



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 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 2000.

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 : M. Spiegelman, *Introduction to Demography*, Revised edition, Cambridge MA, Harvard U Press, 1968, formule 4.29, p. 113.
- ◆ Les intervalles de confiance associés 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 n° 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 n° 4680 (Burntwood) sont présentées sous forme d'un agrégat des régions de Burntwood et Churchill. Cependant, les données tirées du recensement sont présentées de façon distincte pour Burntwood et Churchill.
- ◆ Les taux de mortalité, sauf 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).
- ◆ 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 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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 territoires¹ 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^{er} 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 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 :

¹ 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.

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.

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 pertinent².

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2000

© 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.

² *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: *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			1997		
		Division de la démographie STC	*Alberta Santé	différence %	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	147 198	145 700	1,02
4802	Palliser RHA	85 761	84 312	1,69	86 900	85 546	1,56	88 126	86 718	1,60
4803	Headwaters RHA	69 274	65 315	5,71	71 179	67 055	5,79	72 873	69 193	5,05
4804	Calgary RHA	825 149	816 238	1,08	845 283	833 291	1,42	873 351	860 267	1,50
4805	RHA #5	51 862	50 607	2,42	52 824	51 297	2,89	53 530	51 644	3,52
4806	David Thompson RHA	178 263	175 534	1,53	181 469	177 433	2,22	185 201	180 184	2,71
4807	East Central RHA	103 744	102 017	1,66	103 872	102 040	1,76	104 426	102 674	1,68
4808	Westview RHA	88 505	84 024	5,06	89 437	85 831	4,03	90 827	87 783	3,35
4809	Crossroads RHA	38 736	38 534	0,52	39 004	38 492	1,31	39 539	38 862	1,71
4810	Capital Health Authority	777 895	785 319	-0,95	783 177	784 738	-0,20	794 051	791 614	0,31
4811	Aspen RHA	87 503	80 517	7,98	88 223	80 598	8,64	88 744	80 903	8,84
4812	Lakeland RHA	107 870	105 341	2,34	108 400	105 197	2,95	110 219	106 158	3,68
4813	Mistahia RHA	84 038	82 515	1,81	85 898	84 806	1,27	87 016	86 222	0,91
4814	Peace RHA	20 718	20 094	3,01	21 193	20 052	5,38	21 512	20 002	7,02
4815	Keeweenaw RHA	22 984	24 677	-7,37	23 565	25 001	-6,09	23 984	25 338	-5,65
4816	Northern Lights RHA	36 930	36 442	1,32	37 151	36 633	1,39	38 656	38 332	0,84
4817	Northwestern RHA	17 214	17 119	0,55	17 638	17 753	-0,65	17 951	18 784	-4,64
	Total	2 739 885	2 712 383	1,00	2 780 663	2 740 358	1,45	2 837 204	2 790 378	1,65

* 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 cette année-là.