

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

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

Résumé

Objectifs

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

Source des données

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

Techniques d'analyse

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

Principaux résultats

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

Mots-clés

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

Auteurs

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

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

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

Méthodologie

Source des données

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Techniques d'analyse

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

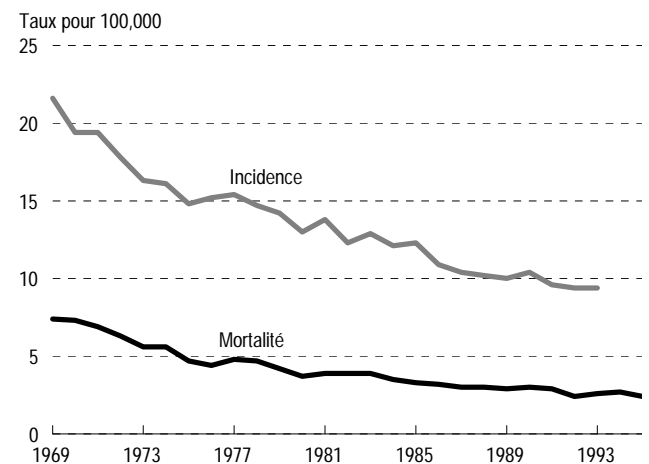
Les variables indépendantes des régressions sont l'âge, l'état matrimonial, la province de résidence, la résidence/non-résidence dans une région métropolitaine de recensement (RMR), niveau de scolarité atteint, le revenu du ménage, l'activité principale, le pays de naissance, le nombre de partenaires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

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

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

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

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



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

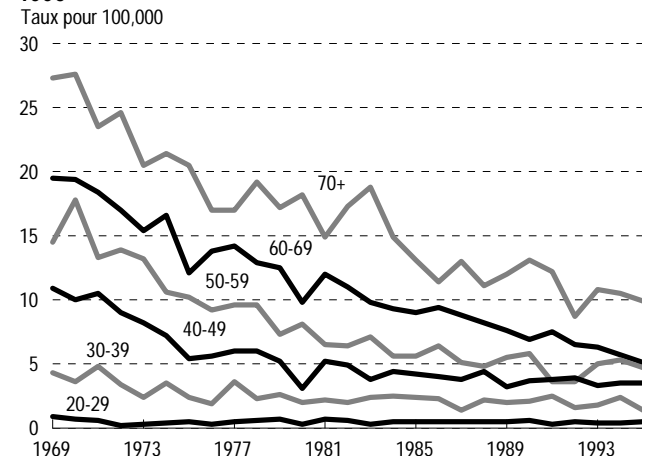
Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population canadienne de 1991. Les taux projetés d'incidence (1994 à 1998) et de mortalité (1996-1998) sont disponibles, mais non présentés.

Limites

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

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

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



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

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

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

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

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

Lignes directrices concernant le dépistage

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

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

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

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

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

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

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

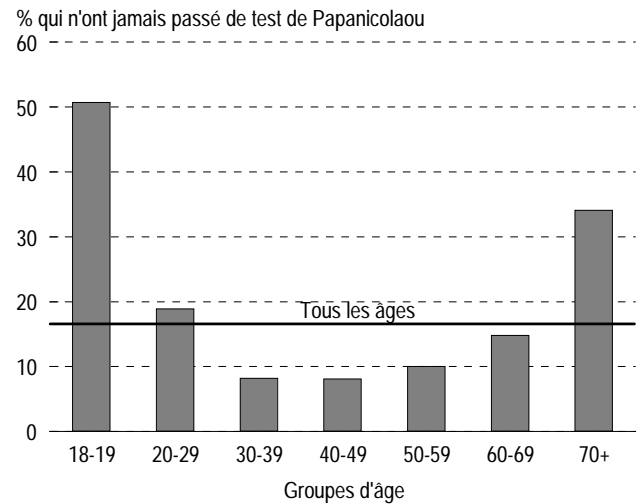
Toujours selon l'ENSP de 1994-1995, plus de 1,2 million de femmes de 18 à 69 ans, c'est-à-dire le groupe d'âge visé par les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, déclarent n'avoir jamais subi le test de Papanicolaou. En outre, pour 1,2 million de femmes le dernier test remonte à plus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

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

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

Graphique 3

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



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

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

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

Les femmes âgées

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

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

Tableau 1

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 2

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

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

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

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

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

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

-- Nombres infimes

... Sans objet

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

** $p \leq 0,01$

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

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

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

Les immigrantes

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

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

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

Caractéristiques socioéconomiques

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

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

Province de résidence

Pour les femmes qui vivent au Québec, la cote

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

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

Les résidentes des grandes régions urbaines

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

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

Nombre de partenaires sexuels

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

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

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

État matrimonial et activité principale

Les célibataires sont les femmes les plus susceptibles

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

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

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

Mot de la fin

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

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

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

Comparaisons entre pays

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

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

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

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

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

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

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

Références

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

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

Annexe

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

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

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

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

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

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

-- Nombres infimes