risque connexes en Finlande : tendances des 20 dernières années. Sarti, C., Vartiainen, E., Torppa, J., *et al.*, 6(1), 1994, p. 196-206.

Relation entre le taux de cholestérol et les accidents cérébrovasculaires. Jacobs, D.R., 6(1), 1994, p. 87-93.

Le rôle de l'exercice physique dans la prévention des accidents cérébrovasculaires. Fletcher, G.F., 6(1), 1994, p. 106-110.

Plan du projet de prévention clinique des accidents cérébrovasculaires de la Saskatchewan. Reeder, B.A., Ramsden, V., Shuaib, A., *et al.*, 6(1), 1994, p. 166-170.

Pratique clinique préventive. Goldstein, L.B., 6(1), 1994, p. 139-141.

La prévention de l'accident cérébrovasculaire en présence de fibrillation auriculaire : une mise à jour.
Hart, R.G., 6(1), 1994, p. 126-131.

La prévention des accidents cérébrovasculaires : facteurs à considérer aux fins de l'élaboration d'une politique en matière de santé. Lenfant, C., Roccella, E.J., 6(1), 1994, p. 216-223.

Prévention des accidents cérébrovasculaires : incidence sur la politique en matière de santé. Chockalingam, A., 6(1), 1994, p. 207-210.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon.
Yamori, Y., Horie, R., 6(1), 1994, p. 181-188.

Prévention des accidents cérébrovasculaires au niveau communautaire : un défi pour le Portugal.
Carrageta, M.O., Negro, L., de Padua, F., 6(1), 1994, p. 189-195.

Prévention primaire des accidents cérébrovasculaires. Chockalingam, A., 6(1), 1994, p. 73-75.

Prévention secondaire de l'accident cérébrovasculaire. Shuaib, A., 6(1), 1994, p. 111-113.

Projet P.O.R.T. : prévention secondaire et tertiaire des accidents cérébrovasculaires. Goldstein, L.B., Matchar, D.B., 6(1), 1994, p. 154-159.

Promouvoir le renoncement au tabac : la prévention des accidents cérébrovasculaires. Wilson, E., 6(1), 1994, p. 100-105.

La surveillance des accidents cérébrovasculaires. Phillips, S.J., 6(1), 1994, p. 55-57.

La surveillance des accidents cérébrovasculaires : un aperçu. Wielgosz, A.T., 6(1), 1994, p. 58-61.

Surveillance des accidents cérébrovasculaires au Canada. Mayo, N.E., Chockalingam, A., Reeder, B.A., et al., 6(1), 1994, p. 62-72.

Survol des progrès en prévention des accidents cérébrovasculaires. Barnett, H.J.M., 6(1), 1994, p. 132-138.

Actes médicaux

Voir Classification

Activités de la vie quotidienne

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. Ng, E., 8(1), 1996, p. 25-33.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. Wilkins, K., Park, E., 8(3), 1996, p. 7-17.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : caractéristiques des clients, raisons de l'aiguillage et raisons de l'omission de se présenter. Gutman, G.M., Milstein, S., Killam, J., et al., 5(3), 1993, p. 321-333.

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : modèles, caractéristiques et services. Gutman, G.M., Milstein, S., Killam, J., et al., 5(2), 1993, p. 189-207.

Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés. Riley, R., 4(4), 1992, p. 341-354.

Mesures de l'aide extérieure que reçoivent et procurent les aînés. Lapierre, L., 4(4), 1992, p. 355-366.

Recul de la mortalité par âge chez les enfants et les aînés, au Canada et aux États-Unis, 1971-1989. Ng, E., 4(4), 1992, p. 367-378.

Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique : attitudes et opinions. McAllister, N.L., Hollander, M., 5(4), 1993, p. 409-418.

Résidents âgés des établissements de santé. Tully, P., Mohl, C., 7(3), 1995, p. 27-30.

Soins hospitaliers de courte durée à l'égard des aînés atteints de troubles psychiatriques. Riley, R., 4(1), 1992, p. 53-65.

Alcoolisme

Alcoolisme - Présentation d'un indice composite pour mesurer la gravité des problèmes liés à l'alcoolisme. Riley, R., Adrian, M., 5(4), 1993, p. 383-398.

Anévrismes de l'aorte, abdominale

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. Millar, W.J., Cole, C.W., Hill, G.B., 7(1), 1995, p. 21-30.

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

Un aperçu des avortements thérapeutiques au Canada en 1992. Wadhera, S., 6(2), 1994, p. 279-286.

Avortements du deuxième trimestre : tendances et complications médicales. Wadhera, S., 6(4), 1994, p. 441-455.

Avortements thérapeutiques, Canada et provinces, 1990. Wadhera, S., Strachan, J., 4(2), 1992, p. 210-217.

Issue des grossesses. Wadhera, S., Millar, W.J., 8(1), 1996, p. 7-16.

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

Issue des grossesses. Wadhera, S., Millar, W.J., 8(1), 1996, p. 7-16.

B

Base de données

Faits saillants sur la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Strachan, J., Flor, L., Moïse, P., 6(2), 1994, p. 295-299.

Historique de la statistique de l'état civil au Canada: première partie - de 1605 à 1945. Fair, M., 6(3), 1994, p. 355-375.

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes. Copeston, P., Fenton, S., Kjellstrand, C., 6(4), 1994, p. 457-468.

Blessures

Voir Accidents

C

Cancer

Le cancer infantile chez des cohortes de naissance dont on connaît les concentrations en strontium-90. Hole, D.J., Gillis, C.R., Sumner, D., 5(1), 1993, p. 39-43.

Contrôle de la qualité des données internationales sur l'incidence du cancer. Whelan, S.L., 5(1), 1993, p. 73-79.

Données de classification par stades appliquées à une microsimulation du cancer du poumon. Gentleman, J.F., Will, P.B., Berkel, H., et al., 4(3), 1992, p. 251-268.

Étude épidémiologique du cancer du foie effectuée à l'aide d'un registre du cancer fondé sur la population de Khon Kaen en Thaïlande. Sriamporn, S., 5(1), 1993, p. 51-58.

Étude de l'intégralité de la déclaration des cas de cancer selon la taille de l'hôpital et la source de référence - Surveillance, Epidemiology and End Results Program (Program SEER). Zippin, C., Lum, D., 5(1), 1993, p. 87-90.

Étude portant sur une grappe de cas de leucémie infantile. Deschamps, M., Band, P., 5(1), 1993, p. 81-85.

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997. Le Comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer, et al., 8(4), 1997, p. 43-54.

Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) 1969-1988. Gaudette, L.A., Gao, R.N., Freitag, S., et al., 5(1), 1993, p. 23-32.

Incidence du cancer dans la région métropolitaine de Melbourne chez les membres du corps des pompiers, 1980-1989. Giles, G., Staples, M., Berry, J., 5(1), 1993, p. 33-38.

Mesure de l'incidence du cancer de la peau. Kricger, A., Armstrong, B.K., Parkin, D.M., 5(1), 1993, p. 63-66.

Modèle pour l'estimation du coût et du fardeau associés au diagnostic et au traitement du cancer du sein au Canada. Will, B.P., Berthelot, J.-M., Houle, C. et al., 5(4), 1993, p. 399-408.

Précision des renseignements sur le lieu de résidence au niveau des municipalités dans le Registre du cancer de l'Ontario : Résultats d'une étude pilote. Marrett, L.D., Weir, E., 5(1), 1993, p. 11-16.

Le projet relatif aux cas signalés par les hôpitaux seulement. Holowaty, E.J., Dale, D., 5(1), 1993, p. 91-95.

Le registre du cancer peut-il servir à appuyer un programme communautaire de lutte contre le cancer? Nemecek, A., Schipper, H., Trylinski, C., 5(1), 1993, p. 17-21.

Risques professionnels associés au cancer en Alberta. Fincham, S., MacMillan, A., Turner, D., et al., 5(1), 1993, p. 67-72.

La statistique canadienne sur le cancer, 1992. Makomaski Illing, E.M., Gaudette, L.A., McLaughlin, J., et al., 4(2), 1992, p. 161-174.

Le système international d'échange de données sur les patients atteints de cancer (SIEDPAC). Guinee, V.F., 5(1), 1993, p. 97-103.

Tableau épidémiologique des affections malignes chez l'enfant en Slovaquie, 1968-1987. Plesko, I., Kramárová, E., Obsitníková, A., 5(1), 1993, p. 59-62.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'estomac dans les régions rurales et urbaines de la voïévodie de Wroclaw et en Pologne, 1980-1989. Kornafel, J., Chmielarczyk, W., Wawrzkiwicz, M. et al., 5(1), 1993, p. 45-49.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. Gaudette, L., Silberberger, C., Altmayer, C.A., et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances relatives à l'incidence de la leucémie infantile entre 1961 et 1985 et à l'exposition des parents aux rayonnements. Bell, J., 5(1), 1993, p. 111-115.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. Gaudette, L.A., Altmayer, C.A., Nobrega, K.M.P., et al., 8(3), 1996, p. 19-30.

Tendances de la survie au cancer dans le sud-est des Pays-Bas depuis 1975 : l'expérience du registre du cancer d'Eindhoven. Coebergh, J.W., Crommelin, M.A., van der Heijden, L.H., *et al.*, 5(1), 1993, p. 105-110.

Utilisation des données d'un registre du cancer pour l'évaluation du traitement du cancer de l'ovaire dans les hôpitaux. Hole, D.J., Gillis, C.R., 5(1), 1993, p. 117-119.

Causes de décès

Voir aussi Mortalité
Suicide

Causes de décès : différences entre les sexes. Wilkins, K., 7(2), 1995, p. 39-50.

Césariennes

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre? Millar, W.J., Nair, C., Wadhera, S., 8(1), 1996, p. 17-24.

Chirurgie

Fractures de la hanche: mortalité, morbidité et traitement chirurgical. Millar, W.J., Hill, G.B., 6(3), 1994, p. 323-337.

Taux élevés et faibles des interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada. Gentleman, J.F., Parsons, G.F., Walsh, M.N., *et al.*, 6(4), 1994, p. 403-440.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993. Randhawa, J., Riley, R., 7(1), 1995, p. 45-53.

Classification

Classification des actes médicaux au Canada - vers quoi se dirige-t-on? Taylor, E., Murray, J., 5(3), 1993, p. 303-314.

Collecte de données

Voir aussi Enquête sur la santé

Contrôle de la qualité des données internationales sur l'incidence du cancer. Whelan, S.L., 5(1), 1993, p. 73-79.

Le système international d'échange de données sur les patients atteints de cancer (SIEDPAC). Guinee, V.F., 5(1), 1993, p. 97-103.

Utilisation des codes postaux et des adresses dans l'analyse des données sur la santé. Wilkins, R., 5(2), 1993, p. 157-177.

Utilisation des données d'un registre du cancer pour l'évaluation du traitement du cancer de l'ovaire dans les hôpitaux. Hole, D.J., Gillis, C.R., 5(1), 1993, p. 117-119.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Consultation externe

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. Tully, P., Saint-Pierre, É., 8(4), 1997, p. 35-42.

Coroners et médecins légistes

Le rôle du coroner en Ontario: interroger la mort pour protéger la vie. Young, J., Wagner, J.M., 6(3), 1994, p. 339-347.

Commentaires sur le rôle du coroner en Ontario: interroger la mort pour protéger la vie. Wilkins, K., 6(3), 1994, p. 353.

D

Décès

Voir aussi Causes de mortalité
Suicide

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique. Burr, K.F., McKee, B., Foster, L.T., *et al.*, 7(2), 1995, p. 19-27.

Décès 1993. Nault, F., Wilkins, K., 7(1), 1995, p. 55-67.

Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986. Wilkins, R., Sherman, G.J., Best, P.A.F., 3(1), 1991, p. 7-31.

Mortalité cérébrovasculaire et facteurs de risque connexes en Finlande : tendances des 20 dernières années. Sarti, C., Vartiainen, E., Torppa, J., *et al.*, 6(1), 1994, p. 196-206.

Mortalité différentielle entre trois populations: résidents des pays scandinaves, immigrants au Canada d'origine scandinave et résidents canadiens nés au Canada, 1979-1985. Valkonen, T., Brancker, A., Reijo, M., 4(2), 1992, p. 137-159.

Recul de la mortalité par âge chez les enfants et les aînés au Canada et aux États-Unis, 1971-1989. Ng, E., 4(4), 1992, p. 367-378.

Un survol de la mortalité au Canada en 1992. Nault, F., Ford, D., 6(2), 1994, p. 287-294.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. Gaudette, L., Silberberger, C., Altmayer, C.A., et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. Millar, W.J., Cole, C.W., Hill, G.B., 7(1), 1995, p. 21-30.

Démence

Démence chez les personnes âgées. Hill, G., Forbes, W., Berthelot, J.-M., et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

Démographie

Impact des nouvelles estimations de la population sur la statistique de la santé et de l'état civil. Bender, R., 7(1), 1995, p. 7-20.

Les mariages au Canada : analyse des tendances démographiques 1921-1990. Wadhwa, S., Strachan, J., 4(4), 1992, p. 403-421.

Dépendance

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E., 8(3), 1996, p. 31-41.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. Ng, E., 8(1), 1996, p. 25-33.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Dépression. Beaudet, M.P., 7(4), 1996, p. 11-25.

La dépression : un trouble partiellement traité? Diverty, B., Beaudet, M., 8(4), 1997, p. 9-19.

Divorce

Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent. Gentleman, J.F., Park, E., 6(2), 1994, p. 225-240.

Dossiers médicaux

Voir Collection de données
Enquêtes sur la santé

Douleur

La douleur chronique. Millar, W.J., 7(4), 1996, p. 51-58.

E

Enfants

Le cancer infantile chez des cohortes de naissance dont on connaît les concentrations en strontium-90. Hole, D.J., Gillis, C.R., Sumner, D., 5(1), 1993, p. 39-43.

Enquête sur l'augmentation des cas d'asthme chez les enfants d'âge préscolaire au Manitoba, Canada. Johansen, H., Dutta, M., Mao, Y., et al., 4(4), 1992, p. 379-402.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNE). Montigny, G., 5(3), 1993, p. 317-320.

Étude portant sur une grappe de cas de leucémie infantile. Deschamps, M., Band, P., 5(1), 1993, p. 81-85.

Recul de la mortalité par âge chez les enfants et les aînés au Canada et aux États-Unis, 1971-1989. Ng, E., 4(4), 1992, p. 367-378.

Tableau épidémiologique des affections malignes chez l'enfant en Slovaquie, 1968-1987. Plesko, I., Kramárová, E., Obsitníková, A., 5(1), 1993, p. 59-62.

Tendances relatives à l'incidence de la leucémie infantile entre 1961 et 1985 et à l'exposition des parents aux rayonnements. Bell, J., 5(1), 1993, p. 111-115.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

Aperçu de certaines enquêtes sur la santé au Canada, de 1985 à 1991. Adams, O.B., Ramsay, T., Millar, W.J., 4(1), 1992, p. 25-52.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNE). Montigny, G., 5(3), 1993, p. 317-320.

Enquête nationale sur la santé de la population : premiers faits saillants. Catlin, G., Will, P.B., 4(3), 1992, p. 313-319.

Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Tambay, J.-L., Catlin, G., 7(1), 1995, p. 31-42.

Espérance de vie

Voir aussi Tables de mortalité
Indicateurs du statut de la santé

Démence chez les personnes âgées. Hill, G., Forbes, W., Berthelot, J.-M., et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction. Millar, W.J., Hill, G.B., 7(3), 1995, p. 7-14.

Espérance de vie ajustée sur la santé. Wolfson, M.C., 8(1), 1996, p. 43-49.

L'espérance de vie des Canadiens. Millar, W.J., 7(3), 1995, p. 23-26.

Établissements de soins de santé

Maisons d'hébergement pour femmes violentées. Trudeau, R., 7(3), 1995, p. 31-35.

Profil des maisons d'hébergement et refuges pour victimes de violence familiale. MacDonald, G., Touchette, L., 5(2), 1993, p. 131-142.

Résidents âgés des établissements de santé. Tully, P., Mohl, C., 7(3), 1995, p. 27-30.

Exercice

Le rôle de l'exercice physique dans la prévention des accidents cérébrovasculaires. Fletcher, G.F., 6(1), 1994, p. 106-110.

F

Fertilité

Voir aussi Grossesse

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. Ford, D., Nault, F., 8(3), 1996, p. 43-51.

Fractures de la hanche

Fractures de la hanche: mortalité, morbidité et traitement chirurgical. Millar, W.J., Hill, G.B., 6(3), 1994, p. 323-337.

G

Grossesse

Voir aussi Fertilité

Issue des grossesses. Wadhera, S., Millar, W.J., 8(1), 1996, p. 7-16.

H

Hôpitaux

Voir aussi Établissements de soins de santé

À quelle distance se trouve le plus proche hôpital? Le calcul des distances à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada. Ng, E., Wilkins, R., Perras, A., 5(2), 1993, p. 179-188.

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. Tully, P., Saint-Pierre, É., 8(4), 1997, p. 35-42.

Hospitalisation

Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers. Johansen, H., Nair, C., Bond, J., 6(2), 1994, p. 253-277.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Chen, J., Ng, E., Wilkins, R., 7(4), 1996, p. 37-50.

Soins hospitaliers de courte durée à l'égard des aînés atteints de troubles psychiatriques. Riley, R., 4(1), 1992, p. 53-65.

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. Randhawa, J., Riley, R., 7(4), 1996, p. 59-65.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993. Randhawa, J., Riley, R., 7(1), 1995, p. 45-53.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. Millar, W.J., Cole, C.W., Hill, G.B., 7(1), 1995, p. 21-30.

Hypertension

Cohérence de divers indicateurs de l'hypertension fondés sur des données recueillies par questionnaires et par mesures physiques dans l'Enquête santé Canada. Gentleman, J.F., Tomiak, M., 4(3), 1992, p. 293-311.

Facteurs de risque de l'hypertension selon l'Enquête santé Canada. Tomiak, M., Gentleman, J.F., 5(4), 1993, p. 419-428.

I

Immigrants

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E., 8(3), 1996, p. 31-41.

Mortalité différentielle entre trois populations : résidents des pays scandinaves, immigrants au Canada d'origine scandinave et résidents canadiens nés au Canada, 1979-1985. Valkonen, T., Brancker, A., Reijo, M., 4(2), 1992, p. 137-159.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Chen, J., Ng, E., Wilkins, R., 7(4), 1996, p. 37-50.

La tuberculose, 1994. Wilkins, K., 8(1), 1996, p. 35-41.

Indicateurs du statut de la santé

Voir aussi Espérance de vie
Tables de mortalité

Développement des indices d'espérance de vie en santé : réunion internationale du Réseau Espérance de Vie en Santé (REVES). Adams, O.B., Wilkins, R., 4(1), 1992, p. 67-72.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E., 8(3), 1996, p. 31-41.

Espérance de vie ajustée sur la santé. Wolfson, M.C., 8(1), 1996, p. 43-49.

Impact des nouvelles estimations de la population sur la statistique de la santé et de l'état civil. Bender, R., 7(1), 1995, p. 7-20.

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique. Roberge, R., Berthelot, J.-M., Wolfson, M., 7(2), 1995, p. 29-37.

La santé : une question d'attitude. Hood, S., Beaudet, M.P., Catlin, G., 7(4), 1996, p. 27-36.

Soins de santé et état de santé - Une comparaison statistique entre le Canada et les États-Unis. Nair, C., Karim, R., Nyers, C., 4(2), 1992, p. 175-183.

Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991. Millar, W., Stephens, T., 5(2), 1993, p. 143-156.

L

Limitations d'activités

Voir aussi Personne incapacité

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. Ng, E., 8(1), 1996, p. 25-33.

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladies du système circulatoire

L'aspirine administrée dans les cas d'atteinte carotidienne asymptomatique. Côté, R., 6(1), 1994, p. 114-120.

Les facteurs alimentaires, liés aux accidents cérébrovasculaires et aux principales maladies cardiovasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Yamori, Y., Nara, Y., Mizushima, S., et al., 6(1), 1994, p. 22-27.

Fondement théorique des mesures d'intervention communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. MacLean, D.R., 6(1), 1994, p. 174-180.

Ischémie cérébrale transitoire : prévalence dans la communauté et sensibilisation. Toole, J.F., 6(1), 1994, p. 121-125.

Le retard de croissance intra-utérin augmente le risque de maladies cardiovasculaires. Martyn, C.N., Barker, D.J.P., 6(1), 1994, p. 45-53.

Trouver le juste équilibre. MacLean, D.R., 6(1), 1994, p. 171-173.

Maladies du système respiratoire

Enquête sur l'augmentation des cas d'asthme chez les enfants d'âge préscolaire au Manitoba, Canada. Johansen, H., Dutta, M., Mao, Y., et al., 4(4), 1992, p. 379-402.

Mammographie

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. Gaudette, L.A., Altmayer, C.A., Nobrega, K.M.P., et al., 8(3), 1996, p. 19-30.

Mariage

Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent. Gentleman, J.F., Park, E., 6(2), 1994, p. 225-240.

Les mariages au Canada : analyse des tendances démographiques 1921-1990. Wadhera, S., Strachan, J., 4(4), 1992, p. 403-421.

Vingt ans de mariage. Nault, F., 8(2), 1996, p. 41-49.

Médecins

Faits saillants sur la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Strachan, J., Flor, L., Moïse, P., 6(2), 1994, p. 295-299.

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche?
Ng, E., Wilkins, R., Pole, J., *et al.*, 8(4), 1997, p. 21-34.

Morbidité

Voir Hospitalisation

Mortalité

Voir Décès

N

Naissances

La base de données canadienne sur les naissances : un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue de la grossesse. Fair, M., Cyr, M., 5(3), 1993, p. 281-290.

Caractéristiques démographiques des mères et taux d'insuffisance pondérale à la naissance au Canada, 1961 à 1990. Ng, E., Wilkins, R., 6(2), 1994, p. 241-252.

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. Ford, D., Nault, F., 8(3), 1996, p. 43-51.

Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974-1990. Millar, W.J., Wadhera, S., Nimrod, C., 4(3), 1992, p. 223-250.

Néoplasme

Voir Cancer

Nourrisson, poids faible à la naissance

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique. Burr, K.F., McKee, B., Foster, L.T., *et al.*, 7(2), 1995, p. 19-27.

Nutrition

Les facteurs alimentaires liés aux accidents cérébrovasculaires et aux principales maladies cardiovasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Yamori, Y., Nara, Y., Mizushima, S., *et al.*, 6(1), 1994, p. 22-27.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon. Yamori, Y., Horie, R., 6(1), 1994, p. 181-188.

P

Personne incapacité

Voir aussi Limitations d'activités

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E., 8(3), 1996, p. 31-41.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. Wilkins, K., Park, E., 8(3), 1996, p. 7-17.

Personnel infirmier

L'étude OXCHECK : perspective des infirmières. O'Neill, C., 6(1), 1994, p. 160-165.

Infirmiers autorisés, 1995. Trudeau, R., 8(2), 1996, p. 23-30.

Le personnel infirmier au Canada - 1991. Paton, S., Lobin, T., 4(3), 1992, p. 321-329.

Peuples autochtones

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. Ng, E., 8(1), 1996, p. 25-33.

Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) 1969-1988. Gaudette, L.A., Gao, R.N., Freitag, S., *et al.*, 5(1), 1993, p. 23-32.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. Gaudette, L., Silberberger, C., Altmayer, C.A., *et al.*, 8(2), 1996, p. 31-40.

La tuberculose, 1994. Wilkins, K., 8(1), 1996, p. 35-41.

Planification de la santé

Voir aussi Planification de santé
Soins de santé régionale

La réforme de la santé en Saskatchewan. Bell, G., 6(1), 1994, p. 211-215.

Planification de santé régionale

Voir Planification de soins de santé
Soins de santé

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique. Burr, K.F., McKee, B., Foster, L.T., *et al.*, 7(2), 1995, p. 19-27.

Fondement théorique des mesures d'intervention communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. MacLean, D.R., 6(1), 1994, p. 174-180.

Le registre du cancer peut-il servir à appuyer un programme communautaire de lutte contre le cancer? Nemecek, A., Schipper, H., Trylinski, C., 5(1), 1993, p. 17-21.

Poids faible à la naissance

Voir Nourrisson, poids faible à la naissance

Problèmes de santé chroniques

La douleur chronique. Millar, W.J., 7(4), 1996, p. 51-58.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. Wilkins, K., Park, E., 8(3), 1996, p. 7-17.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Chen, J., Ng, E., Wilkins, R., 7(4), 1996, p. 37-50.

Profession

Voir Statut socioéconomique

Promotion de la santé

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. Millar, W., 8(2), 1996, p. 13-22.

Psychiatrie

Voir Santé mentale

R

Revenu

Voir Statut socioéconomique

S

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

Niveau de soins requis par les anciens patients des hôpitaux psychiatriques. Richman, A., Britton, B., 4(3), 1992, p. 269-275.

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. Randhawa, J., Riley, R., 7(4), 1996, p. 59-65.

Soins hospitaliers de courte durée à l'égard des aînés atteints de troubles psychiatriques. Riley, R., 4(1), 1992, p. 53-65.

Santé préventive

Accroître la pratique préventive. Stachenko, S., 6(1), 1994, p. 1-7.

Correction des facteurs de risque dans la prévention de l'accident cérébrovasculaire : principaux essais cliniques sur l'hypertension. Borhani, N.E., 6(1), 1994, p. 76-86.

Plan du projet de prévention clinique des accidents cérébrovasculaires de la Saskatchewan. Reeder, B.A., Ramsden, V., Shuaib, A., et al., 6(1), 1994, p. 166-170.

Pratique clinique préventive. Goldstein, L.B., 6(1), 1994, p. 139-141.

La pratique de la prévention. Elford, R.W., Jennett, P., Bell, N., et al., 6(1), 1994, p. 142-153.

La prévention des accidents cérébrovasculaires : facteurs à considérer aux fins de l'élaboration d'une politique en matière de santé. Lenfant, C., Roccella, E.J., 6(1), 1994, p. 216-223.

Prévention des accidents cérébrovasculaires : incidence sur la politique en matière de santé. Chockalingam, A., 6(1), 1994, p. 207-210.

La prévention de l'accident cérébrovasculaire en présence de fibrillation auriculaire : une mise à jour. Hart, R.G., 6(1), 1994, p. 126-131.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon. Yamori, Y., Horie, R., 6(1), 1994, p. 181-188.

Prévention des accidents cérébrovasculaires au niveau communautaire : un défi pour le Portugal. Carrageta, M.O., Negrao, L., de Padua, F., 6(1), 1994, p. 189-195.

Prévention primaire des accidents cérébro-vasculaires. Chockalingam, A., 6(1), 1994, p. 73-75.

Prévention secondaire de l'accident cérébrovasculaire. Shuaib, A., 6(1), 1994, p. 111-113.

Prévention secondaire et tertiaire des accidents cérébrovasculaires. Goldstein, L.B., Matchar, D.B., 6(1), 1994, p. 154-159.

Survivance des progrès en prévention des accidents cérébrovasculaires. Barnett, H.J.M., 6(1), 1994, p. 132-138.

Santé professionnelle

Mise à jour d'une étude épidémiologique sur les travailleurs d'une usine d'affinage hydrométallurgique du nickel à Fort Saskatchewan en Alberta. Egedahl, R.D., Carpenter, M., Homik, R., 5(3), 1993, p. 291-302.

Risques professionnels associés au cancer en Alberta. Fincham, S., MacMillan, A., Turner, D., et al., 5(1), 1993, p. 67-72.

Soins de santé

Voir aussi Planification de la santé
Planification de santé régionale

Aperçu des systèmes de santé du Canada et de certains pays de l'OCDE. Nair, C., Karim, R., 5(3), 1993, p. 259-279.

Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers. Johansen, H., Nair, C., Bond, J., 6(2), 1994, p. 253-277.

Soins de santé et état de santé - Une comparaison statistique entre le Canada et les États-Unis. Nair, C., Karim, R., Nyers, C., 4(2), 1992, p. 175-183.

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. Randhawa, J., Riley, R., 7(4), 1996, p. 59-65.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993. Randhawa, J., Riley, R., 7(1), 1995, p. 45-53.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : caractéristiques des clients, raisons de l'aiguillage et raisons de l'omission de se présenter. Gutman, G.M., Milstein, S., Killam, J., et al., 5(3), 1993, p. 321-333.

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : modèles, caractéristiques et services. Gutman, G.M., Milstein, S., Killam, J., et al., 1993, 5(2), p. 189-207.

Inégalités dans la prestation de soins au Canada. Dowler, J.M., Jordan-Simpson, D.A., Adams, O.B., 4(2), 1992, p. 125-136.

Mesures de l'aide extérieure que reçoivent et procurent les aînés. Lapierre, L., 4(4), 1992, p. 355-366.

Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique : attitudes et opinions. McAllister, N.L., Hollander, M., 5(4), 1993, p. 409-418.

Statistiques de l'état civil

Voir Décès
Démographie
Divorce
Mariage
Naissances

Historique de la statistique de l'état civil au Canada: première partie - de 1605 à 1945. Fair, M., 6(3), 1994, p. 355-375

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

La santé : une question d'attitude. Hood S., Beaudet M.P., Catlin, G., 7(4), 1996, p. 27-36.

Suicide

Voir aussi Cause de décès
Décès

Statut socioéconomique

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. Millar, W., 8(2), 1996, p. 13-22.

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique. Roberge, R., Berthelot, J.-M., Wolfson, M., 7(2), 1995, p. 29-37.

Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991. Millar, W., Stephens, T., 5(2), 1993, p. 143-156.

T

Tabagisme

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. Millar, W., 8(2), 1996, p. 13-22.

Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens. Millar, W.J., 4(1), 1992, p. 7-24.

Promouvoir le renoncement au tabac : la prévention des accidents cérébrovasculaires. Wilson, E., 6(1), 1994, p. 100-105.

Rapport sommaire de l'Atelier sur la surveillance de l'usage du tabac. Mills, C., Stephens, T., Wilkins, K., 6(3), 1994, p. 377-387.

Tables de mortalité

Voir aussi *Espérance de vie*
Indicateurs du statut de la santé

Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes. Ng, E., Gentleman, J.F., 7(3), 1995, p. 15-22.

Tuberculose

Une chronique statistique de la tuberculose au Canada : partie I. De l'époque du traitement en sanatorium au présent. Brancker, A., Enarson, D.A., Grzybowski, S., et al., 4(2), 1992, p. 103-123.

Une chronique statistique de la tuberculose au Canada : partie II. Le risque de tuberculose à l'heure actuelle et la lutte antituberculeuse. Brancker, A., Enarson, D.A., Grzybowski, S., et al., 4(3), 1992, p. 277-292.

Incidence de la tuberculose au Canada en 1992. Wilkins, K., 6(2), 1994, p. 301-309.

La tuberculose, 1994. Wilkins, K., 8(1), 1996, p. 35-41.

Usage de médicaments

L'aspirine administrée dans les cas d'atteinte carotidienne asymptomatique. Côté, R., 6(1), 1994, p. 114-120.

Dépression. Beaudet, M.P., 7(4), 1996, p. 11-25.

La douleur chronique. Millar, W.J., 7(4), 1996, p. 51-58.

V**Vieillesse**

Voir aussi *Aînés*

Démence chez les personnes âgées. Hill, G., Forbes, W., Berthelot, J.-M., et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction. Millar, W.J., Hill, G.B., 7(3), 1995, p. 7-14.

Espérance de vie ajustée sur la santé. Wolfson, M.C., 8(1), 1996, p. 43-49.

Violence conjugale

Maisons d'hébergement pour femmes violentées. Trudeau, R., 7(3), 1995, p. 31-35.

Profil des maisons d'hébergement et refuges pour victimes de violence familiale. MacDonald, G., Touchette, L., 5(2), 1993, p. 131-142.

Pour commander les publications

Pour obtenir les produits suivants veuillez contacter :

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

Il n'est pas nécessaire de nous faire parvenir une confirmation pour une commande faite par téléphone ou télécopieur.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé					
• par année	82-003	Papier	112 \$	\$135 \$	157 \$
• l'exemplaire			34 \$	41 \$	48 \$
Indicateurs sur la santé					
• premier exemplaire	82-221	Disquette	250 \$		
• l'exemplaire supplémentaire			250 \$		
Avortements thérapeutiques					
Avortements thérapeutiques	82-219	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques	82-550	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Cancer					
Le cancer au Canada	82-218	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
Décès					
Mortalité: Liste sommaire des causes	84-209	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
Naissances et décès	84-210	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990	82-548	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, 1921-1992	82-549	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Divorce					
Divorces	84-213	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995	82-567	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992	84-537	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes	83-237	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada	83-240	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux	83-246	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
		Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
La statistique annuelle des hôpitaux	83-242	Papier	90 \$	108 \$	126 \$
		Microfiche	65 \$	78 \$	91 \$
La statistique hospitalière : rapport annuel préliminaire	83-241	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Liste des hôpitaux canadiens	83-239	Papier	20 \$	24 \$	28 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales	82-216	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
		Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562F	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale	83-245	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Mariage					
Certains renseignements sur les mariages contractés, 1921-1990	82-552	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Mariages	84-212	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Naissances					
Naissances et Décès	84-210	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, 1921-1991	82-553	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, 1974-1993	82-568	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s	82-243	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Tuberculose					
La statistique de la tuberculose	82-220	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
		Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$

Fichiers microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

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

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792

	Numéro du produit	Version	Prix			
			Canada	É-U (US \$)	Autres pays (US \$)	
Fichiers microdonnées à grande diffusion	• ASCII	82F0001XDB95001	Disquette	1 300 \$	1 300 \$	1 300 \$
	• ASCII et IVISION	82F0001XCB95001	CD-ROM	1 600 \$	1 600 \$	1 600 \$
Établissements des soins spéciaux	• ASCII	82M0010XDB	Diskette	500 \$	500 \$	500 \$

Totalisations spéciales

Les demandes pour les totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services à la clientèle personnalisés
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792