



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

## Indicateurs de la santé Volume 2001, No. 2 (juin 2001)



Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

No 82-221-XIF au catalogue

### Notes techniques

Ces notes offrent des commentaires généraux qui aident à interpréter correctement les indicateurs de la santé. Veuillez consulter les descriptions pour des renseignements précis sur la définition des indicateurs, les sources de données, les méthodes de calcul et d'autres détails. Des renseignements supplémentaires sur l'interprétation, la comparabilité, les normes, les données de référence et d'autres données seront fournis sur demande.

#### Indicateurs régionaux de la santé

La méthode de calcul de ces indicateurs vise à maximiser les comparaisons entre régions et entre provinces, compte tenu des caractéristiques des ensembles de données nationales disponibles. Par conséquent, les définitions, les sources de données et les méthodes d'extraction utilisées pour produire certains rapports locaux, régionaux ou provinciaux/territoriaux diffèrent peut-être quelque peu de celles décrites ici. En outre, la mise à jour régulière des bases de données peut-être à l'origine de certains écarts.

Dans la mesure du possible, les taux sont normalisés (taux comparatifs) pour faciliter les comparaisons entre provinces ou régions et les comparaisons au fil du temps.

Les taux et les estimations démographiques à l'échelle de la région socio-sanitaire présentés dans la publication sont calculés en se fondant sur les limites géographiques en vigueur en janvier 1999.

Les indicateurs fondés sur les dossiers d'hospitalisation n'ont trait qu'aux régions socio-sanitaires de plus de 100 000 habitants.

#### Estimations démographiques à l'échelle de la région socio-sanitaire

- ◆ Statistique Canada (Division de la démographie) a produit les estimations démographiques à l'échelle de la région socio-sanitaire pour toutes les provinces, sauf le Québec et la Colombie-Britannique. Pour le Québec, ces estimations ont été produites par l'Institut de la statistique du Québec et pour la Colombie-Britannique, par BC Stats.

Voir **l'annexe 1** pour des renseignements sur la méthode.

- ◆ Les estimations démographiques préparées par Statistique Canada pour les régions socio-sanitaires de l'Alberta diffèrent de celles calculées par l'Alberta Health and Wellness, qui sont fondées principalement sur le fichier de données sur les soins de santé de l'Alberta. On trouvera à l'annexe 2 les différences entre ces estimations. Des travaux sont en cours pour rapprocher les données de SC et de l'Alberta. Par conséquent, les taux présentés dans la publication pourraient différer de ceux produits par l'Alberta Health and Wellness.

## **Indicateurs de l'état de santé fondés sur les statistiques de l'état civil (Statistique Canada - SC)**

- ◆ Le calcul des taux se fonde sur le lieu de résidence pour les indicateurs dérivés des données sur la natalité et sur la mortalité.
- ◆ Les données de l'état civil que contient le présent document sont fondées sur les données sur la natalité et sur la mortalité recueillies pour trois années (de 1995 à 1997) et représentent une moyenne établie, respectivement, d'après le nombre de naissances sur trois années (de 1995 à 1997) et d'après les estimations démographiques de 1996. Les titres des tableaux associés à ces données reflètent le point milieu de la période de trois années dont on fait ici la moyenne (1996).
- ◆ Toutes les données présentées sont assorties d'un intervalle de confiance (IC) de 95 %. L'intervalle de confiance témoigne du degré de variabilité du taux. La variabilité des taux présentés est d'autant plus forte que l'intervalle de confiance est grand; aussi faut-il interpréter et comparer ces taux avec prudence. Certains taux comparatifs n'ont pas été divulgués en raison du très petit nombre d'observations et de l'extrême variabilité qu'on leur associe. L'intervalle de confiance peut également servir à déterminer si un taux dans une région socio-sanitaire donnée est inférieur, supérieur ou égal sur le plan statistique à celui d'une autre région pour un même indicateur.
- ◆ Les intervalles de confiance associés aux taux comparatifs ont été calculés selon la méthode de Spiegelman, dont voici la référence : Spiegelman M. *Introduction to Demography*, Revised Edition. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1968. p 113, formule 4.29.
- ◆ Les intervalles de confiance associés aux comptes bruts, aux taux bruts et aux données sur les naissances ont été calculés selon la méthode de Fleiss, dont voici la référence : J.L. Fleiss, *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2nd Ed, Wiley and Sons, NY, 1981.
- ◆ Compte tenu de la faible population de la région socio-sanitaire de Churchill (région 4690) au Manitoba (1 110 habitants en 1996) et du petit nombre de décès qu'on y observe, la quasi-totalité des données de l'état civil pour cette région socio-sanitaire ne pourraient, en l'absence d'ajustement, être divulguées. Par conséquent, toutes les données de l'état civil relatives à la région socio-sanitaire du Burntwood (région 4680) sont présentées sous forme d'un agrégat des régions de Burntwood et de Churchill.

Cependant, les données tirées du recensement sont présentées de façon distincte pour Burntwood et Churchill.

- ◆ Les taux de mortalité, sauf les taux bruts et les taux de mortalité infantile et périnatale, sont normalisés selon l'âge (taux comparatifs) par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population qui prévalait lors du Recensement de la population du Canada de 1991. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une population type permet de calculer des taux de mortalité dont la comparaison est plus significative, car les taux ainsi obtenus sont corrigés pour la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.
  
- ◆ Les données sur la natalité et sur la mortalité produites pour 1996 et pour 1997, ainsi que les données sur la mortalité provenant de l'Alberta pour 1995 ont été reliées aux régions socio-sanitaires au moyen du code postal déclaré avec le lieu de résidence et converties à l'échelle du secteur de dénombrement (SD) grâce au système automatisé de géocodage mis au point par la Division de la statistique de la santé. Puis, les données ont été agrégées à l'échelle de la région socio-sanitaire en se fondant sur la correspondance avec le niveau du SD mis au point par la Division de la statistique de la santé en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, Alberta Treasury et BC Stats.
  
- ◆ Les données sur la natalité et sur la mortalité de 1995 (sauf celles de l'Alberta) ont été reliées aux régions socio-sanitaires selon deux méthodes.
  - 1) Pour la plupart des enregistrements (là où les régions socio-sanitaires comprennent des subdivisions de recensement complètes), on s'est servi des codes de la *Classification géographique type* enregistrés dans la Base canadienne de données sur l'état civil pour établir le lien avec la région socio-sanitaire.
  - 2) Certains enregistrements (ceux reliés aux subdivisions de recensement associées à plus d'une région socio-sanitaire) ont été extraits de la base de données. Les numéros d'enregistrement de l'événement démographique figurant dans les enregistrements ont permis de consulter les déclarations de naissance et les certificats de décès pertinents et de saisir le code postal du lieu de résidence dans la base de données. Puis, les enregistrements ont été géocodés à l'échelle du secteur de dénombrement (SD) (comme pour les données de 1996 et de 1997), reliés aux régions socio-sanitaires en utilisant la correspondance entre le secteur de dénombrement et la région socio-sanitaire, puis regroupés avec les autres données pour l'année en question afin d'obtenir le lien le plus exact possible avec la région socio-sanitaire.

Espérance de vie : Le calcul de cette variable repose sur la méthode élaborée par Chiang pour produire les tables de survie abrégées. Les estimations se fondent sur les données sur la mortalité recueillies pour trois années (de 1995 à 1997) et sur les estimations démographiques de 1996, telles que décrites plus haut. Conçues selon des tranches d'âge de cinq ans (au lieu d'année d'âge unique), les tables abrégées sont produites d'après les données démographiques et les taux de mortalité. Étant donné la plus forte variabilité du nombre d'événements observés selon l'âge dans les petites régions géographiques, les tables de survie abrégées se prêtent mieux à l'adaptation à l'échelle infraprovinciale (région socio-sanitaire).

Plus précisément, la méthode de Chiang a été retenue parce qu'il est assez facile de l'adapter aux données recueillies à l'échelle de la région socio-sanitaire et d'y inclure le calcul de l'erreur-type (qui, ici, rend compte de la variabilité du nombre de décès d'une année à l'autre).

Espérance de vie sans limitation d'activité: Les estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité sont calculées selon la méthode de Sullivan (Sullivan, DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA *Health Reports* 86 (April 1971) : 347-354). Essentiellement, celle-ci généralise la méthode de Chiang (Chiang, CL. *The Life Table and its Applications*. Robert E. Krieger Publishing Company, Malabar, Florida, 1984: 316), qui produit des tables de mortalité abrégées, c'est-à-dire selon des tranches d'âge de cinq ans au lieu d'années d'âge unique.

La méthode de Sullivan s'appuie sur les taux de limitations d'activité au sein d'une population, selon le sexe et le groupe d'âge, pour calculer l'espérance de vie avec des limitations d'activité. Dans le cas des personnes vivant en institutions de santé, on a supposé qu'elles avaient toutes au moins une limitation d'activité. Dans le cas des personnes vivant dans les autres types d'institutions, on a fait l'hypothèse qu'elles avaient des taux de limitations d'activité, selon le sexe et groupe d'âge, identiques à ceux de la population vivant en ménages privés.

L'espérance de vie sans limitation d'activité représente la différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie avec des limitations d'activité. Les erreurs-types relatives aux estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité et, par conséquent, les limites inférieures et supérieures des intervalles de confiance relatifs à ces estimations, sont basées sur la méthode de Colin Mathers (Mather, C. *Health Expectancies in Australia 1981 and 1988*. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1991: 117), qui tient compte à la fois des fluctuations stochastiques des taux de décès observés et de la variabilité d'échantillonnage des taux de limitations d'activité.

Mise en garde : Les questions sur les limitations d'activité provenant du recensement de la population servent généralement à établir l'échantillon de l'enquête postcensitaire sur la santé et les limitations d'activité. Vu la décision de ne pas mener cette enquête en 1996, les données sur les limitations d'activité du Recensement de la population de 1996 n'ont été ni vérifiées, ni imputées. Plus précisément, aucune vérification n'a été faite pour s'assurer que les données soient complètes et cohérentes, et, par conséquent, aucune mesure n'a été prise pour les rendre telles. De plus, ces données n'ont pas été ajustées pour tenir compte du sous-dénombrement de la population.

Évidemment, les estimations de l'espérance de vie sans limitation d'activité varieront selon les concepts sur lesquels elles se fondent et, par conséquent, selon les enquêtes à partir desquelles elles auront été produites.

- ◆ Données sur la natalité : Les données sur la natalité qui figurent dans la Base canadienne de données sur l'état civil pour l'Ontario pour 1996 et 1997 sont sous-estimées parce que les fichiers de données transmis par cette province étaient incomplets. Au moins 1 500 enregistrements de naissances survenues en Ontario en 1997 n'ont pu être soumis au géocodage. Les données sur la natalité transmises par d'autres provinces pour ces

mêmes années pourraient également être incomplètes. Par conséquent, les données associées à la natalité (faible poids de naissance, mortalité infantile, mortalité périnatale) doivent être interprétées avec prudence, particulièrement celles sur l'Ontario.

- ◆ Faible poids de naissance : Comme les données sur le poids de naissance manquaient dans un grand nombre d'enregistrements des fichiers originaux de données sur la natalité transmis par le Québec pour 1996 et 1997, cette province a transmis des fichiers de données supplémentaires où les enregistrements de naissance étaient appariés aux enregistrements d'hospitalisation. Ces fichiers ont permis d'analyser un plus grand groupes de naissances survenues au Québec pour produire les données sur le faible poids de naissance. Par conséquent, ces données pourraient différer de celles figurant dans des publications antérieures de Statistique Canada qui contiennent des données pour les mêmes années.

## **Indicateurs fondés sur les données de l'incidence du cancer**

### Incidence du cancer

Le Registre canadien du cancer (RCC) est une base de données centrale qui se trouve à Statistique Canada et qui contient des renseignements axés sur les patients pour le diagnostic des cancers au Canada. Les données sur l'incidence du cancer sont recueillies par les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les renseignements servent à des études épidémiologiques descriptives et analytiques : en vue de l'identification des facteurs de risque pour le cancer, en vue de la planification, de la surveillance et de l'évaluation d'un vaste éventail de programmes de lutte contre le cancer (p. ex. dépistage), et en fonction de services de santé et d'activités de recherche et de planification économique.

- ◆ L'incidence du cancer se fonde sur le lieu de résidence au moment du diagnostic.
- ◆ Les données du tableau ont été rassemblées à l'aide du fichier du 30 septembre 2000 et des règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) servant à déterminer les sièges primaires multiples, y compris les sièges de cancer 140 à 208 de la Classification internationale des maladies, neuvième édition (CIM9).
- ◆ Les données sur l'incidence du cancer présentées ici se fondent sur trois années de renseignements (1994 à 1996), une moyenne étant établie relativement à l'estimation de la population de 1995. Les titres de tableau associés à ces données reflètent le point moyen de la période de trois ans dont on fait la moyenne (1995).
- ◆ Toutes les données présentées sont assorties d'un intervalle de confiance (IC) de 95 %. L'intervalle de confiance illustre le degré de variabilité d'un taux. La variabilité des taux présentés est d'autant plus forte que l'intervalle de confiance est grand; aussi faut-il interpréter et comparer ces taux avec prudence. Certains taux comparatifs ont été supprimés en raison du très petit nombre d'observations et de l'extrême variabilité qu'on leur associe. L'intervalle de confiance peut également servir à déterminer si un taux dans une région socio-sanitaire donnée est inférieur, supérieur ou égal sur le plan statistique à celui d'une autre région pour un même indicateur.

- ◆ Intervalles de confiance associés aux taux comparatifs de l'incidence du cancer ont été calculés selon la méthode de Spiegelman, dont voici la référence : M. Spiegelman, *Introduction to Demography*, Revised edition, Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1968, p. 113, formule 4.29.
- ◆ Certains taux normalisés selon l'âge n'ont pas été divulgués (- -) en raison du très petit nombre d'observations et de l'extrême variabilité qu'on leur associe.
- ◆ Compte tenu de la faible population de la région socio-sanitaire de Churchill (région 4690) au Manitoba (1 110 habitants en 1996) et du petit nombre de décès qu'on y observe, la quasi-totalité des données de l'état civil pour cette région socio-sanitaire ne pourraient, en l'absence d'ajustement, être divulguées. Par conséquent, toutes les données de l'état civil relatives à la région socio-sanitaire du Burntwood (région 4680) sont présentées sous forme d'un agrégat des régions de Burntwood et de Churchill. Cependant, les données tirées du recensement sont présentées de façon distincte pour Burntwood et Churchill.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer sont normalisés selon l'âge par la méthode directe et d'après la structure démographique du Recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'estimations démographiques correspondant à une population type permet de calculer des taux de mortalité dont la comparaison est plus significative, car les taux ainsi obtenus sont corrigés pour la variation de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.
- ◆ Plus de 95 % des données sur l'incidence du cancer pour 1994, 1995 et 1996 ont été reliées à des régions socio-sanitaires au moyen du code postal déclaré avec le lieu de résidence et converties à l'échelle du secteur de dénombrement (SD) grâce au système automatisé de géocodage mis au point par la Division de la statistique de la santé.
- ◆ Les 5 % de données qui restent sur l'incidence du cancer (pas de codes postaux disponibles) ont été reliées à des régions socio-sanitaires au moyen de la SDR (subdivision de recensement) de résidence grâce au système automatisé de géocodage mis au point par la Division de la statistique de la santé.
- ◆ Environ 7 % des enregistrements de l'Ontario sur l'incidence du cancer pour cette période de 3 ans n'ont pu être reliés à une région socio-sanitaire. Les données sur l'incidence du cancer pour l'Ontario ne sont donc publiées qu'à l'échelle provinciale.
- ◆ Les données sur l'incidence du cancer concernant les trois régions socio-sanitaires du nord du Québec (2410, 2417 et 2418) ont été supprimées à la demande du registre du cancer du Québec.
- ◆ Les données sur l'incidence du cancer concernant les régions socio-sanitaires de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont été supprimées à la demande des registres du cancer.

## **Indicateurs fondés sur les données de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)**

Lancée en 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (l'ENSP) est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les Bases des forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données à l'origine des *Indicateurs de la santé* sont tirées des composantes longitudinales et transversales de l'ENSP. Elles ont trait à la population à domicile (excluant les personnes qui vivent en établissement de santé) de l'ensemble des provinces (territoires non compris). Les données concernent les trois premiers cycles de l'enquête (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999).

Les échantillons transversaux de 1994-1995 et de 1996-1997 (premier et deuxième cycles) comprennent les membres du panel longitudinal ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par certaines provinces. L'échantillon transversal de 1998-1999 (troisième cycle) comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. Cependant, pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif, on a sélectionné au hasard des enfants nés en 1995 et après, ainsi que des immigrants admis au Canada après le début de 1995, que l'on a ajoutés au panel de l'ENSP.

L'échantillon de 1994-1995 de la composante des ménages couvrant les dix provinces comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans ou plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. En 1996-1997, le taux de réponse global au niveau des ménages était de 82,6 %. Le taux de réponse pour les personnes de deux ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 95,6 %. En 1998-1999, le taux global de réponse au niveau des ménages était de 88,2 %. Le taux de réponse pour les personnes de 0 ans (naissance) et plus sélectionnées dans ces ménages était de 98,5 %.

En 1994-1995, l'échantillon longitudinal provincial composé des personnes ne vivant pas en établissement de santé comptait 17 276 participants à l'enquête. En 1996-1997, le taux de réponse pour le panel longitudinal était de 93,6 % et, en 1998-1999, le taux de réponse était de 88,9 %.

Lorsqu'un échantillon est trop petit, les estimations qu'on en tire ne sont pas fiables. Ainsi, certaines données ne sont pas diffusées compte tenu de leur moindre qualité. Le seuil en vertu duquel on décide de la diffusion ou de la non-diffusion des données est connu sous le nom de

«seuil de diffusion». Lorsque le nombre de participants (nombre pondéré) est inférieur à la valeur marginale du seuil en question, les données sont dès lors supprimées. Voir l'**Annexe 3** pour connaître les seuils de diffusion propres aux données transversales tant nationales que provinciales.

### **L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes**

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), élaborée conjointement par Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, est une étude à grande échelle qui suit l'épanouissement des enfants au Canada et s'applique à dresser un portrait de leur vie. L'enquête surveille le développement des enfants et mesure l'incidence tant positive que négative des divers facteurs qui influent sur leur développement.

Dans le cadre du premier cycle de l'ELNEJ, menée à la fin de 1994 et au début de 1995, les parents de quelque 23 000 enfants de 11 ans et moins ont été interviewés. Ces derniers ont fourni des renseignements sur leurs enfants, mais également sur eux-mêmes, sur la famille, sur l'école et sur le voisinage de ces enfants.

Pour le deuxième cycle mené en 1996 et en 1997 et dont les résultats sont aujourd'hui publiés, les parents de ces mêmes enfants ont à nouveau été interviewés et ont permis de récolter une documentation unique sur l'évolution de leurs enfants et sur leur milieu familial sur une période de deux ans. Un nouvel échantillon de nouveau-nés et d'enfants âgés de un an a été ajouté au deuxième cycle pour permettre la réalisation d'estimations transversales.

La collecte des données pour le troisième cycle a commencé à l'automne 1998 et s'est poursuivie jusqu'en juin 1999. Outre l'échantillon initial d'enfants, qui étaient âgés de 2 à 13 ans au moment de la deuxième collecte de données, un nouvel échantillon de nouveau-nés et d'enfants âgés d'un an a été ajouté au troisième cycle pour permettre la réalisation d'estimations transversales. Un échantillon transversal supplémentaire d'enfants âgés de 5 ans a aussi été ajouté pour permettre certaines estimations provinciales pour ce groupe d'âge.

Tout comme dans l'ENSP, les échantillons de petite taille associés à l'ELNEJ donnent lieu à des estimations dont la fiabilité est compromise. Pour cette raison, les données dont la fiabilité est compromise sont dites de moindre qualité et ont par conséquent été supprimées. Les seuils de diffusion concernant l'ELNEJ sont présentés à l'**Annexe 3**. Toutes les données de l'ELNEJ dont font état les *Indicateurs de la santé* sont tirées des fichiers transversaux.

Nota : Les présents *Faits saillants* ne sont que des sommaires généraux des données de l'ENSP et de l'ELNEJ. Dans son interprétation du texte, le lecteur doit tenir compte du fait que la signification statistique des estimations n'a pas été établie. Dans les prochaines versions des *Indicateurs de la santé*, les *Faits saillants* refléteront les écarts statistiquement significatifs dans le calcul des estimations et des pourcentages.

## Indicateurs fondés sur les données du Recensement de 1996 (SC)

- ◆ Les données régionales sur les déterminants non médicaux de la santé et sur certaines caractéristiques de la collectivité ont été extraites des données du Recensement de 1996, en se fondant sur le secteur de dénombrement (SD). En collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, Alberta Treasury et BC Stats, la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a élaboré un fichier de correspondance reliant les secteurs de dénombrement aux régions socio-sanitaires courantes.
- ◆ Les indicateurs à caractère économique tirés du Recensement de 1996 sont basés sur le revenu de 1995.
- ◆ Taux de faible revenu, enfants dans les familles à faible revenu : Les données sur le faible revenu n'ont pas été produites pour les familles économiques ni les personnes vivant seules dans les territoires ou les réserves indiennes. Dans les régions socio-sanitaires qui comportent des réserves indiennes, l'analyse des données sur le faible revenu ne devrait être faite qu'en prenant soin de mentionner explicitement cet avertissement.
- ◆ Abordabilité du logement : Les données des programmes de logement des bandes dans les réserves indiennes ne sont pas incluses dans le calcul de l'abordabilité du logement. Dans les régions socio-sanitaires qui comportent des réserves indiennes, l'analyse des données sur l'abordabilité du logement ne devrait être faite qu'en prenant soin de mentionner explicitement cet avertissement.
- ◆ Proportion d'Autochtones : Cette variable est tirée des réponses à trois questions posées lors du Recensement de 1996 (échantillon de 20 %). Les Autochtones sont les individus qui ont déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, notamment les Indiens d'Amérique du Nord, les Métis ou les Inuits et/ou ceux qui se sont dits Indiens assujettis à un traité ou Indiens inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens* du Canada, ou encore ceux qui sont membres d'une bande indienne ou des Premières nations. Les études de la couverture du recensement ont été utilisées pour corriger ces données conformément aux estimations de la population des bandes et des réserves indiennes dont le dénombrement n'est que partiel. Les estimations démographiques de 1996 (corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement et du refus de participation des réserves indiennes) ont été utilisées en tant que dénominateur pour ces pourcentages.

**Pour plus de renseignements sur les concepts du recensement, veuillez consulter le *Dictionnaire du recensement de 1996*, Statistique Canada, n° 92-351-XPF au catalogue.**

## **Indicateurs fondés sur les données sur la population active de 1996 à 1999 (SC)**

- ◆ Les taux de chômage régionaux et les taux de chômage chez les jeunes ont été calculés en tant que moyennes annuelles à partir de l'Enquête sur la population active (EPA). Les estimations ont été calculées en appariant, à l'échelle du SD, les données géographiques de l'EPA aux données sur les régions socio-sanitaires.
- ◆ Certains taux estimés pour les régions socio-sanitaires n'ont pu être publiés étant donné qu'ils n'étaient pas conformes aux exigences minimales de qualité et de confidentialité.
- ◆ L'EPA est une enquête mensuelle menée auprès de quelque 52 000 ménages. Elle vise à représenter la population canadienne de 15 ans et plus. Elle exclut les résidents des réserves indiennes, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement. L'EPA exclut également les territoires.
- ◆ Le taux de chômage correspond au nombre de personnes en chômage, divisé par la population active, exprimé en pourcentage. On appelle « chômeur » toute personne qui :
  - était sans emploi et avait cherché du travail;
  - avait été temporairement mise à pied et était prête à travailler;
  - devait commencer un nouvel emploi prochainement.La population active se compose des personnes en chômage et des personnes occupées. On appelle « personne occupée » toute personne qui :
  - occupait un emploi, quel qu'il soit;
  - occupait un emploi mais ne travaillait pas pendant la semaine de référence.

## **Indicateurs du système de santé (Institut canadien d'information sur la santé - ICIS)**

La politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité interdit la publication de données qui permettraient d'identifier raisonnablement une personne, qu'il s'agisse d'un patient ou d'un prestataire de soins. Par conséquent, les données correspondant à des cellules de petite taille ont été supprimées. Des mesures supplémentaires ont en outre été prises afin d'éviter toute identification d'une personne par recoupements d'après les taux régionaux diffusés.

### **Données sur les hospitalisations et taux d'hospitalisations (ICIS)**

- ◆ Les données sont présentées selon la région de résidence du patient au lieu de la région d'hospitalisation. Pour la plupart des secteurs de compétences, cette mesure réduit au minimum la possibilité d'identifier un prestataire de soins particulier. Comme les données sont publiées selon la région de résidence, les chiffres reflètent la situation des résidents de la région en ce qui concerne l'hospitalisation quel que soit le lieu où ils sont soignés,

plutôt que l'activité globale des hôpitaux de la région (qui traitent également des personnes ne vivant pas dans la région).

- ◆ Les estimations régionales pour la Colombie-Britannique sont calculées d'après les codes postaux déclarés en se servant d'un fichier de conversion mis au point par BC STATS, BC Ministry of Finance and Corporate Relations. Pour les autres provinces, les données à l'échelle de la région socio-sanitaire sont produites par un procédé de géocodage fondé sur des fichiers de correspondance élaborés en consultation avec les ministres provinciaux de la Santé et Alberta Treasury. On a commencé par établir le lien entre les secteurs de dénombrement et les régions socio-sanitaires afin d'obtenir le meilleur rapprochement possible avec les données géographiques de recensement, puis on a établi un lien entre les subdivisions de recensement et les régions socio-sanitaires à partir de ce fichier. Les limites géographiques sont celles qui étaient en vigueur en janvier 1999. Les dénombrements régionaux ne tiennent pas compte des enregistrements pour lesquels le code postal est invalide, manquant ou partiel. L'absence de codes postaux complets dans les enregistrements transmis par le Québec pour certains indicateurs influera vraisemblablement surtout sur les taux calculés pour le conseil de santé du district de Champlain (région d'Ottawa) et pour certaines régions limitrophes.
- ◆ La valeur des indicateurs calculée tant à l'échelle nationale que provinciale est fournie dans la mesure du possible pour les besoins de comparaison. Dans les cas où les données existent, les totaux englobent les provinces et les territoires.
- ◆ À l'échelle nationale, les taux fondés sur des données sur la santé recueillies pour un exercice (d'avril à mars) sont calculés d'après les estimations démographiques établies au 1<sup>er</sup> octobre. Sauf indication contraire, les taux nationaux et provinciaux d'hospitalisations sont normalisés selon la même méthode que les taux régionaux. Les autres taux sont calculés d'après les chiffres de population pertinents. En ce qui concerne les médecins, les taux nationaux sont calculés d'après les estimations démographiques établies au 1<sup>er</sup> juillet.
- ◆ Les taux comparatifs sont normalisés selon l'âge (regroupés selon des groupes d'âge de cinq ans) par une méthode directe de normalisation en prenant pour référence la structure par âge de la population canadienne au 1<sup>er</sup> juillet 1991.
- ◆ Sauf indication contraire, les nombres d'hospitalisations comprennent les congés et les décès des personnes hospitalisées en établissement de soins de courte durée survenus pendant la période de référence. Les cas de chirurgie d'un jour (patients traités au service de consultations externes) et les patients admis dans d'autres hôpitaux que ceux de soins de courte durée (par exemple, établissement de soins prolongés, de soins psychiatriques ou de réadaptation) ne sont pas inclus dans les totaux.
- ◆ La Base de données sur les congés des patients ne couvrent que les secteurs de compétences qui transmettent des données complètes. Par conséquent, elle ne contient pas les données sur les régions du Québec.

- ◆ Si les données existent, les interventions annulées et antérieures sont exclues des calculs. Pour le Québec, les interventions annulées ne sont pas déclarées et n'ont par conséquent pas été exclues.
- ◆ Les données de 1997 pour les indicateurs calculés d'après la Base de données sur les congés des patients pourraient différer des chiffres publiés antérieurement pour certaines régions, en raison de la mise à jour récente des données sur les hospitalisations en Saskatchewan, en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario.
- ◆ La valeur des indicateurs dans les régions socio-sanitaires de l'Alberta, de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse peut différer des chiffres publiés antérieurement compte tenu des révisions des chiffres de population, des méthodes plus adéquates visant à préciser les limites des régions ou encore en raison des modifications de ces mêmes limites.

### **Données sur les médecins (ICIS)**

- ◆ Dans certaines régions, les établissements et le personnel de santé prodiguent des services à une collectivité plus importante que les habitants de la région immédiate. Dans d'autres, les résidents consultent fréquemment des médecins établis dans une autre région. Les rapports du nombre de médecins à la population, qui reflètent le nombre de médecins dans une région, n'ont pas été corrigés pour tenir compte de ces mouvements. La mesure dans laquelle cette situation influe sur les taux régionaux varie vraisemblablement.
- ◆ Les chiffres incluent les médecins civils en exercice (y compris ceux qui ne fournissent pas de services cliniques, par exemple ceux qui se consacrent à la recherche, à l'administration et à l'enseignement), mais excluent les internes et les résidents. À l'échelle régionale, les enregistrements pour lesquels le code postal est invalide, manquant ou partiel sont exclus des totaux. En général, les données sont recueillies selon la région où est établi le cabinet du médecin ou l'hôpital (plus de 80 % des cas, plutôt que selon la région de résidence). Les données sont fondées sur le nombre total de médecins le 31 décembre de l'année de référence (exerçant à temps plein ou à temps partiel) plutôt que sur les chiffres d'équivalents à temps plein.

## Annexe 1

### Estimations démographiques

En résumé, les estimations démographiques pour les régions socio-sanitaires ont été préparées comme suit. Premièrement, les estimations de la population de 1996 se fondaient sur le Recensement de 1996, avec rajustement pour le sous-dénombrement net. Deuxièmement, pour ce qui est des années intercensitaires, les estimations de la population fondées sur le recensement ont été rajustées en fonction des changements démographiques, à l'aide surtout de données administratives. Enfin, les estimations démographiques infraprovinciales et infraterritoriales ont été contrôlées pour que leur somme corresponde aux estimations de la population préparées par Statistique Canada tant à l'échelle des provinces que des territoires.

#### Méthode appliquée par Statistique Canada

Pour les régions socio-sanitaires de toutes les provinces et territoires<sup>1</sup> sauf le Québec et la Colombie-Britannique, la méthode est celle de Statistique Canada, décrite ci-dessous. Ces estimations se fondent sur les données du recensement et sur les estimations démographiques selon la division de recensement (DR) produite par la Division de la démographie.

#### Univers de la population

La population comprise dans ces estimations est fondée sur les recensements du Canada de 1991 et de 1996. L'univers correspond par conséquent à celui du recensement, et comprend les citoyens canadiens et les immigrants reçus ayant leur lieu habituel de résidence au Canada (ou à l'étranger, dans une base des Forces canadiennes, en mission diplomatique ou à bord de navires marchands) et les résidents non permanents. Pour une description complète de l'univers du recensement, voir le *Dictionnaire du recensement de 1996*, n° 92-351-XPF au catalogue de Statistique Canada.

Les données du recensement sont rajustés pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des réserves indiennes partiellement recensées. Les composantes des changements démographiques qui se sont produits entre le jour du recensement et le 1<sup>er</sup> juillet 1991 ou 1996 ont aussi été prises en compte.

#### Méthode de calcul des estimations démographiques, régions socio-sanitaires

Les estimations démographiques à l'échelle de la division de recensement (DR) sont produites chaque année par la Division de la démographie, à partir de la méthode des

---

<sup>1</sup> Les estimations démographiques préparées par Statistique Canada pour les régions socio-sanitaires de l'Alberta diffèrent de celles du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta qui se fondent principalement sur les fichiers d'assurance-santé de l'Alberta. On trouvera à l'annexe 2 les différences entre ces estimations. On s'efforce actuellement de rapprocher ces différences.

composantes, qui tient compte des changements touchant le nombre de naissances et de décès, ainsi que de la migration intraprovinciale, interprovinciale et internationale. Les estimations démographiques des DR sont calculées au prorata des estimations démographiques provinciales.

Les estimations démographiques selon les régions socio-sanitaires sont calculées à partir de ces estimations, en suivant les étapes suivantes :

Calcul des facteurs de conversion :

La Division des statistiques sur la santé a créé un fichier de couplage des secteurs de dénombrement (SD), des subdivisions de recensement (SDR) et des divisions de recensement (DR) pour chaque région socio-sanitaire.

La population du Recensement de 1996 selon les DR (ou les SD ou SDR dans le cas des DR fractionnées) a été rajustée pour tenir compte des derniers changements géographiques et des réserves indiennes partiellement recensées, afin que la somme des SD corresponde à la DR.

Dans les cas où les régions socio-sanitaires viennent fractionner la DR, la proportion de la population dans chacune des parties de DR ainsi fractionnée est utilisée pour établir des facteurs de conversion afin d'attribuer à la région socio-sanitaire appropriée l'estimation à l'échelle de la DR.

Application des facteurs de conversion aux estimations démographiques des DR :

Des facteurs de conversion ont été appliqués aux estimations démographiques des DR pour 1995 à 1997, afin de permettre la conversion des estimations de la population des DR en estimations de la population des RSS. La même approche que celle utilisée pour obtenir les estimations démographiques totales a servi à établir les estimations selon l'âge et le sexe par RSS.

**Pour plus de renseignements sur les estimations produites à l'échelle des régions socio-sanitaires, veuillez consulter le CD-ROM *Régions socio-sanitaires 2000*, Statistique Canada, n° 82F0082XCB au catalogue.**

### **Méthodes appliquées par les provinces**

Pour les régions socio-sanitaires du Québec et de la Colombie-Britannique, les dossiers administratifs servant à rajuster les estimations de la population de 1996 pour les années intercensitaires diffèrent de ceux utilisés par Statistique Canada dans la description ci-dessus. Pour ces deux provinces, les estimations de la population des régions socio-sanitaires ont été fournies par l'Institut de la statistique du Québec et par BC Stats.

### **Québec**

Pour obtenir des renseignements sur la méthode utilisée pour estimer la population des régions socio-sanitaires du Québec, de 1995 à 1997, veuillez vous adresser à l'Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques en composant le

(418) 691-2406 ou en faisant parvenir un courrier électronique à [demographie@stat.gouv.qc.ca](mailto:demographie@stat.gouv.qc.ca) .

### **Colombie-Britannique**

La méthode appliquée par la Colombie-Britannique pour estimer la population des petites régions selon le sexe et le groupe d'âge comprend deux volets.

La méthode principale, qui sous-tend la production des estimations démographiques à l'échelle provinciale, est une méthode par régression, plus précisément la **méthode de corrélation des différences**. Une méthode auxiliaire, appelée **répartition proportionnelle**, est également utilisée pour estimer la population de certaines catégories de régions. Ces deux méthodes se fondent sur les renseignements fournis par un ensemble d'indicateurs tirés de fichiers administratifs révélateurs des variations régionales de population.

Essentiellement, le modèle d'estimation de la population des petites régions de la Colombie-Britannique est le suivant. En partant des données du recensement fédéral le plus récent (ici, le Recensement du Canada de 1996), la part de la population provinciale imputable à chaque région est rajustée à la hausse ou à la baisse d'après la part courante du total provincial d'une combinaison pondérée de raccordements résidentiels aux services de distribution d'électricité et (ou) de bénéficiaires de la Pension de la sécurité de la vieillesse. Les estimations de la population des municipalités, ainsi que de la part de la population vivant à l'extérieur de la municipalité, mais dans le district régional (c'est-à-dire un territoire non érigé en municipalité), sont contrôlées à l'échelle provinciale par comparaison à l'estimation de la population de la Colombie-Britannique produite par Statistique Canada. Les estimations de la population des districts régionaux sont calculées en additionnant les estimations de la population des municipalités et des territoires non érigés en municipalité. On contrôle les estimations de la population des régions socio-sanitaires locales à l'échelle provinciale en les comparant à l'estimation de la population provinciale et, par souci de cohérence, à l'échelle de chaque district régional, en les comparant à l'estimation de population du district pertinent<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> *BC Stats, Generalized Estimation System (GES), Small Area Population Estimation Methodology*. Ministry of Finance and Corporate Relations, décembre 1998. Pour obtenir des renseignements détaillés sur la méthode utilisée pour estimer la répartition selon l'âge et le sexe de la population des petites régions en Colombie-Britannique, consultez les deux documents suivants offerts dans le site Web de BC Stats [www.bcstats.gov.bc.ca](http://www.bcstats.gov.bc.ca): *Generalized Estimating System (GES)*, décembre 1998, et *Estimating the Age/Gender Distribution of Small Area Populations in British Columbia*, avril 1994.

**Annexe 2 Comparaison entre les estimations de la population pour les régions socio-sanitaires de l'Alberta, selon la source, 1995-1997.**

Code RSS	Nom des régions socio-sanitaires	1995			1996			Division démographique STC
		Division de la démographie STC	*Alberta Santé	différence %	Division de la démographie STC	*Alberta Santé	différence %	
4801	Chinook RHA	143 439	143 778	-0,24	145 450	144 595	0,59	
4802	Palliser RHA	85 761	84 312	1,69	86 900	85 546	1,56	
4803	Headwaters RHA	69 274	65 315	5,71	71 179	67 055	5,79	
4804	Calgary RHA	825 149	816 238	1,08	845 283	833 291	1,42	
4805	RHA #5	51 862	50 607	2,42	52 824	51 297	2,89	
4806	David Thompson RHA	178 263	175 534	1,53	181 469	177 433	2,22	
4807	East Central RHA	103 744	102 017	1,66	103 872	102 040	1,76	
4808	Westview RHA	88 505	84 024	5,06	89 437	85 831	4,03	
4809	Crossroads RHA	38 736	38 534	0,52	39 004	38 492	1,31	
4810	Capital Health Authority	777 895	785 319	-0,95	783 177	784 738	-0,20	
4811	Aspen RHA	87 503	80 517	7,98	88 223	80 598	8,64	
4812	Lakeland RHA	107 870	105 341	2,34	108 400	105 197	2,95	
4813	Mistahia RHA	84 038	82 515	1,81	85 898	84 806	1,27	
4814	Peace RHA	20 718	20 094	3,01	21 193	20 052	5,38	
4815	Keeweenok RHA	22 984	24 677	-7,37	23 565	25 001	-6,09	
4816	Northern Lights RHA	36 930	36 442	1,32	37 151	36 633	1,39	
4817	Northwestern RHA	17 214	17 119	0,55	17 638	17 753	-0,65	
	<b>Total</b>	<b>2 739 885</b>	<b>2 712 383</b>	<b>1,00</b>	<b>2 780 663</b>	<b>2 740 358</b>	<b>1,45</b>	<b>2</b>

\* Alberta Santé se sert des données du registre du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (RAMA) pour estimer la population des régions socio-sanitaires. Ces estimations correspondent aux dénombrements des inscrits actifs le 30 juin de chaque exercice depuis 1994, observés le 31 décembre de l'année précédente.

**ANNEXE 3:**

**L'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)  
Table des seuils de diffusion des totaux selon les estimations, les provinces et le  
Canada, personnes choisies  
1994-95: 12 ans et plus; 1996-97 et 1998-99: tous les âges**

<b>PROVINCE</b>	<b>PUBLIABLE 1994-1995 12 ans et plus</b>	<b>PUBLIABLE 1996-1997 Tous les âges</b>	<b>PUBLIABLE 1998-1999 Tous les âges</b>
Terre-Neuve	5 000	4 500	5 000
Île-du-Prince-Édouard	1 000	1 000	1 000
Nouvelle-Écosse	9 000	7 500	7 000
Nouveau-Brunswick	6 000	6 000	6 000
Québec	26 000	25 000	25 000
Ontario	23 500	3 000	26 500
Manitoba	10 000	2 500	9 500
Saskatchewan	8 000	7 500	7 500
Alberta	15 500	2 000	17 000
Colombie-Britannique	19 000	21 000	21 000
<b>CANADA</b>	<b>21 000</b>	<b>13 500</b>	<b>23 500</b>

Les données longitudinales de l'ENSP auxquelles on associait un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ont été supprimées.

**L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)  
Table des seuils de diffusion des totaux selon les estimations, les provinces et le  
Canada, personnes choisies  
1994-95, 1996-97: 0 à 11 ans**

<b>PROVINCE</b>	<b>PUBLIABLE 1994-1995 0 à 11 ans</b>	<b>PUBLIABLE 1996-1997 0 à 11 ans</b>
Terre-Neuve	2 000	2 000
Île-du-Prince-Édouard	500	1 000
Nouvelle-Écosse	3 000	3 000
Nouveau-Brunswick	2 000	2 000
Québec	6 000	13 500
Ontario	11 000	15 500
Manitoba	3 000	5 000
Saskatchewan	2 000	3 500
Alberta	4 500	8 500
Colombie-Britannique	9 000	13 500
<b>CANADA</b>	<b>6 500</b>	<b>10 000</b>

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

- © Ministre de l'Industrie, 2001
- © Institut canadien d'information sur la santé

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie, pourvu que ce soit à des fins non commerciales et que les sources soient clairement identifiées.