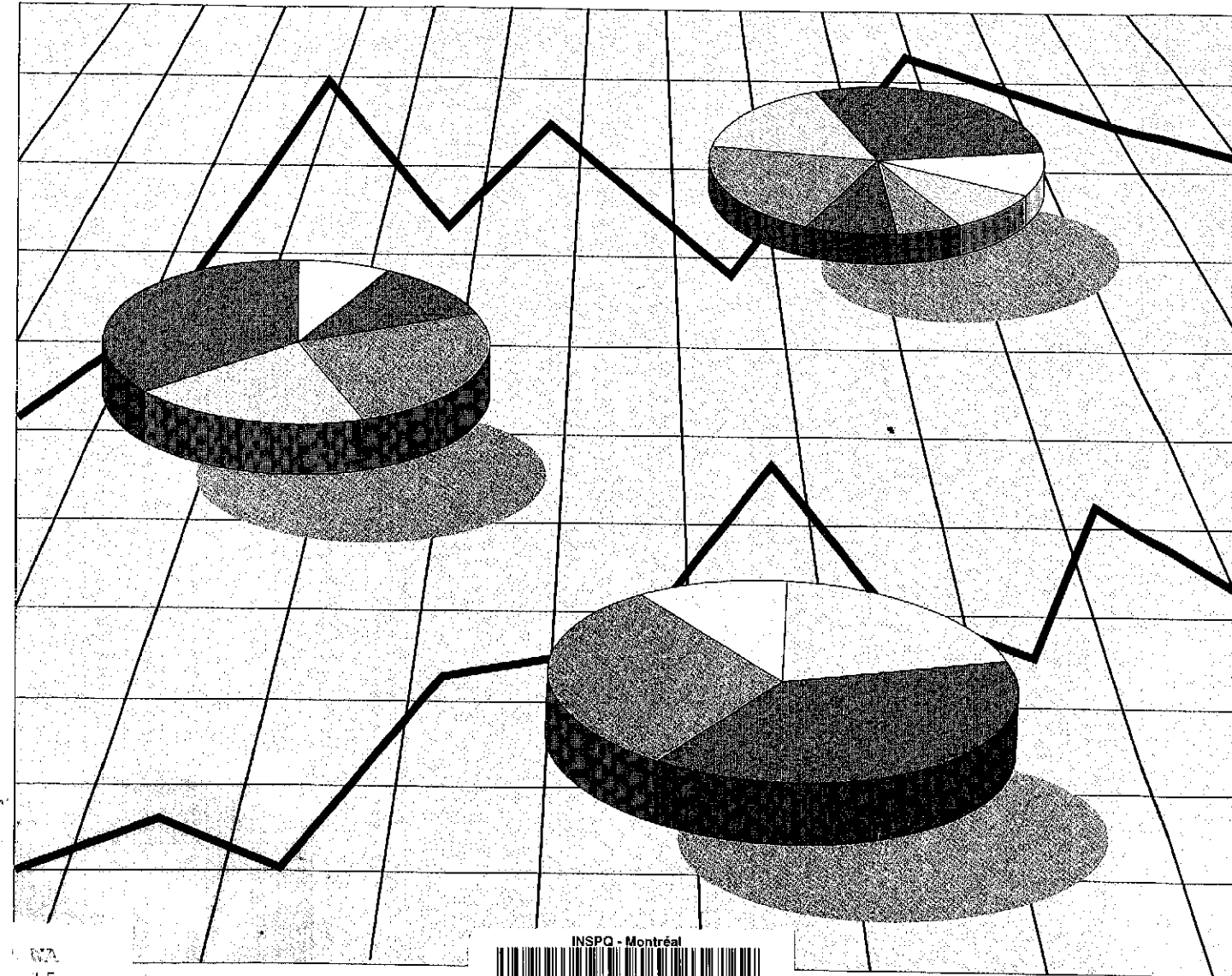




Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

# INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES

## *Définitions et interprétations*



QA  
15  
Y39  
1995



Centres d'information sur la santé communautaire

CENTRE DE DOCUMENTATION

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

# INDICATEURS SOCIOSANITAIRES

## Définitions et interprétations

### comité de rédaction et d'édition :

**Serge Chevalier**, RRSSS Montréal-Centre, Direction de la santé publique  
**Robert Choinière**, RRSSS Montréal-Centre, Direction de la santé publique  
**Marc Ferland**, RRSSS Québec, Direction de la santé publique  
**Michel Pageau**, RRSSS Québec, Direction de la santé publique  
**Yves Sauvageau**, RRSSS Montérégie, Direction de la santé publique

Collaboration spéciale : **Lynda Fortin**, MSSS, Direction des études et indicateurs

On peut obtenir des exemplaires de ce rapport à l'adresse suivante:

Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie  
Bureau 200  
Ottawa (Ontario)  
K1N 9N8  
Téléphone: (613) 241-7860

Available in English under the title:  
Community Health Indicators. Definitions and Interpretations

Aucune partie de ce rapport ne peut être reproduite à moins d'avoir l'autorisation écrite de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de courts passages pour une publication dans un magazine, un journal, ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée. La source est citée de la façon suivante:

Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire et S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau et Y. Sauvageau, Directions de la santé publique, Québec.

Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations  
Ottawa (Ontario): Institut canadien d'information sur la santé

Titre: Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations

Auteurs: (1) Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire  
(2) S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau et Y. Sauvageau, Directions de la santé publique, Québec.

Éditeur: Institut canadien d'information sur la santé

Juin 1995

ISBN: 1-896104-58-4

## AVANT-PROPOS

Les départements de santé communautaire du Québec formaient en 1988 un comité de travail ayant pour tâche de définir un ensemble d'indicateurs pouvant servir à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population à l'échelle des Centres locaux de services communautaires (CLSC). À l'origine, ces indicateurs devaient répondre à des critères de pertinence, d'utilité et de disponibilité des données. Soixante-dix indicateurs furent ainsi sélectionnés.

En 1992, 40 de ces 70 indicateurs furent décrits dans un premier ouvrage intitulé «Guide d'utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires» et rédigé par Serge Chevalier, Robert Choinière, Lorraine Bernier, Yves Sauvageau, Isabelle Masson et Élisabeth Cadieux. La Division de la santé communautaire de Santé Canada assumait la publication de ce document en collaboration avec la Division de l'information sur la santé de Santé Canada et le Conseil national d'information sur la santé.

En 1994, les auteurs du présent document entreprenaient une révision complète des 70 indicateurs initiaux et retenaient un ensemble de 60 indicateurs socio-sanitaires. Actuellement, ces indicateurs sont pour la plupart utilisés par les différentes régions sociosanitaires du Québec. Le présent ouvrage décrit ces 60 indicateurs.

Le document «Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations» fut produit dans le cadre des activités du groupe de travail sur les systèmes d'information en santé communautaire (SISC), groupe relevant du Conseil national d'information sur la santé.

Le SISC avait pour mandat de favoriser à l'échelle du Canada l'utilisation de normes et de concepts communs dans le domaine des systèmes d'information en santé communautaire. En 1995, le groupe de travail du SISC fut dissous et ses projets furent intégrés aux activités de l'Institut canadien d'information sur la santé, une organisation à but non lucratif.

Un des objectifs de ce document est de développer un consensus national autour de définitions, de méthodes de calcul et d'utilisations de ces 60 indicateurs sociosanitaires. Éventuellement, cet exercice pourrait servir de modèle au calcul d'un noyau d'indicateurs pour l'ensemble des régions du Canada.

Cette édition des «Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations» est disponible gratuitement. Nous encourageons les lecteurs à faire part de leurs commentaires ou de leurs suggestions auprès de Tom Deri, à l'Institut canadien d'information sur la santé, 377 rue Dalhousie, bureau 200, Ottawa, Ontario, K1N 9N8, téléphone : (613) 241-7860, télécopieur : (613) 241-8120. Des renseignements se rapportant à d'autres publications dans le domaine de la santé communautaire sont aussi disponibles à la même adresse.

Les personnes suivantes ont collaboré à la rédaction de certaines  
fiches :

**Robert Arcand**  
RRSSS Montréal-Centre — Direction de la santé publique

**Claude Barriault**  
RRSSS Outaouais — Direction des priorités

**Lise Cyr**  
RRSSS Québec — Direction de la santé publique

**Pierre Mercier**  
RRSSS Québec — Direction de la santé publique

**Marc Ouimet**  
Université de Montréal - École de criminologie

**Louise Rochette**  
RRSSS Québec — Direction de la santé publique

Le chapitre 1 - Définitions et utilisations des indicateurs - a été rédigé  
par :

**Lynda Fortin**  
Ministère de la Santé et des Services sociaux — Direction des études et indicateurs

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les personnes et les organismes qui ont contribué à la préparation de ce document.

L’institut canadien d’information sur la santé (ICIS) a assuré le soutien financier de cette étude et la diffusion du document.

Tom Deri, coordonnateur de projet à l’ICIS, nous a appuyé et conseillé tout au long du projet.

Sylvie Audet, secrétaire à la direction de la santé publique de la RRSSS de Montréal-Centre a eu l’énorme tâche d’assurer le traitement de texte de ce document.

Lynda Lapointe, secrétaire et Ginette Langevin, documentaliste à la direction de la santé publique de la RRSSS de Québec, ainsi que Carol-Ann Oldbury, secrétaire à la direction de la santé publique de la RRSSS de la Montérégie ont aussi collaboré aux aspects techniques de la production de ce document.

Pierrot Lambert du Service de traduction du Secrétariat d’État du Canada a effectué la révision linguistique du texte.

Les personnes suivantes ont relu ou commenté le contenu à l’une ou l’autre des étapes de la production de ce volume :

Lecture de la version complète

Greg Sherman  
Santé Canada - Laboratoire de lutte contre la maladie

Claude Strohenger  
Statistique Canada - Division de la démolinguistique

Kathryn Wilkins  
Santé Canada - Laboratoire de lutte contre la maladie et Statistique Canada - Division des statistiques sur la santé

Russell Wilkins  
Statistique Canada - Division des statistiques sur la santé

Lecture ou consultation relative à certaines parties du texte

Lucie Bédard  
RRSSS Montréal-Centre - Direction de la santé publique

Lorraine Bernier  
RRSSS Montréal-Centre - Direction de la santé publique

Josée Bourdages  
Université Laval - Département de médecine sociale et préventive

Marc-André Fournier  
Université de Montréal - Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Monique Fradet  
RRSSS Québec - Direction de la santé publique

Pierre Gosselin  
RRSSS Québec - Direction de la santé publique

Francine Leduc  
Santé Canada - Direction des aînées et des aînés

Pierre Martin  
Régie de l’Assurance-maladie du Québec - Direction de l’évaluation et des enquêtes

Sylvie Montreuil  
MSSS du Québec - Direction des études et indicateurs

Robert Pampalon  
MSSS du Québec - Direction générale de la planification et de l’évaluation

Madeleine Rochon  
MSSS du Québec - Direction générale de la planification et de l’évaluation

Marc-André St-Pierre  
MSSS du Québec - Direction générale de la planification et de l’évaluation

Guy Sanfaçon  
Centre Anti-Poison du Québec

Gilles Séguin  
Développement Canada - Direction de l’analyse et de l’information sur les programmes sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	iii
Liste des collaborateurs	v
Remerciements	vi
Table des matières	viii
Listes des figures	xiii
Liste des acronymes	xiv
Présentation	1
SECTION I	
CHAPITRE 1. DÉFINITIONS ET UTILISATIONS DES INDICATEURS	
INTRODUCTION : OBSERVER ET DÉCRIRE LA SANTÉ	5
1.1 Indicateur : quelques éléments de définition	6
1.2 Le développement d'indicateur	7
1.3 Utilisation d'indicateurs et contexte décisionnel	11
1.4 Les indicateurs dans un tableau de bord	15
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	18
CHAPITRE 2. LES INDICATEURS SOCIO SANITAIRES	
2.1 Modèle théorique et modèle de classification	22
2.2 Les indicateurs retenus	31
2.3 Contenu des fiches descriptives	40
BIBLIOGRAPHIE	42

SECTION II	45
NOTES GÉNÉRALES	47
1 - DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	53
ENVIRONNEMENT	
<i>Environnement physique et écologie</i>	
1 Proportion de la population desservie par des équipements de collecte sélective	54
2 Proportion de la population desservie par des installations d'épuration des eaux usées	56
3 Taux de véhicules automobiles	58
<i>Environnement social</i>	
Indicateurs démographiques	
4 Répartition de la population selon l'âge et le sexe	60
5 Taux d'accroissement de la population	62
6 Taux de fécondité selon l'âge	64
Indicateurs sociodémographiques	
7 Proportion d'allophones	66
8 Proportion d'immigrants	68
9 Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans	70
10 Proportion de la population vivant seule	72
11 Proportion de la population ayant déménagé	74
Indicateurs socio-économiques	
12 Proportion de la population ayant moins de neuf ans de scolarité	76
13 Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées	78
14 Proportion de la population inoccupée	80
15 Taux de chômage	82
16 Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu	84
17 Proportion d'assistés sociaux	86

COMPORTEMENTS, HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE		
18	Proportion de fumeurs réguliers	88
19	Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine	90
20	Proportion de la population n'ayant jamais consommé de drogues illicites	92
21	Proportion de la population obèse	94
22	Proportion des occupants de véhicules automobiles utilisant un dispositif de retenue	96
23	Proportion de naissances de faible poids	98
24	Taux de grossesse à l'adolescence	100
25	Proportion de femmes ayant subi un test de Pap	102
26	Proportion de femmes ayant subi une mammographie	104
27	Proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique	106
28	Proportion de la population présentant des idéations suicidaires sérieuses	108
29	Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale	110
30	Taux de crimes contre la personne	112
ORGANISATION DE SOINS		
31	Nombre de lits et de places selon les catégories d'établissement	114
32	Nombre d'habitants par professionnel de la santé selon le type	116
33	Dépenses <i>per capita</i> consacrées au domaine de la santé et des services sociaux	118
34	Durée moyenne d'hospitalisation selon la cause	120
35	Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées par la vaccination	122
2 -	ÉTAT DE SANTÉ	125
ÉTAT DE SANTÉ SUBJECTIF		
36	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé	126
37	Proportion de la population ayant au moins un problème de santé	128
38	Prévalence des principaux problèmes de santé	130

ÉTAT DE SANTÉ OBJECTIVÉ		
<i>Morbidité extra-hospitalière</i>		
39	Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées	132
40	Taux d'intoxication	134
41	Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO)	136
<i>Morbidité hospitalière</i>		
42	Taux d'hospitalisation selon la cause	138
43	Taux d'incidence du cancer	140
<i>Mortalité</i>		
44	Espérance de vie	142
45	Taux de mortalité infantile	144
46	Taux de mortalité périnatale	146
47	Taux de mortalité selon la cause	148
48	Taux de mortalité par suicide	150
49	Espérance de vie en bonne santé	152
50	Taux des années potentielles de vie perdues	154
51	Taux de victimes d'accidents de véhicules routiers	156
3 -	CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ	159
INCAPACITÉ		
52	Durée moyenne d'indemnisation par lésion professionnelle	160
53	Proportion de la population ayant une incapacité à long terme	162
54	Proportion d'enfants handicapés	164
UTILISATION DE SERVICES		
55	Taux de consultations médicales	166
56	Taux des journées d'hospitalisation selon la cause	168
57	Taux de césarienne	170
58	Taux de pontages coronariens	172

<b>CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS</b>		
59	Proportion de la population ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux derniers jours .....	174
60	Nombre annuel de jours d'ordonnances par personne de 65 ans et plus .....	176
<b>Bibliographie</b> .....		179
<b>Annexes</b> .....		209
1.	Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation directe ..	210
2.	Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation indirecte ..	211
3.	Principaux sièges de cancer .....	212
4.	Calcul de l'espérance de vie selon la méthode actuarielle .....	213
5.	Les composantes de la mortalité fœto-infantile .....	215
6.	Calcul de l'espérance de vie en bonne santé .....	216
7.	Calcul du taux des années potentielles de vie perdues (APVP) .....	218
<b>Tableau de bord</b> .....		219
<b>Index</b> .....		227

**LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1.</b>	Les dimensions de la santé .....	23
<b>Figure 2.</b>	Les déterminants de la santé .....	25
<b>Figure 3.</b>	L'état de santé .....	27
<b>Figure 4.</b>	Les conséquences des problèmes de santé .....	29
<b>Figure 5.</b>	Présentation du modèle de classification des indicateurs .....	30
<b>Figure A5.1.</b>	Les composantes de la mortalité fœto-infantile .....	215



LISTE DES ACRONYMES

<b>AHQ :</b>	Association des hôpitaux du Québec.	<b>ANSI :</b>	American National Standard Institute.
<b>APTE :</b>	Actions positives pour le travail et l'emploi.	<b>APVP :</b>	Années potentielles de vie perdues.
<b>BSQ :</b>	Bureau de la statistique du Québec.	<b>CAEQ :</b>	Classification des activités économiques du Québec.
<b>CAGE :</b>	Criticized, attempted to cut down, guilty, eyeopener.	<b>CASF :</b>	Conseil des affaires sociales et de la famille.
<b>CCDP :</b>	Classification canadienne descriptive des professions.	<b>CHSCD :</b>	Centres hospitaliers de soins de courte durée.
<b>CLSC :</b>	Centre local de services communautaires	<b>CIM-9 :</b>	Classification internationale des maladies, 9e révision.
<b>CTP :</b>	Classification type des professions.	<b>CSST :</b>	Conseil de la santé et de la sécurité du travail (Québec).
<b>DSM-III :</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 3e édition.	<b>DBO :</b>	Demande biochimique en oxygène.
<b>EPA :</b>	Enquête sur la population active.	<b>ENSP :</b>	Enquête Nationale sur la Santé de la population.
<b>ESC :</b>	Enquête Santé Canada.	<b>EPS :</b>	Enquête promotion de la santé.
<b>ESQ :</b>	Enquête Santé Québec.	<b>ESLA :</b>	Enquête sur la santé et les limitations d'activités (Canada).
<b>HMRI :</b>	Hospital Medical Records Institute.	<b>FIB :</b>	Fichier d'inscription des bénéficiaires
<b>IMC :</b>	Indice de masse corporelle.	<b>IVG :</b>	Interruption volontaire de grossesse.
<b>LLCM :</b>	Laboratoire de lutte contre la maladie.	<b>LSPQ :</b>	Laboratoire de santé publique du Québec.

<b>MADO :</b>	Maladies à déclaration obligatoire.	<b>MED-ÉCHO :</b>	Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.
<b>MSSS :</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec).	<b>MSTS :</b>	Matières solides totales en suspension.
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé.	<b>PAEQ :</b>	Programme d'assainissement des eaux du Québec.
<b>PSI :</b>	Psychiatric Symptom Index.	<b>QAA :</b>	Questionnaire auto-administré (enquête Santé Québec).
<b>RAMQ :</b>	Régie de l'assurance-maladie du Québec.	<b>RRSSS :</b>	Régie régionale de la santé et des services sociaux.
<b>SAAQ :</b>	Société de l'assurance automobile du Québec.	<b>SBESC :</b>	Santé et Bien-être social Canada.
<b>SDR :</b>	Subdivision de recensement.	<b>SFR :</b>	Seuils de faible revenu.
<b>SIFO :</b>	Système d'information financière et opérationnelle.	<b>SISC :</b>	Système d'information en santé communautaire.
<b>SNDCC :</b>	Système national de déclaration des cas de cancer.	<b>VIH :</b>	Virus de l'immunodéficience humaine.
<b>YMCA :</b>	Young Men Christian's Association.	<b>YWCA :</b>	Young Women Christian's Association.

PRÉSENTATION

Le présent volume s’adresse à toute personne qui s’intéresse de près ou de loin aux indicateurs reliés au domaine de la santé publique, quel que soit son niveau de connaissances sur le sujet et le type d’utilisation qu’elle entend faire de ce type de données. Il a été conçu de façon à fournir des informations à la fois théoriques et opérationnelles sur un large éventail d’indicateurs de l’état de santé d’une population disponibles à l’échelle canadienne, provinciale ou infra-provinciale.

Cet ouvrage s’inscrit dans les activités entourant le développement du contenu informationnel du Système d’information en santé communautaire (SISC). Le projet SISC est le fruit des efforts communs des gouvernements provinciaux et fédéral en vue de la mise sur pied d’un système d’information destiné à aider la prise de décisions dans le domaine sociosanitaire. Il vise également à promouvoir l’utilisation dans le secteur de la santé publique de définitions, de procédures, de normes et de concepts communs.

Le guide *Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations* constitue un prolongement d’un premier ouvrage du genre publié en 1992 sous le titre *Guide d’utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires*. La formule demeure sensiblement la même avec cette différence qu’aux fiches signalétiques s’ajoute une section qui définit sur le plan conceptuel le domaine des indicateurs sociosanitaires. De plus, outre une révision complète des fiches, le nombre d’indicateurs retenu est passé de 40 à 60. Des indicateurs se rapportant à l’environnement, à l’organisation des soins et à l’utilisation des services ont été ajoutés.

La présente édition comprend ainsi deux grandes sections. La première, plus théorique, regroupe deux chapitres. Le premier traite des aspects conceptuels et opérationnels des indicateurs alors que le second explique le modèle de classification des indicateurs et le processus de sélection de ces derniers.

La deuxième section est composée de soixante fiches-synthèses d’indicateurs sanitaires. Chaque indicateur est présenté sur deux pages contiguës, de façon à ce que le lecteur puisse, d’un coup d’oeil, retrouver toute l’information se rapportant à

un indicateur. Chaque fiche comprend une définition complète de l'indicateur, les interprétations que l'on peut en faire ainsi qu'une mise en garde décrivant les limites de l'indicateur. Les sources nécessaires au calcul de l'indicateur ainsi que la méthode de calcul sont aussi présentés dans la fiche. L'on retrouve également des catégories suggérées, les dernières valeurs disponibles pour le Canada et le Québec ainsi que la littérature la plus récente se rapportant à l'indicateur. Finalement, on retrouve, à la fin du document, un index ainsi qu'un tableau de bord présentant les valeurs québécoises et canadiennes récentes, observées pour chacun des indicateurs retenus.

# SECTION I

- 1. Définitions et utilisations des indicateurs
- 2. Les indicateurs sociosanitaires

CHAPITRE 1 -- Définitions et utilisations des indicateurs - Lynda Fortin<sup>1</sup>

INTRODUCTION : OBSERVER ET DÉCRIRE LA SANTÉ

La réalité sociosanitaire est complexe et multiforme. Une étude même imparfaite de cette réalité représente une entreprise ambitieuse mais essentielle. La recherche, fondamentale ou appliquée, constitue une première approche qui permet d’observer, de décrire et parfois même de comprendre l’objet. Bien que son apport soit surtout descriptif, le développement d’indicateurs sociosanitaires et populationnels poursuit des buts similaires. Un système d’indicateurs a l’avantage de fournir une série d’informations récurrentes, valides et fiables permettant des analyses axées surtout sur deux dimensions essentielles, soit les variations spatiales et temporelles. Le propos de ce chapitre, ainsi que du volume dans son ensemble, se limite aux indicateurs quantitatifs. Des ouvrages spécialisés renseigneront le lecteur sur différentes approches qualitatives.

Le développement systématique d’indicateurs «populationnels» est une entreprise assez récente. Elle a connu un essor important aux États-Unis vers 1966 (U.S. Departement of Health Education and Welfare, 1969) et s’est propagée en Europe et au Canada à partir des années 1970 (CASF, 1978), notamment avec l’établissement des politiques de santé orientées vers l’atteinte d’objectifs (Asvall et Yellowlees, 1989; MSSS, 1992) et un usage répandu de la micro-informatique.

Si la technologie favorise un recours plus adapté aux besoins des utilisateurs, elle peut aussi entraîner une grande diversification des pratiques de production et d’interprétation des données. Les développements technologiques engendrent de nouveaux besoins notamment en ce qui a trait à l’aide aux usagers dans le développement et l’utilisation d’indicateurs. Le présent chapitre aborde cette question. D’abord, nous présentons des éléments de définition d’un indicateur et de son utilité. Dans la deuxième section nous traitons du développement des indicateurs, des contraintes à l’intérieur desquelles les indicateurs sont élaborés et les qualités (métrologiques) qu’ils doivent présenter. Dans la troisième section, nous abordons les notions d’utilité et d’utilisation des indicateurs dans

1. Direction des études et indicateurs du Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec).

le contexte de la prise de décision autant dans les domaines de la planification, de la prévision que de l'évaluation des besoins, de l'allocation de ressources et de l'évaluation de programmes. Finalement, dans une dernière section, nous abordons un exemple d'application adaptable à une large gamme d'utilisations, le tableau de bord.

### 1.1 INDICATEUR : QUELQUES ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

L'indicateur est à la statistique ce que l'information est à la donnée c'est à dire une forme traitée, évoluée et portant un sens précis. Les perspectives plus classiques en sociologie et en démographie insistent sur le lien entre contenu conceptuel et expression mathématique. L'indicateur serait

«... une donnée observable permettant d'appréhender les dimensions, la présence ou l'absence de tel attribut dans la réalité étudiée... La relation entre chaque indicateur et le concept fondamental à étudier étant définie en terme de probabilité et non de certitude, il est nécessaire d'avoir à sa disposition un grand nombre d'indicateurs» (Grawitz, 1984, pp. 395-396).

L'idée est reprise par Péron et Strohmenger (1985) qui abordent la définition à partir de la notion de descripteur. Le descripteur est une représentation d'un phénomène quantifiable (la mortalité par exemple). L'indicateur serait composé par un ou des descripteurs dont l'état et l'évolution seraient associés le plus étroitement possible à l'état et l'évolution d'un phénomène inobservable. Pour reprendre l'exemple donné, la mortalité (descripteur quantifiable) serait un indicateur de l'état de santé d'une population (phénomène en soi inobservable). Les auteurs soulignent aussi l'importance d'utiliser plusieurs indicateurs pour cerner un même aspect de la réalité.

Colvez et Gardent (1990) définissent l'indicateur à partir de la notion d'instrument. L'indicateur serait un élément simple d'un instrument. Cette définition convient pour les tests et les questionnaires mais est moins appropriée à notre perspective. Les auteurs soulignent cependant que les indicateurs ont l'avantage d'être faciles à utiliser et qu'ils permettent «... de porter des jugements sommaires mais qui peuvent être suffisants en

particulier quand on considère les problèmes à l'échelle des populations» (Colvez et Gardent, 1990, p. 54).

Cet élément de définition entraîne d'autres précisions : si l'indicateur permet une observation sommaire, il se distingue de la mesure qui est une observation de la dimension d'un phénomène.

«Quelle que soit la méthode employée pour l'obtenir, l'indicateur ne doit pas être perçu comme une véritable mesure du phénomène pour lequel il a été choisi. L'espérance de vie, par exemple, est une mesure de longévité et non de l'état de santé d'une population; sur ce dernier phénomène, elle ne fournit qu'une indication qualitative étayée sur le fait qu'à des niveaux différents de l'espérance de vie correspondent des états de santé eux-mêmes bien différenciés. Ce qu'on exige de l'indicateur ce n'est pas de mesurer le phénomène mais bien de varier de façon cohérente avec l'état de ce phénomène» (Péron et Strohmenger, 1985, p. 16).

On emploie aussi parfois le terme : indicateur «qualitatif» (Yellowlees et Thuriaux, 1986; Roy, 1986). Dans l'observation de certains phénomènes particuliers (mise en oeuvre de programmes ou de politiques, de dispositifs d'accès ou de couverture, campagnes de promotion, etc.) on utilisera des indicateurs qualitatifs ou subjectifs, fondés sur des avis d'experts ou sur un consensus des personnes intéressées. Bien qu'il s'agisse d'une utilisation inhabituelle des termes, elle peut être acceptable à condition que ces indicateurs qualitatifs soient élaborés avec rigueur et qu'ils présentent certaines qualités essentielles (validité et fiabilité). Des indicateurs issus des enquêtes de santé, tels la perception de l'état de santé ou la satisfaction face à la vie sociale, bien que traités quantitativement, demeurent des indicateurs qualitatifs dont la validité et la fiabilité sont établies.

### 1.2 LE DÉVELOPPEMENT D'INDICATEURS

Le développement d'indicateurs est une entreprise qui s'inspire largement des méthodes classiques de recherche quant à la rigueur méthodologique et conceptuelle qu'elle implique. Mais lorsque les indicateurs visent des renseignements devant éclairer la prise

de décision, leur élaboration doit en plus être guidée par des considérations pragmatiques touchant notamment en ce qui concerne la disponibilité de l’information.

1.2.1 Entre l’idéal et le possible

Le défi du développement d’indicateurs consiste à relier un concept théorique à une observation pouvant être produite par un système d’information. Qu’il soit question de pauvreté, de monoparentalité, de consommation de médicaments, de stress ou d’espérance de vie en bonne santé, l’indicateur sera toujours une représentation imagée du concept (Lazarsfeld, 1970). Il faut spécifier, en indiquer les éléments, les manifestations, les dimensions (Grawitz, 1984). Ainsi, la pauvreté est d’abord un concept intuitivement perçu; elle peut être économique certes, mais aussi culturelle, relative à un milieu, à une époque, à la perception de privation... La plupart du temps les indicateurs de pauvreté reflètent un des aspects majeurs du concept soit l’insuffisance du revenu. Ce type de réduction est une caractéristique intrinsèque de l’indicateur; l’analyse et l’interprétation doivent toujours en tenir compte.

À cela s’ajoutent les limites et les possibilités des systèmes d’information «populationnels», sanitaires ou institutionnels. Ces banques d’information n’ont pas toujours été développées en fonction de l’établissement de profil de l’état de santé et du bien-être et de son suivi dans le temps. Leur utilisation à ces fins est tributaire de certaines exigences, dont la nécessité d’obtenir des ventilations régionales et des séquences temporelles. Toutes les banques d’information n’offrent pas ces possibilités, ce qui constitue des contraintes pour le développement d’indicateurs. Dans bien des cas, ces exigences conduiront à améliorer la qualité des données, à diversifier ou à accroître l’information déjà existante.

1.2.2 Les qualités d’un indicateur

Un indicateur est un reflet imparfait d’une réalité difficilement observable c’est un fait. Mais quel degré d’imperfection faut-il admettre? Comment repérer le seuil de l’inacceptable? Une abondante littérature traite de ces aspects méthodologiques. Le vocabulaire employé varie selon les traditions (qu’il soit inspiré, par exemple, par les sciences sociales de tradition française ou par le secteur de l’évaluation et mesure de

tradition américaine et quantitative). Mais, la préoccupation dominante, en fin de compte, consiste à réduire au minimum les biais dans l’information produite. Pour juger des qualités et des faiblesses des indicateurs, les utilisateurs doivent connaître à fond l’instrument dont ils sont tirés ainsi que les modalités de production de l’information. Une exploitation rigoureuse des données ainsi qu’une validation auprès des experts en contenu est aussi nécessaire pour juger de leur validité et de leur fiabilité.

VALIDITÉ

Un indicateur sera valide s’il «traduit» bien la réalité qu’il est censé traduire et si sa variation est étroitement associée à celle du phénomène dont il doit rendre compte.

La validité d’un indicateur est une qualité relative qui correspond à l’état des connaissances sur le sujet. L’utilisation successive de la mortalité, de l’espérance de vie, puis de l’espérance de vie en bonne santé comme indicateur de l’état de santé des populations illustre bien à quel point la validité de l’indicateur est relative par rapport au développement des connaissances (Robine et al., 1987).

La littérature sur le sujet fait ressortir plusieurs aspects de la validité. La validité de contenu (*content validity*) réfère à l’adéquation entre l’indicateur par rapport à l’objet observé quant aux concepts dont il doit rendre compte. Elle implique donc une définition claire du concept ainsi que des dimensions le constituant et pouvant devenir des objets d’observation. Plus le phénomène est abstrait, plus la validité de contenu est difficile à établir. Elle est généralement sanctionnée par des avis d’experts et par des études concomitantes.

La validité de critère (*criterion validity*) établit dans quelle mesure un indicateur permet d’estimer un autre phénomène (le critère). Elle reflète des préoccupations dominées par l’empirisme; où la force de la corrélation entre l’indicateur et le critère est garante de la validité. Ainsi par exemple, la déclaration de consommation de service aurait une faible validité pour traduire la consommation réelle de service, étant donné la sous-déclaration de certaines catégories de répondants (Camirand et al., 1993).

La validité de critère sera concomitante si la correspondance entre l’indicateur et le critère existe au même moment dans le temps. Un indicateur de besoin utilisé dans les formules

d'allocation de ressources, par exemple, devra être étroitement associé aux besoins de la population et devra présenter une forte validité concomitante. La validité de critère sera qualifiée de prédictive si la relation entre l'indicateur et le critère s'établit dans le futur. Ainsi, par exemple l'utilisation de certains indicateurs d'incapacité repose sur leur pouvoir de prédiction de la mortalité à court terme (Colvez et Gardent, 1990).

La validité de structure ou de construit (*construct validity*) s'applique surtout à des tests ou des instruments complexes. Elle permet de saisir dans quelle mesure les variables qui sont censées décrire les mêmes dimensions s'alignent bien sur le même axe dans une analyse factorielle<sup>2</sup>. La validité de structure peut s'observer sur le plan interne (l'instrument avec lui-même) ou externe (avec un autre instrument).

Enfin, pour des considérations pragmatiques, il est bon que l'indicateur soit accepté et compris par le milieu où il est utilisé. On parlera alors de validité *a priori* (*face validity*).

FIABILITÉ

La fiabilité dénote la capacité de l'indicateur d'assurer une distinction aussi fine que possible des individus, des territoires ou des états différents. Elle implique une constance dans l'exploitation des procédures de cueillette d'information (fidélité) et une précision du lien entre l'indicateur et le trait mesuré (spécificité et sensibilité).

L'indicateur sera fidèle si, quelles que soient les circonstances, sa valeur ne varie pas quand il rend compte de situations identiques. L'analyse des causes de décès indiquées sur les certificats médicaux (Bloor, 1991), une information en apparence très solide, a permis d'observer des différences entre les déclarations faites par différents médecins (fidélité inter-juges). La fidélité est un aspect de la fiabilité qui est reliée très étroitement aux procédures de cueillette et de saisie de l'information. La fidélité peut varier selon les producteurs d'information (établissements, régions, professionnels, etc.), selon les

2. Par exemple, pour l'indicateur *Proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique*, le niveau de détresse psychologique est déterminé par la sommation des scores associés à 29 items présentés sous la forme d'une échelle, mais ces derniers forment aussi quatre sous-ensembles distincts qui visent chacun à mesurer différents aspects, ou facteurs, de la détresse (dépression, anxiété, etc.).

instruments ou les questions utilisées, ou encore selon les périodes de cueillette de données.

L'époque, le contexte social et la législation peuvent aussi influencer sur la fidélité de l'indicateur. Une sensibilité sociale accrue à un phénomène ou l'accès à des programmes de dépistage peuvent accroître le nombre de cas signalé d'un phénomène. L'accroissement des taxes sur les cigarettes et sur l'alcool a rendu inefficaces les indicateurs des volumes de vente au détail par habitant à cause de la prolifération des marchés parallèles.

Dans le cas d'indicateurs produits par des instruments tels que des questionnaires, la fiabilité peut être vérifiée par des méthodes «test/retest» ou par des analyses de consistance interne. Évidemment il s'agit d'une qualité relative puisque la parfaite fiabilité est en pratique impossible à atteindre.

On dira d'un indicateur qu'il est robuste s'il peut difficilement être manipulé par les producteurs d'information. Plus un indicateur est utilisé comme mesure de performance, comme outil de contrôle ou comme moyen de sanction, plus il sera susceptible d'être manipulé par les intervenants sur qui s'exerce le contrôle. Les indicateurs développés à des fins d'évaluation et de reddition de compte doivent être aussi robustes que possible (Brunelle, 1992; Donabedian, 1989). L'indicateur devra aussi être sensible, c'est à dire avoir une variation correspondant le plus possible à celle du phénomène observé.

La représentation d'un indicateur sera pratiquement toujours une expression mathématique : une valeur ou un nombre, une statistique (moyenne, écart, médiane, etc.), un ratio (pourcentage, taux, quotient), un indice composé. On utilisera aussi parfois la forme binaire (présence, absence). Les modalités de construction (la méthode de calcul et la source des termes de l'équation) doivent être définies et constantes dans le temps et selon l'utilisateur (Saucier, 1984). Le développement d'indicateurs exige donc une indication très claire de la source de tous les termes de l'équation et de la méthode de calcul retenue.

1.3 UTILISATION D'INDICATEURS ET CONTEXTE DÉCISIONNEL

Les indicateurs sont conçus pour faciliter les décisions, étayer les systèmes de surveillance, favoriser le suivi de gestion, appuyer et alimenter les fonctions d'évaluation,

de planification, de programmation et de contrôle de gestion. Plus concrètement, les indicateurs peuvent servir à l'analyse, à la production d'avis, à la prévision, à des publications scientifiques et à la construction et à la documentation des tableaux de bord. Soulignons que les indicateurs représentent un élément parmi une gamme, pouvant servir à appuyer le processus de prise de décision.

### 1.3.1 Le processus de prise de décision

La décision est l'aboutissement d'un processus complexe. Une décision est un acte posé par un ou plusieurs décideurs. La décision se fonde sur le choix, une notion difficile à saisir. Il convient de distinguer la décision qui est un engagement spécifique à l'action (notamment par l'attribution de ressources), du processus de décision, constitué par une série d'actes et de facteurs dynamiques, qui débutent par l'identification d'un stimulus et qui se terminent par une implication spécifique à l'action (Mintzberg et al., 1976).

Le processus de prise de décision repose sur une pluralité de sous-décisions ou de phases : la reconnaissance de la situation, le diagnostic, la recherche de solutions ou d'alternatives, l'évaluation des options, puis l'établissement d'un choix. L'information est présente dès le départ, et à toutes les étapes du processus. Une situation de crise, par exemple, devient problématique à partir du moment où elle est connue et traduite sous forme d'une information. On identifie une crise quand il y a écart par rapport à une norme, à une prévision, à une situation «normale»; la distinction entre «normal» et problématique ne peut être établie que s'il existe une connaissance descriptive de ces deux états. Les indicateurs permettent une description systématique (la connaissance), une observation des tendances (la surveillance) et une appréciation de l'écart entre l'observé et le prévu ou entre un état acceptable et un état problématique.

L'examen de 25 processus de décision stratégiques, dans des organisations privées et publiques produisant des biens ou des services (Mintzberg et al., 1976), a permis d'établir que le processus s'échelonne sur moins d'un an dans un cas sur trois. Dans les autres cas, il s'échelonne sur des périodes variant entre un et quatre ans. Ainsi, en ce qui concerne la prise de décision stratégique, la fréquence de production des indicateurs pourra être annuelle, par exemple, et on visera l'établissement de tendances qui portent sur de longues périodes.

### 1.3.2 L'utilisation d'indicateurs dans le processus de prise de décision

Concrètement, le processus de prise de décision s'exprime sous des formes variées : la formulation d'objectifs de santé, l'établissement d'une politique de santé et de bien-être, l'élaboration d'un cadre de référence ou d'orientations sectorielles, l'adoption de mesures ou d'un plan d'action, la détermination de priorités au chapitre de cibles d'intervention, ainsi de suite. En bout de piste, il y a bien entendu un décideur, mais il s'inspire d'avis professionnels, d'état de situation, d'informations produites par des comités de travail, et intègre des processus de concertation et de recherche de consensus. Les contextes décisionnels d'utilisation des indicateurs sont multiples : planification, prévision et l'évaluation des besoins, suivi et l'évaluation des programmes, allocation des ressources et budgétisation, compensation, encouragement (stimulation) et connaissance théorique. On reprendra ici quelques unes de ces fonctions les plus courantes.

#### PLANIFICATION, PRÉVISION ET ÉVALUATION DES BESOINS

Dans ces contextes, le postulat de base de l'utilisation des indicateurs est que l'estimation des ressources et des services de santé requis par une population peut se faire à l'aide de certains indicateurs ayant été associés à des besoins (Pineault et Daveluy, 1986; Pelletier, 1990). La structure par âge et par sexe, la taille de la population, les indicateurs sur les naissances, la morbidité et la mortalité et les conditions de naissances et la morbidité traduiraient une partie notable des besoins de santé. Un profil de santé d'une région (par exemple), basé sur des indicateurs sociodémographiques et sociosanitaires, incluant des comparaisons par rapport à une population de référence (pays, région comparable ou état de santé visé) servira à étayer des processus de détermination de priorités et d'identification des groupes cibles d'intervention. Au Québec, les «Profils sociosanitaires» réalisés par les départements de santé communautaire et, plus récemment, la Politique de Santé et de Bien-Être (MSSS), (1992) témoignent d'une telle utilisation.

Les indicateurs sociosanitaires sont aussi parfois utilisés pour établir des diagnostics locaux portant sur des villes, des villages ou des quartiers. Ils sont alors généralement jumelés à des informations qualitatives ou des résultats d'enquêtes locales. Au Québec, plusieurs CLSC ont utilisé cette approche (Pampalon et al. 1990; Fortin et Auger, 1991a; Mayer-Renaud et al., 1989; Guilloux, 1993). Évidemment, l'application des indicateurs



à de très petites unités géographiques n’est pas toujours possible et présente parfois des variations aléatoires importantes (notamment dans le cas de données échantillonnées)<sup>3</sup>. L’intérêt d’une telle approche réside surtout dans l’appropriation des enjeux sociosanitaires par la population et par les décideurs locaux et dans la mobilisation qui s’en suit.

BUDGÉTISATION ET ALLOCATION DE RESSOURCES

La budgétisation, l’allocation et la réallocation des ressources représentent d’autres contextes décisionnels pour l’utilisation des indicateurs. Les ressources humaines et financières, la population, les problèmes de santé ou les problèmes sociaux constituent des indicateurs soit séparément, soit par combinaison (ressources financières selon la population, par exemple). Dans les méthodes d’allocation de ressources on tiendra généralement compte du volume et des caractéristiques de la population, d’indicateurs traduisant ses besoins (pathologies ou facteurs de risque) et d’indicateurs sur les ressources ou sur la consommation des services.

Le défi du développement d’indicateurs à des fins d’allocation de ressources est de deux ordres. Il faut développer des indicateurs dont la variation traduise le plus possible les besoins de la clientèle ou de la population. De plus, il faut que les systèmes d’information financiers puissent rendre compte de la ventilation régionale et de la structure par programme ou par clientèle (Parker, 1984; Lopez, 1983; Calcoen, 1993). En général, cette condition ne s’obtient que de façon imparfaite.

ÉVALUATION ET SUIVI DES PROGRAMMES

Le passage de la fonction d’observation à la fonction d’évaluation est difficile. L’évaluation doit permettre de poser un jugement alors que l’observation consiste à recueillir des éléments d’information. Les indicateurs permettant l’observation des déterminants de santé, de l’état de santé, des problèmes et des conséquences en matière de santé peuvent étayer les fonctions d’évaluation. L’atteinte des objectifs de santé,

3. À ce niveau, l’utilisation de méthodes statistiques appropriées devient nécessaire, notamment les méthodes d’ajustement ou de standardisation.

l’évaluation de la couverture d’une population, l’ampleur des ressources investies ou des services dispensés sont des informations utiles pour l’évaluation. La consignation de ces informations permettra de structurer les questions d’évaluation pertinentes. Mais l’apport des indicateurs à l’évaluation des programmes consiste surtout à supporter la fonction en lui fournissant les données de base sur les aspects susmentionnés. Car, l’évaluation portera généralement sur des questions concernant la pertinence, l’efficacité, l’efficience ou la productivité des programmes. Ces questions sont complexes et exigent le recours aux méthodes classiques de recherche.

1.4 LES INDICATEURS DANS UN TABLEAU DE BORD

Comme nous l’avons déjà mentionné, les indicateurs sociosanitaires s’appliquent de multiples points aux contextes décisionnels. Plus concrètement, les productions auxquelles ils donnent lieu vont des rapports statistiques, des profils sociosanitaires, des productions très descriptives, à des analyses plus élaborées. Les productions sont de plus en plus illustrées par des graphiques ou des cartes. Les outils de décision doivent en effet être offerts sous la forme d’une présentation synthétique et facile d’accès. Les développements technologiques rendent possible la présentation des indicateurs sous la forme de tableaux de bord. Les logiciels qui permettent la création de tableaux de bord connaissent actuellement une certaine vogue et ce type de production suscite de grandes attentes. En effet les tableaux de bord constituent des outils puissants pour faciliter l’analyse de certains aspects de la santé des populations. Ils permettent au décideur qui les utilise d’avoir accès rapidement aux informations dont il a besoin.

1.4.1 Le tableau de bord

Le tableau de bord est un des outils du système de contrôle de l’organisation. À ce titre, il occupe une fonction d’interface entre le système d’information (où sont produits les indicateurs) et le système de décision de l’organisation (où sont utilisés les indicateurs). Le tableau de bord

«... est un outil d’agrégation synoptique des informations pertinentes du système permettant de savoir si le fonctionnement de celui-ci doit être considéré comme normal; c’est-à-dire un instrument de contrôle mettant en évidence les écarts significatifs d’un mauvais fonctionnement du système :

c'est donc un outil d'aide à la décision. Le tableau de bord doit également être un outil d'aide à la décision permettant d'extrapoler les tendances passées et les écarts du présent vers l'avenir, afin d'appréhender ce futur avec moins d'incertitude» (Saulou, 1982, p. 40).

Cet aspect implique l'existence de règles d'analyse, de normes, de références qui permettent de distinguer un fonctionnement normal d'un fonctionnement «anormal». Lorsqu'il est bien conçu, le tableau de bord devient un outil régulier et reconnu d'orientation des décisions. Il résume et synthétise une information significative propre à guider le fonctionnement des organisations.

1.4.2 Le développement du tableau de bord

Les publications sur le sujet présentent diverses conceptions des tableaux de bord. On utilise souvent l'image du tableau de bord d'une automobile qui fournit au pilote des informations de base nécessaires à la rétroaction. L'image est simplificatrice. Les activités du système de santé sont plus complexes que la plupart des exemples auxquels renvoient les ouvrages sur les tableaux de bord. L'objet observé est très particulier; il s'agit de l'amélioration, du maintien ou du recouvrement de la santé, de la prévention des problèmes, de la protection de la santé publique, etc. À cet égard, un tableau de bord dans le domaine de la santé est d'abord un outil favorisant l'accès et le recours de l'information stratégique plutôt qu'un outil de diagnostic sociosanitaire ou «populationnel».

La plupart des ouvrages posent au départ la question suivante : «De quelles informations le gestionnaire a-t-il besoin?» Une fois ces informations connues, il n'y aurait plus qu'à les inclure dans le tableau de bord. La réalité est tout autre (Voyer, 1994). De même manière que le développement d'indicateurs procède d'un compromis entre l'idéal conceptuel et ce qui est possible en matière d'information, le tableau de bord est assujéti à des contraintes. Ce n'est pas parce que le gestionnaire a besoin de certaines informations qu'elles existent forcément. Il est bien entendu nécessaire d'établir les besoins des utilisateurs du tableau de bord. Mais on doit aussi connaître les informations disponibles pour l'alimenter et parmi celles-ci, identifier celles qui correspondent le mieux aux besoins des utilisateurs. On doit aussi poursuivre les efforts pour développer peu à peu les informations manquantes.

Puisqu'il doit respecter le type de gestion pratiqué par le décideur, l'outil doit être personnalisé (Voyer, 1990; Saulou, 1982; Percheron, 1987; AHQ, 1992). Les auteurs consultés insistent sur l'importance d'utiliser un nombre limité d'indicateurs particulièrement significatifs en regard du fonctionnement et des fins de l'organisation (Voyer, 1990; Saulou, 1982; Percheron, 1987; AHQ, 1992). Le choix des indicateurs représente une étape cruciale; un nombre trop réduit ou un mauvais choix ne permettra pas de rendre compte des multiples aspects observés tandis qu'un nombre trop élevé va submerger l'utilisateur d'informations. Certains spécialistes suggèrent d'utiliser un maximum de sept à neuf indicateurs (Saulou, 1982) d'autres fixent ce plafond entre dix et vingt (De Guerny et al., 1986). Les travaux plus récents (Voyer, 1994) soulignent également que le tableau de bord ne devrait pas comporter plus d'une vingtaine d'indicateurs. Dans la pratique, il n'est pas facile d'observer une telle limite. L'utilisateur peut donc conserver un nombre plus grand d'indicateurs sous forme de données de tableau de bord et de les ranger en ordre d'importance; il consultera régulièrement un nombre restreint d'indicateurs, tout en ayant accès facilement à un grand nombre de données ou d'indicateurs complémentaires (Voyer, 1994).

CONCLUSION

Le tableau de bord constitue une plate-forme qui facilite l'utilisation des indicateurs de gestion ou des indicateurs sociosanitaires. Simple d'utilisation et interactif, il colle bien aux besoins des décideurs qui aiment une information accessible et significative dans sa forme. La séduction de l'outil ne doit cependant pas occulter ses fondements; le tableau de bord doit reposer sur des indicateurs rigoureusement construits et validés. Derrière le tableau de bord, il y a tout un travail de fond qui consiste à clarifier des notions subjectives et à en dégager des concepts clairs, à trouver des manifestations observables de ces concepts, à identifier les sources d'information, les limites et les interprétations possibles et à standardiser les méthodes de calcul.

Il s'agit là d'un travail constant basé sur un corpus de connaissances comparable à celui de n'importe quelle autre discipline. Certains indicateurs retenus aujourd'hui seront considérés comme désuets dans quelques années, d'autres sources d'information vont se développer ou se perfectionner. La gamme des indicateurs possibles et disponibles est destinée à s'accroître et à s'améliorer. Malgré ce fait, le développement d'indicateurs sociosanitaires ne répondra jamais à toutes les questions que soulève le processus de

prise de décision. Comment serait-ce possible? Qui le pourrait d’ailleurs? La prise de décision reposera toujours en partie sur l’incertitude. Il est néanmoins possible de réduire ces zones d’incertitude en traduisant le plus fidèlement possible la réalité sociosanitaire par des indicateurs valides et fiables.

BIBLIOGRAPHIE

ABELIN, T., (1986), «Indicateurs positifs de la promotion et de la prévention de la santé», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, 39:353-364.

ANGLARET, P., (1993), «La fonction d’observation régionale», *Informations Sociales*, (27):72-77.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, (1992), *Le tableau de bord, outil de pilotage au service du conseil d’administration*, Montréal, AHQ, 27 p.

ASVALL, J.E., YELLOWLEES, H., (1989), «Vers la santé pour tous dans la région européenne de l’OMS. Surveillance des progrès accomplis. I. Évaluation générale», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 37:287-293.

BARNARD, L., (1993), *L’évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d’autonomie*, Québec, MSSS, 109 p.

BEAUDRY, J., (1984), «L’évaluation de programme», dans GAUTHIER B., *De la problématique à la collecte des données*, Montréal, Presses de l’Université du Québec, pp. 391-401.

BLOOR, M., (1991), «A minor office: The variable and socially constructed character of death certification in a Scottish city», *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3):273-287.

BOUDON, R., BOURRICAUD, F., (1990), *Dictionnaire critique de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 432 p.

BRUNELLE, Y., (1992), *La qualité des soins et services. Un cadre conceptuel*, Québec, MSSS, 123 p.

CALCOEN, F., (1993), «Observateurs et décideurs», *Informations Sociales*, (27):114-118.

CAMIRAND, J., BLAIS, R., BÉLAND, F., (1993), *How Reliable Are Health Surveys to Assess Medical Care Use?*, Présentation à l’American Public Health Association, San Francisco, 9 p.

CARMINES, E.G., ZELLER, R.A., (1979), *Reliability and Validity Assessment*, Beverly Hills, Sage Publications, 79 p.

COLVEZ, A., GARDENT, H., (1990), *Les indicateurs d’incapacité fonctionnelle en gérontologie*, Montpellier, Centre Technique National de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 111 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, (1978), *La question des indicateurs sociaux*, Québec, MSSS, 64 p.

CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA, CONTRÔLEUR GÉNÉRAL, (1981), *Guide sur la fonction de l’évaluation de programme*, Ottawa, Ministère des approvisionnements et services, 238 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., (1985), «Économie du système de la santé», dans *Traité d’anthropologie médicale*, Montréal, Presses de l’Université du Québec, pp. 443-479.

CULYER, A.J., (1983), *Health Indicators: An International Study for European Science Fondation*, Oxford, Martin Robertson, 223 p.

DE COURCY, G., (1989), *Systèmes interactifs d’aide à la décision*, Montréal, Les Éditions Agence D’Arc inc., 126 p.

DE GUERNY, J., GUIRIER, J.C., LAVERGNE, J., (1986), *Principes et mises en place du tableau de bord de gestion*, Paris, Delmas.

DEVER, G.E., CHAMPAGNE, F., (1985), *Epidemiology of Health Services Management*, Rockville, Aspen, 399 p.

DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, p. 262.

DONABEDIAN, A., (1989), «Institutional and professional responsibilities in quality assurance», *Quality Assurance in Healthcare*, 1(1):3-11.

ÉCOLE NATIONALE D’ADMINISTRATION PUBLIQUE, (1986), *Tableau de bord de gestion*, Montréal, ÉNAP, 91 p.

FORTIN, L., (1993), *Quelques notions importantes pour le développement d’indicateurs*, Québec, MSSS, 45 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991a), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Chutes-de-la-Chaudière*, Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 79 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991b), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Antoine-Rivard*, Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 100 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991c), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Nouvelle Beauce*. Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 79 p.

GINGRAS, L., MAGNEMAT-THALMAN, N., RAYMOND, L., (1986), *Systèmes d’information organisationnels*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 301 p.

GRAWITZ, M., (1984), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1104 p.

GROUPE DES RESPONSABLES EN ANALYSE ET EN ÉVALUATION DE PROGRAMME, (1992), *L’évaluation de programme et le suivi de gestion. Document d’orientation*, Québec, GRAÉP, 26 p.

GUILLOUX, K., (1993), «Le diagnostic local», *Information Sociale*, (26):53.

HAGEDORN, H., (1971), *Manual on State Mental Health Planning*, Washington, U.S. Department of Health Education and Welfare, Public Health Services, 232 p.

HALL, O., ROYSE, O., (1987), «Mental health need assesment with social indicators: An empirical case study», *Administrator in Mental Health*, 15(1):36-46.

JAYASURIYA, R., (1986), «Utilisation d’indicateurs pour la surveillance continue et l’évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous : l’expérience du Sri Lanka», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, (39):298-309.

LAZARSFELD, P., (1970), *La philosophie des sciences sociales*, Paris, Gallimard, 509 p.

LETOURMY, A., (1977), «Intérêt et limites des indicateurs de santé en matière de planification», *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, 17(2):66-72.

LOPEZ, A., (1983), «L’outil statistique», *Informations Sociales*, 27:84-91.

LWANGA, S., (1979), «Principes statistiques du monitoring et de la surveillance en santé publique», *Bulletin de l’Organisation Mondiale de la Santé*, (57):33-43.

MACKENBACH, J.P., (1987), «Health care policy and regional epidemiology. International comparaison and case study from The Netherlands», *Social Science and Medicine*, 24(3):247-253.

MAYER-RENAUD, M., BERTHIAUME, M., RENAUD, J., (1986), *La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec. Portrait de la région de Montréal*, Montréal, CSSMM, 109 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1990a), *Cadre de référence et stratégie d’élaboration d’indicateurs de besoins pour l’allocation régionale des ressources*, Québec, MSSS, Direction générale Planification et Évaluation, 60 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1990b), *Une politique d’évaluation des programmes et des politiques socio-sanitaires au Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, Direction de l’évaluation, 29 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Le suivi de gestion à la Direction des programmes communauté famille jeunesse. Un projet de direction*, Québec, MSSS, Direction des programmes communauté famille-jeunesse, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 192 p.

MINTZBERG, H., RAISINGHANI, D., THÉORET, A., (1976), «The structure of «Unstructured» decision processes», *Administrative Science Quarterly*, 21:246-274.

MURNAGHAN, J.H., (1981), «Health indicators and information systems for the year 2000», *Annual Review of Public Health*, 2:299-361.

NADEAU, M.A., (1988), *L’évaluation de programme. Théorie et pratique*, Québec, Presses de l’Université Laval, 315 p.

PAMPALON, R., GAUTHIER, D., RAYMOND, G., BEAUDRY, D., (1990), *La santé à la carte*, Québec, MSSS, p. 60.

PARKER, D.A., (1984), «L’emploi des indicateurs de ressources financières dans le secteur de la santé», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, 37:451-462.

PASCOT, D., BANVILLE, C., NGUYEN, H., MANTHA, R., RIDJANOVIC, D., (1987), *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d’information dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Québec, Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux, 168 p. (Recherche;26)

PELLETIER, L., (1990), «Les indicateurs de santé et la planification sanitaire», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 38:47-56.

PERCHERON, Y., (1987), *Tableaux de bord*, Notes de cours, Montréal, École nationale d’administration publique, 60 p.

PÉRON Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*, Ottawa, Statistique Canada, 266 p. (Cat. 82-543F).

PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F., FOURNIER, P., (1988), «L'exploitation des grandes bases de données sur la morbidité pour l'évaluation des services de santé», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 36(4-5):267-272.

PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., 480 p.

RIGAUD, L., (1979), *La mise en place des systèmes d'information*, Paris, Dunod, 231 p.

RIVARD, S., TALBÔT, J., (1992), *Le développement des systèmes d'information. Méthodes et outils*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 243 p.

ROBINE, J.-M., BROUARD, N., COLVEZ, N., (1987), «Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVS), des indicateurs globaux de l'état de santé de la population», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 35:206-224.

ROY, L., (1986), «Problèmes et difficultés rencontrées lors de l'utilisation des indicateurs mondiaux», *Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 39:314-319.

SALMELA, R., (1993), «Regional inequalities in health and health care in Finland and Norway», *Health Policy*, 24:83-94.

SAUCIER, A., (1984), «L'utilisation de l'informatique et le calcul du taux de participation à différents programmes de l'assurance maladie», *Cahiers québécois de démographie*, 13(2):323-331.

SAUCIER A., (1991), *Bilan du groupe Monitoring*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 26 p.

SAULOU, J.Y., (1982), *Le tableau de bord du décideur, méthodologie de mise en place*, Paris, Éditions de l'Organisation, 278 p.

SAUVAGE, P., (1993), «De l'observation à l'évaluation», *Informations Sociales*, (27):102-113.

SPECTOR, A., (1992), «La mesure des faibles revenus au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (25):8-10.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, (1969), *Toward a Social Report*, Washington, U.S. Departement of Health, Education and Welfare, 169 p.

VILLAC, M., (1993), «L'aide à la décision», *Informations Sociales*, (27):92-101.

VOYER, P., (1990), *Le manuel du technomanager : la gestion de l'information et de ses technologies*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., 286 p.

VOYER, P., (1994) *Tableaux de bord de gestion*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 334 pages.

YELLOWLEES, H., THURIAUX, M.C., (1986), «Utilisation des indicateurs relatifs aux stratégies de la santé pour tous: l'expérience de la région européenne de l'OMS», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, (39):320-324.

## CHAPITRE 2 -- Les indicateurs sociosanitaires

### 2.1 — MODÈLE THÉORIQUE ET MODÈLE DE CLASSIFICATION

Dans le chapitre précédent nous avons défini ce que sont les indicateurs, les éléments qui permettent de les construire et d’apprécier leur qualité ainsi que les usages auxquels ils peuvent être destinés dans l’ensemble des domaines d’application de la santé publique. Ces considérations ont mis en évidence la diversité et le volume de l’information associée à l’univers des indicateurs. Dans le but de reconnaître l’information recherchée et d’y accéder rapidement, il nous a semblé utile de classer les indicateurs selon un modèle théorique. Dans le présent chapitre, nous abordons trois thèmes complémentaires, à savoir la description du modèle théorique de la santé servant à classer les indicateurs, les paramètres de sélection de ceux-ci et, finalement, la composition des fiches permettant de les décrire.

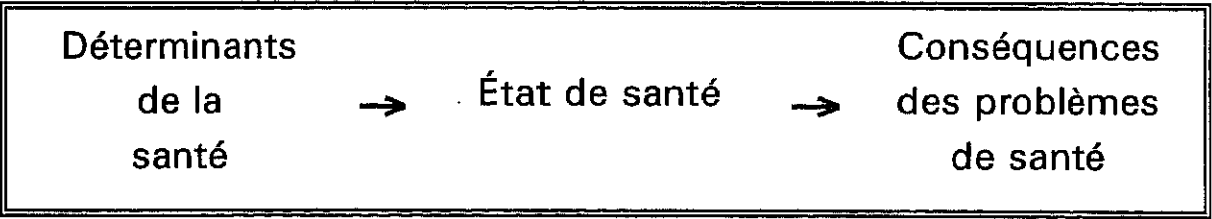
Plusieurs auteurs ont produit des cadres théoriques qui situent et définissent la santé. Aux fins d’établir un modèle de classification des indicateurs, nous avons choisi d’utiliser le cadre théorique de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) où la santé est définie comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité» (OMS, 1946). Afin de rendre cette définition opérationnelle, nous lui adjoignons le cadre théorique congruent utilisé par les promoteurs de l’enquête Santé Canada (1981) et adopté par Santé Québec (MSSS, 1988). Ce cadre reconnaît trois axes séquentiels en matière de santé (Figure 1) : les déterminants, l’état de santé et les conséquences.

La définition mentionnée est encore largement utilisée, et, à notre sens, représente encore la position théorique dominante. Assurément, la littérature présente d’autres définitions (Donovan et al., 1992, établissent une typologie des modèles de mesure de la santé). Dans le modèle alternatif le plus répandu, la santé est définie comme la capacité de l’individu à fonctionner dans son milieu (Evans et Stoddart, 1990). Ce modèle s’inscrit dans la foulée des travaux de Katz et coll. (1963) portant sur les activités de la vie quotidienne et sur les travaux de Rosow et Breslau (1966) à propos des activités «domestiques» «instrumental activities of daily living». Très proches de ce modèle, nous retrouvons ceux gravitant autour du concept de qualité de vie (Murdie et Rhyne, 1992a, 1992b; voir aussi Spilker et coll., 1990, pour une bibliographie détaillée des travaux en

ce domaine). Ce type de modèle inclut souvent, en plus de la capacité fonctionnelle, des éléments concernant le niveau de difficulté inhérent à l’accomplissement de ces activités quotidiennes. Présentement, un nouveau courant émerge de la littérature; les écrits portant sur la postmodernité intègrent désormais des modèles de santé. La pensée postmoderne développe un modèle autour du concept de la capacité d’un individu à gérer sa santé et la maladie (Fox, 1994; CHIS, 1993). Finalement, nous retrouvons dans la littérature une série de modèles qui s’inspirent essentiellement du modèle de l’OMS et qui en développent certains aspects particuliers (Liang et coll., 1991; Johnson et Wolinsky, 1993).

Bien que toutes ces définitions et tous ces modèles théoriques soient d’une grande richesse et possèdent un potentiel explicatif important, notre choix s’est quand même arrêté sur la définition adoptée par l’OMS. Deux raisons justifient notre position; d’une part, et comme nous l’avons déjà mentionné, nous croyons que cette vision est toujours prédominante, et d’autre part, et surtout, la plupart des indicateurs sanitaires que nous avons recensés s’inscrivent directement dans le cadre de ce modèle. Le choix d’un modèle théorique détermine donc l’univers des indicateurs.

Figure 1. Les dimensions de la santé



Quelques mots tout d’abord à propos du modèle à trois axes séquentiels : les déterminants de la santé, l’état de santé et les conséquences des problèmes de santé. Nous devons d’abord réitérer que nous n’entendons utiliser ce modèle qu’à des fins de classification des indicateurs et non à des fins d’explication<sup>1</sup>. De plus, chacun de ces

1. Nous ne tentons pas d’en faire usage comme modèle explicatif ni, *a fortiori*, de discuter d’éléments tels le sens causal ou les récursivités potentielles du modèle. Il ne s’agit pas pour nous de déterminer dans quelle mesure la pauvreté économique, un déterminant, induit l’incapacité, une conséquence, ou réciproquement; ni, de fabriquer un *méta* indicateur sanitaire.

trois axes englobe autant les aspects physiques, mentaux (ou psychologiques) que sociaux présentés dans la définition de la santé.

Les **déterminants de la santé** sont les composantes pré-pathologiques qui peuvent être associées aux développements de problèmes de santé. En aucun cas, les éléments recueillis sous cette rubrique ne peuvent être interprétés comme des problèmes de santé. Par ailleurs, chacun des déterminants peut être associé directement ou indirectement à un ou plusieurs problèmes de santé.

L'**état de santé** renvoie à des états pathologiques. Il peut s'agir de problèmes de santé, d'états morbides ou de maladies, diagnostiqués par des professionnels de la santé ou par auto-évaluation de la personne affectée, voire même par une tierce personne, et dont la gravité s'étend de la situation la plus bénigne à l'affection la plus sévère. La présence d'un problème de santé n'implique pas nécessairement le développement de quelconques conséquences négatives.

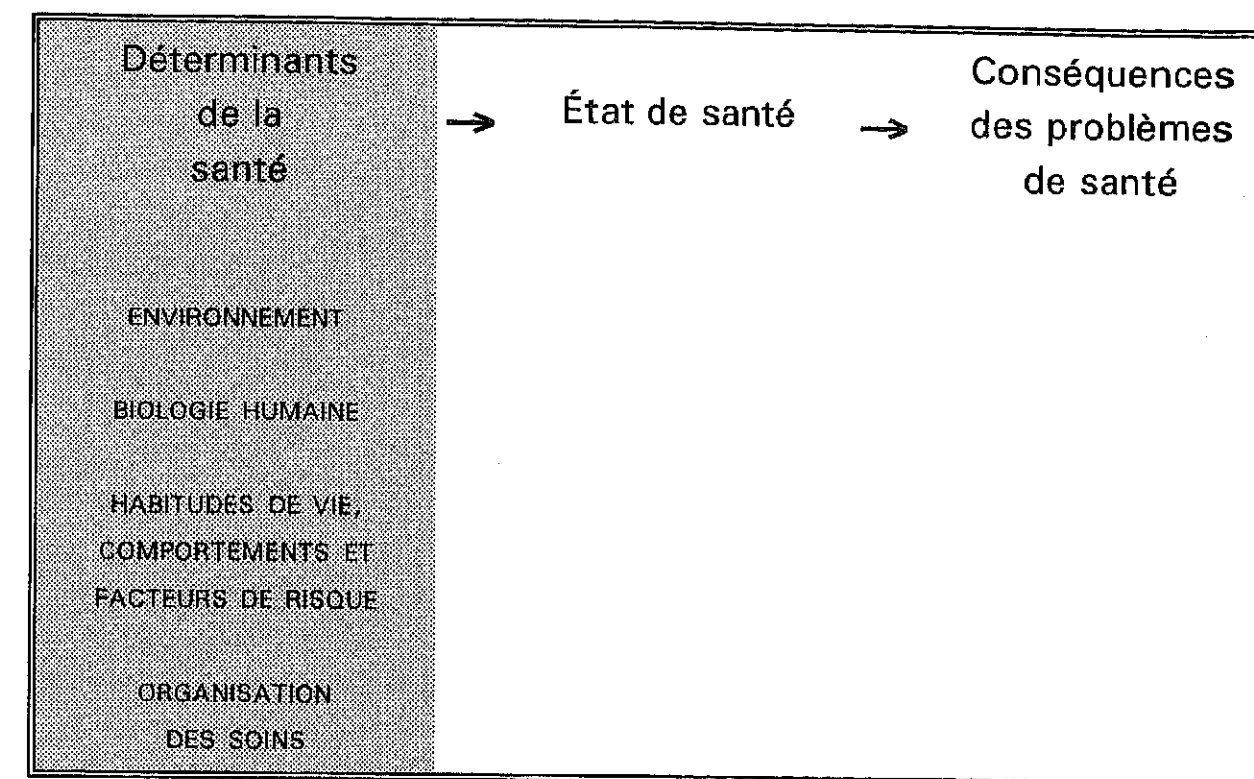
Les **conséquences des problèmes de santé** peuvent être de tous ordres et présenter, à l'instar des états de santé, divers degrés de gravité.

La vision théorique adoptée intègre deux caractéristiques qui méritent d'être soulignées. Premièrement, la santé des individus et des populations est conçue en fonction d'une optique globale; la notion est établie à partir d'éléments à caractère social, mais elle n'évacue pas les aspects médicalisants; elle intègre des réalités sanitaires qui précèdent et transcendent la simple symptomatologie sans oblitérer les conditions qui en découlent. Deuxièmement, nous pouvons exploiter une variété importante de sources de données; en effet, la plupart des grandes enquêtes sanitaires ainsi que les bases de données administratives ont été conçues et développées dans un contexte historique où domine l'approche théorique que nous avons adoptée.

#### LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Nous inspirant des modèles proposés dans le rapport Lalonde (1974) ainsi que des travaux du Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF, 1984) nous regroupons les déterminants de la santé sous quatre rubriques : l'environnement, la biologie humaine, les habitudes de vie ainsi que l'organisation des soins de santé (figure 2).

Figure 2. Les déterminants de la santé



L'**environnement** est constitué des facteurs, extérieurs au corps humain, qui présentent une incidence sur la santé et qui échappent, en tout ou en partie, au contrôle de l'individu. Ces facteurs ne se limitent pas à l'environnement physique et à l'écologie; ils comprennent tout autant l'environnement social qui, lui-même, inclut la composition sociodémographique du milieu social, la situation économique générale, le contexte politique, les conditions de travail, etc. Bref, les facteurs en cause incluent tous les éléments qui contribuent à façonner la société dans laquelle évolue un individu et qui imposent des contraintes à la santé<sup>2</sup>.

La **biologie humaine** englobe les aspects de la santé qui découlent de la structure biologique de l'espèce, et notamment de la constitution systémique, organique, physiologique et génétique de l'individu. La biologie humaine réunit des notions telles le

2. La plus grande partie des éléments contenus dans le concept de *qualité de vie* peut être incluse dans la dimension de l'environnement (voir à ce sujet les travaux de Murdie et Rhyne, 1992a et 1992b).



patrimoine génétique d’une population ou d’un individu, le fonctionnement et la dégénérescence de divers systèmes organiques, la physiologie du vieillissement et de la maturation, la durée de vie maximale théorique de l’espèce, etc.<sup>3</sup>

Les **habitudes de vie** représentent les décisions prises par les individus et qui ont, tôt ou tard, des incidences sur leur propre santé et celle de leurs proches. Nous élargirons cette catégorie afin d’y inclure les **comportements** (CASF, 1984, p. 17) ainsi que les **facteurs de risque** (Pineault et Daveluy, 1986, p. 168). Les habitudes de vie forment, en quelque sorte, un continuum avec la biologie humaine, l’environnement et l’organisation des soins. À un pôle de ce continuum, l’individu peut ou pourrait, de lui-même, agir sur les éléments préjudiciables à sa santé et les modifier; à l’autre, il en est incapable.

L’**organisation des soins** de santé inclut la quantité, la qualité, la continuité, l’agencement, la disponibilité, l’accessibilité, l’efficacité et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la prestation des soins de santé. L’organisation des soins peut être conçue comme un des éléments de l’environnement social. Elle induit cependant un tel système de contraintes à la santé des personnes et des populations qu’elle revêt assez d’importance pour que, nous en fassions une dimension à part, à l’instar du rapport Lalonde (1974).

L’ÉTAT DE SANTÉ

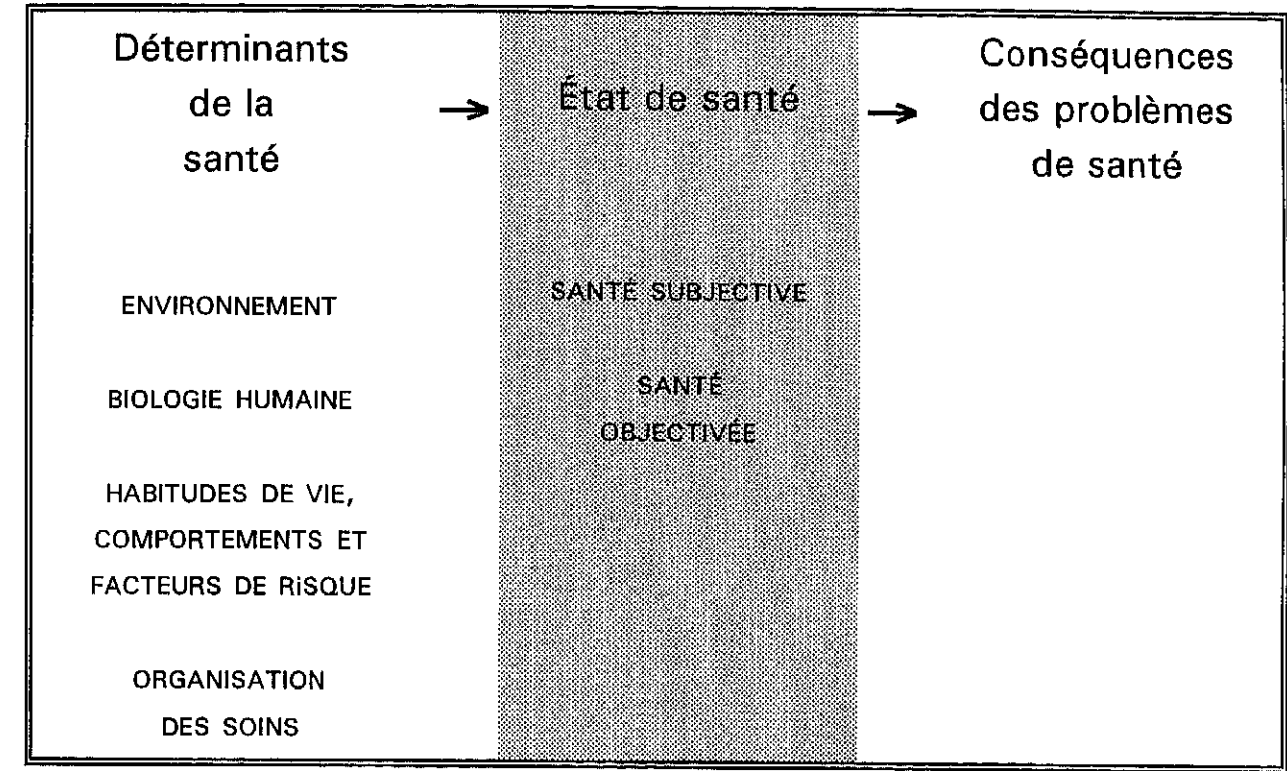
L’état de santé peut être présenté comme un catalogue de pathologies et de problèmes de santé qui font nécessairement références à une vision médicalisée de la santé. Deux dimensions y sont présentes : l’état de santé subjectif et l’état de santé objectivé<sup>4</sup> (Figure 3).

3. En ce qui concerne la durée de vie maximale théorique de l’espèce (qu’il ne faut pas confondre avec l’espérance de vie) et son éventuelle atteinte, le lecteur intéressé consultera les travaux de Fries (1989); la résistance du corps humain à des températures extrêmes est abordée par Kunst et al. (1993); la longévité comparative des personnes gauchères et droitères est traitée par Aggleton et al. (1993); une intéressante discussion de Fausto-Sterling (1993) porte sur le genre en tant que concept continu plutôt que dichotomique.

4. Nous préférons le qualificatif «objectivé» à celui d’«objectif»; ce dernier terme confère un caractère indûment absolu atteignant presque, dans certains cas, la déification du jugement professionnel. Il nous paraît plus adéquat de relativiser le jugement des professionnels par l’utilisation du terme «objectivé».

L’état de **santé subjectif** est l’évaluation, faite par l’individu, de sa propre santé. En plus de nous fournir une évaluation globale de l’état de santé d’une personne, cette dimension nous permet d’accéder à une information cruciale concernant des états pathologiques qui n’ont pas entraîné de consultations auprès de professionnels de la santé, de diagnostics ou de recours aux services de santé.

Figure 3. L’état de santé



L’état de **santé objectivé** est l’état déterminé par l’évaluation d’un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic ou à établir la présence d’un problème de santé. Nous subdivisons cette catégorie selon la gravité : la morbidité extra-hospitalière, la morbidité hospitalière et la mortalité.<sup>5</sup>

5. Certains diront que la mort et l’hospitalisation sont des conséquences de problèmes de santé plutôt que des états de santé. Cependant, afin de respecter l’usage classique, où les états de santé sont classés selon la gravité, nous considérons ici la mort et l’hospitalisation comme des indicateurs d’états de santé gravement détériorés plutôt que comme mesure des conséquences des problèmes de santé (voir l’exposé, au chapitre 1, sur la différence entre mesure et indicateur).

LES CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ

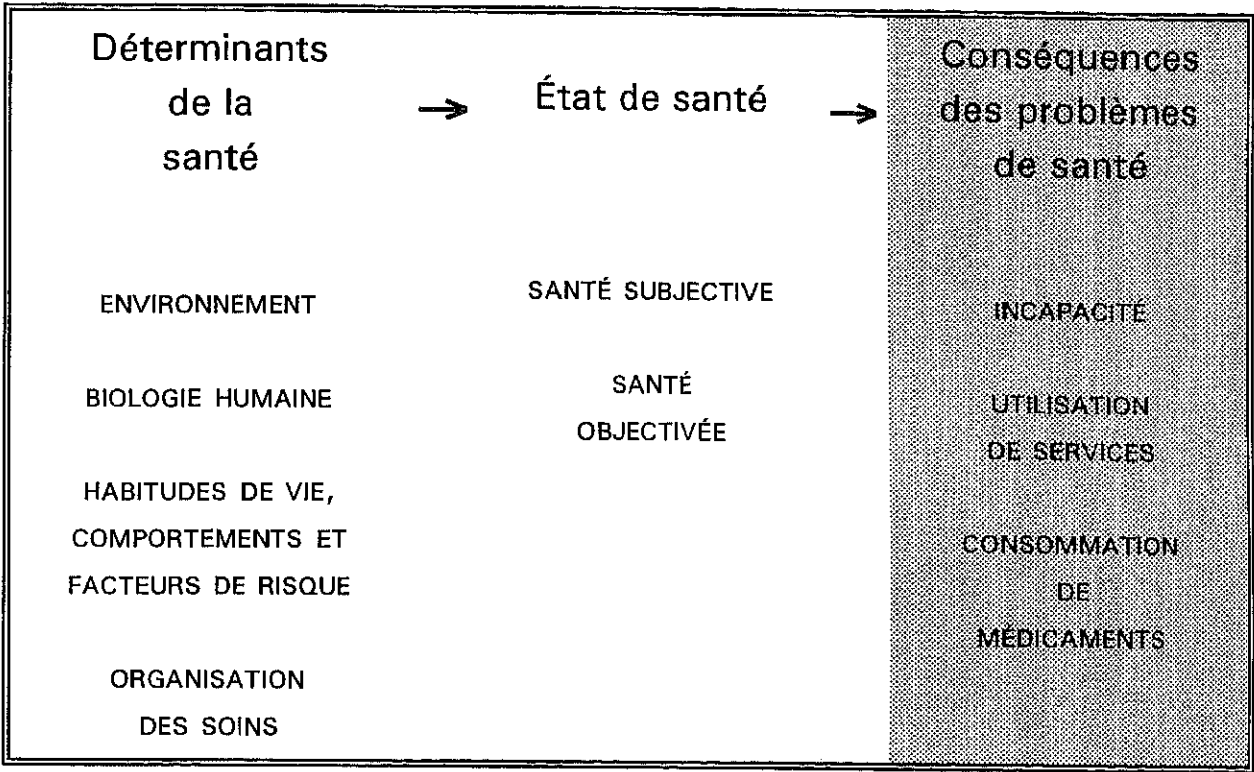
Les conséquences des problèmes de santé se définissent comme des états ou des comportements attribuables au développement, à la présence ou aux séquelles d’une maladie. Nous divisons les conséquences en trois catégories (qui ne sont pas mutuellement exclusives) : l’incapacité, l’utilisation de services et la consommation de médicaments (Figure 4).

L’**incapacité** «correspond à toute réduction ... partielle ou totale, de la capacité d’accomplir une activité d’une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain» (OMS et INSERM, 1981, p. 16). L’incapacité peut être permanente ou temporaire. Lorsqu’elle est temporaire, elle peut être de court ou de long terme. L’incapacité peut provenir d’un problème de santé physique, de santé mentale ou peut même être induite socialement<sup>6</sup>.

L’**utilisation des services** résulte de l’interaction du comportement de l’individu «qui entreprend une démarche de recours à des soins et ... celui du professionnel de la santé qui dirige le malade dans le système de soins» (Pineault et Daveluy, 1986, pp. 191-192). Par exemple, l’utilisation de services peut avoir trait au type, à la fréquence et à la durée des consultations auprès de professionnels de la santé ou auprès de thérapeutes alternatifs. Elle peut aussi avoir trait au nombre et à la durée des séjours en milieu hospitalier, au nombre et à la durée des visites en urgence ou en clinique externe — tant du point de vue des coûts économiques que des ressources humaines, matérielles et techniques utilisées.

6. Pour une analyse détaillée de l’incapacité socialement induite, le lecteur intéressé se référera à Goffman (1975).

Figure 4. Les conséquences des problèmes de santé

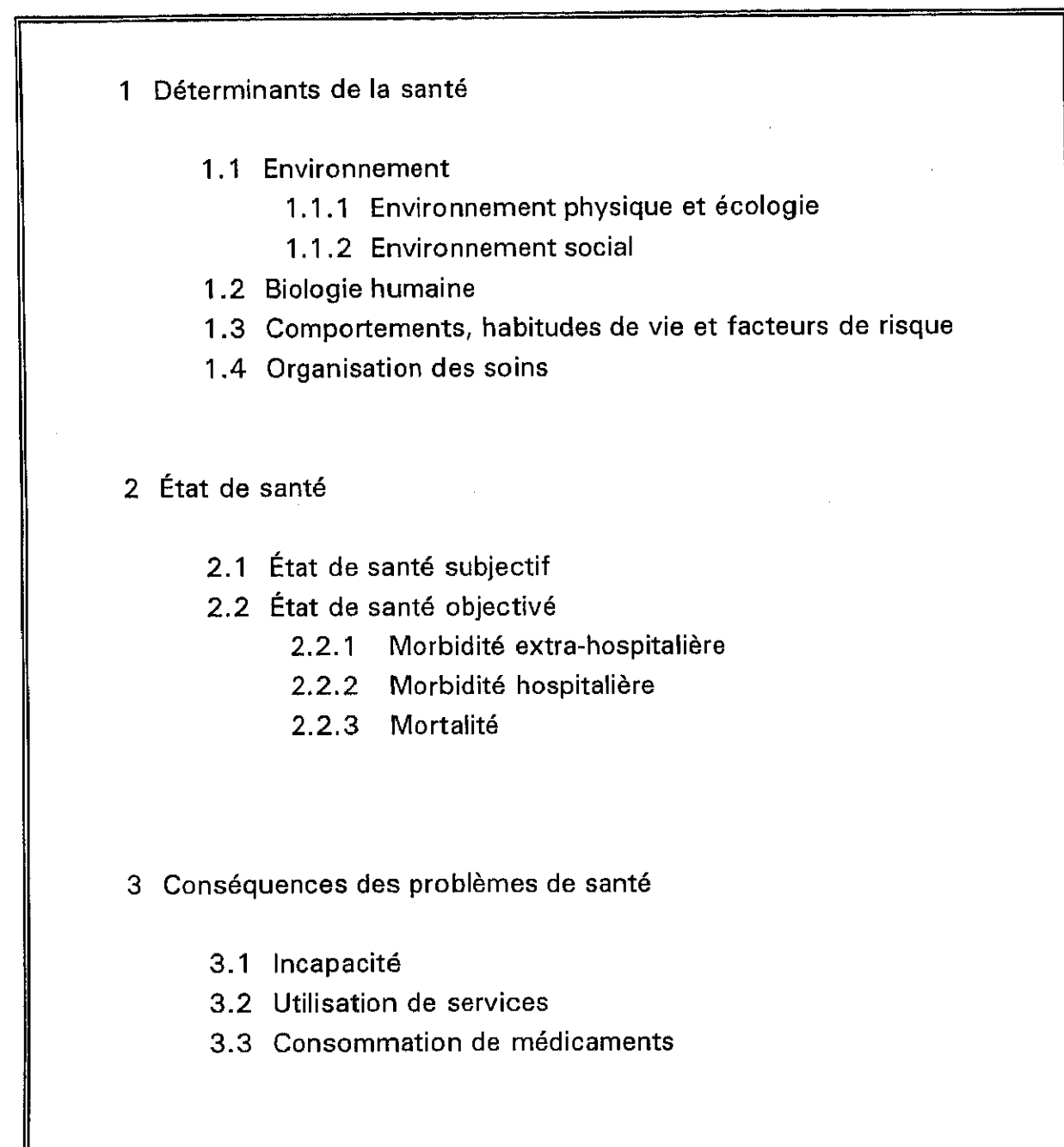


La **consommation de médicaments** renvoie à l’utilisation de médicaments prescrits par ordonnance ou non et englobe les notions de quantité, de type ainsi que de fréquence et de durée de consommation.

Le modèle de classification complet est présenté à la Figure 5.



Figure 5. Présentation du modèle de classification des indicateurs



## 2.2 — LES INDICATEURS RETENUS

La section précédente décrit le schéma de classification que nous avons retenu. Ce schéma nous permet d'identifier les dimensions pour lesquelles il nous importe de choisir des indicateurs. La présente section fournit les indications et les critères à partir desquels nous avons déterminé quels sont précisément les indicateurs qui doivent être documentés. Nous identifions d'abord les critères généraux de sélection; ensuite, nous fournissons des considérations spécifiques se rapportant à des dimensions particulières de notre classification; finalement, nous présentons la liste complète des indicateurs retenus.

## CRITÈRES DE SÉLECTION

Neuf critères ont présidé à la sélection des indicateurs sociosanitaires :

- 1° les indicateurs doivent être *utiles* à la prise de décision dans les domaines de planification et de programmation sanitaires.
- 2° Les indicateurs doivent être *sensibles*, et ce, pour des intervalles de temps relativement courts (c'est-à-dire que leurs valeurs doivent fluctuer en fonction des variations de l'objet qu'ils tentent de mesurer).
- 3° Les indicateurs doivent permettre des *comparaisons temporelles* — c'est-à-dire que les mesures doivent être répétées au moins à tous les cinq ans.
- 4° La valeur des indicateurs doit présenter une certaine *variabilité* dans le temps et dans l'espace — s'il n'existe pas de variations temporelles ni spatiales, l'indicateur risque d'être peu informatif.
- 5° Les indicateurs doivent être disponibles à un *niveau infraprovincial*.
- 6° Les indicateurs doivent être d'ores et déjà *disponibles* — c'est-à-dire que les données brutes nécessaires à leur calcul doivent être elles-mêmes disponibles.
- 7° Les indicateurs doivent présenter un caractère d'*exclusivité mutuelle* - pris dans leur ensemble, ils ne doivent pas présenter de duplication de mesure entre eux.

8° Les indicateurs doivent bénéficier d'une certaine *notoriété* — ce qui leur confère une validité *a priori*.

9° Les indicateurs qui offrent un important *potentiel* informationnel pourront être sélectionnés même s'ils sont peu connus, peu utilisés actuellement ou nouveaux.

Bien que nous reconnaissons l'importance des *qualités métrologiques* (notamment la *fiabilité* et la *validité*) des indicateurs, celles-ci ne sont pas incluses parmi les critères de sélection; ces considérations méthodologiques sont cependant abordées dans les fiches elles-mêmes. Des définitions plus complètes des éléments méthodologiques sont exposées au chapitre précédent.

Nous avons aussi cherché à assurer une certaine forme d'*exhaustivité*, chacune des catégories de notre schéma de classification devant inclure au moins un indicateur.

Un certain *équilibre s'imposait également* en ce qui concerne le nombre d'indicateurs retenus par section. L'équilibre que nous avons choisi réside non pas sur un nombre équivalent d'indicateurs par section mais d'un nombre proportionnel d'indicateurs correspondant aux critères de sélection et à leurs utilisations courantes; de telle sorte que le nombre d'indicateurs se rapportant à l'environnement social ainsi qu'aux comportements, habitudes de vie et facteurs de risque est largement supérieur à celui que l'on retrouve dans les autres sections.

Accessoirement, nous avons aussi favorisé l'utilisation de la plus grande variété de banques de données disponibles dans le calcul des indicateurs.

À l'occasion, les indicateurs mesurent des éléments de plus d'une dimension de la santé. Lorsque c'est le cas, nous les avons regroupés sous la rubrique où ils semblent le plus usités.

Les fiches ne sont pas d'un égal niveau; il faut bien comprendre que l'état d'avancement de la science dans divers domaines, reflété par la littérature, présente des disparités. La recherche et le développement d'indicateurs, reliés à la santé, représentent un acquis solide dans certains champs alors qu'ils s'amorcent à peine dans d'autres champs.

## CONSIDÉRATIONS SPÉCIFIQUES

### Déterminants de la santé

► Les indicateurs d'environnement physique et d'écologie, en rapport avec la santé, commencent à peine à se développer (Environnement Canada, 1991). Il s'agit d'un univers vaste et complexe où n'existe pas encore de consensus sur le choix des sous-dimensions et, *a fortiori*, des indicateurs afférents (Environnement Canada, 1991); dans certains cas, les indicateurs ne sont pas disponibles sur des bases géographiques restreintes — leur pertinence semble même être contestée quant à leur utilisation sur de telles bases. Nos choix se sont arrêtés sur trois indicateurs qui ont fait l'objet d'un relatif consensus parmi les experts mais qui, d'aucune façon, ne prétendent couvrir l'ensemble du champ de l'environnement physique et de l'écologie.

► À cause du grand nombre d'indicateurs d'environnement social que nous avons retenu, la section présente trois volets :

- les indicateurs *démographiques* font référence à des phénomènes démographiques tels que l'accroissement de la population et la structure par âge et qui ne sont pas essentiellement interprétés dans un contexte sanitaire;
- les indicateurs *sociodémographiques* sont ceux pour lesquels l'interprétation courante est plus souvent sociale que démographique (comme la *proportion de familles monoparentales*); et
- les indicateurs *socio-économiques* servent à circonscrire diverses dimensions de la pauvreté (par exemple, le *taux de chômage*) — la relation entre des conditions de vie précaires sur le plan socio-économique et la santé, qui n'est d'ailleurs plus à démontrer.

► Il n'a pas été possible, à partir de nos critères, de retenir des indicateurs spécifiques touchant la biologie humaine. Deux indicateurs classés ailleurs y font cependant référence : le *rapport de masculinité* (un indicateur associé classé dans la section des indicateurs sociodémographiques) ainsi que la *proportion d'enfants handicapés* (dans la section des conséquences des problèmes de santé).

► La sous-section portant sur les comportements, les habitudes de vie et les facteurs de risque regroupe un nombre important d'indicateurs connus et fréquemment utilisés (comme la *proportion de fumeurs réguliers* ou encore la *proportion de femmes ayant subi une mammographie*). Le critère de la potentialité d'un indicateur nous a permis d'inclure une mesure relative au *taux de crimes contre la personne* et en particulier aux effets sanitaires induits chez les victimes et les victimes potentielles (Ross, 1993).

► Comme dans la section portant sur l'environnement physique, il ne se dégage aucun consensus quant au choix d'indicateurs décrivant le système de soins et influant sur l'état de santé d'une population. Nos choix ont porté sur des indicateurs généraux connus et fréquemment utilisés qui, finalement, servent plus à décrire les services disponibles que leur impact sur la santé. Les indicateurs choisis traitent à la fois du nombre de ressources (lits, professionnels) et des dépenses consacrées au domaine de la santé.

#### État de santé

► Dans l'ensemble, les indicateurs d'état de santé sont très bien connus et abondamment utilisés. Les indicateurs de santé subjective sont moins nombreux que les indicateurs de santé objectivée; ceux que nous avons retenus proviennent tous de données d'enquête.

► Les indicateurs de santé objectivée sont surtout disponibles à partir de base de données administratives; cependant, des efforts ont été consentis afin de diversifier le plus possible les sources de données. Ces indicateurs sont classés en trois sections : la morbidité extra-hospitalière, la morbidité hospitalière et la mortalité.

► Une partie de la morbidité extra-hospitalière est abordée dans la section qui porte sur l'état de santé subjectif et chevauche la morbidité hospitalière. Dans cette section l'on retrouve des indicateurs couvrant des champs spécifiques comme les lésions professionnelles et les maladies à déclaration obligatoire.

► La morbidité hospitalière englobe deux indicateurs calculés à partir des données des départs des hôpitaux : les taux d'hospitalisation selon la cause et le taux d'incidence du cancer.

► Dans la section sur la mortalité, on traite des indicateurs classiques de mortalité calculés à partir des données de l'état civil comme l'*espérance de vie*, le *taux de mortalité infantile* et le *taux des années potentielles de vie perdues*. On retrouve également des indicateurs relevant de sources plus spécifiques comme les données du coroner, pour le *taux de mortalité par suicide*, et des données sur les transports, pour le *taux de victimes d'accidents de véhicules routiers*.

#### Conséquences des problèmes de santé

La section des conséquences des problèmes de santé demeure celle où nous présentons le moins d'indicateurs. Cette situation s'explique du fait que pour l'essentiel les données sur l'incapacité et la consommation de médicaments proviennent de données d'enquête (et sont donc plus rares) et qu'il existe assez peu de consensus, parmi les experts, sur les indicateurs d'utilisation de services à préconiser.

► Nous n'avons retenu qu'un indicateur mesurant spécifiquement l'incapacité à court terme (*la durée moyenne d'indemnisation par lésion professionnelle*); cependant, certains éléments de ce type d'incapacité peuvent être retrouvés parmi les indicateurs suivants : la *prévalence des principaux problèmes de santé* (dans la section des indicateurs d'état de santé subjectif) ainsi que les deux indicateurs de morbidité hospitalière. Nous avons choisi d'insérer l'indicateur de handicap dans la section des incapacités (*la proportion d'enfants handicapés*). Le lecteur intéressé aux distinctions théoriques en cette matière se référera avantageusement au volume publié conjointement par l'OMS et l'INSERM (1981).

► Pour la sous-section sur l'utilisation des services, nous avons retenu un indicateur général touchant l'ensemble des consultations médicales et trois indicateurs traitant de l'utilisation des services hospitaliers.

► Enfin, deux indicateurs se rapportent à la consommation de médicaments. Le premier provient des enquêtes et le second, qui touche plus spécifiquement les personnes âgées, est tiré des fichiers administratifs.

On trouvera dans les pages suivantes la liste complète des 60 indicateurs présentés selon le mode de classification retenu.

1 - Déterminants de la santé

1.1 - Environnement

1.1.1 - Environnement physique et écologie

- 1 Proportion de la population desservie par des équipements de collecte sélective
- 2 Proportion de la population desservie par des installations d'épuration des eaux usées
- 3 Taux de véhicules automobiles

1.1.2 - Environnement social

1.1.2.1 - Indicateurs démographiques

- 4 Répartition de la population selon l'âge et le sexe
- 5 Taux d'accroissement de la population
- 6 Taux de fécondité selon l'âge

1.1.2.2 - Indicateurs sociodémographiques

- 7 Proportion d'allophones
- 8 Proportion d'immigrants
- 9 Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans
- 10 Proportion de la population vivant seule
- 11 Proportion de la population ayant déménagé

1.1.2.3 - Indicateurs socio-économiques

- 12 Proportion de la population ayant moins de neuf ans de scolarité
- 13 Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées
- 14 Proportion de la population inoccupée
- 15 Taux de chômage
- 16 Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
- 17 Proportion d'assistés sociaux

1.2 - Biologie humaine

Aucun indicateur retenu.

1.3 - Comportements, habitudes de vie et facteurs de risque

- 18 Proportion de fumeurs réguliers
- 19 Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine
- 20 Proportion de la population n'ayant jamais consommé de drogues illicites
- 21 Proportion de la population obèse
- 22 Proportion des occupants de véhicules automobiles utilisant un dispositif de retenue
- 23 Proportion de naissances de faible poids
- 24 Taux de grossesse à l'adolescence
- 25 Proportion de femmes ayant subi un test de Pap
- 26 Proportion de femmes ayant subi une mammographie
- 27 Proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique
- 28 Proportion de la population présentant des idéations suicidaires sérieuses
- 29 Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale
- 30 Taux de crimes contre la personne

1.4 - Organisation de soins

- 31 Nombre de lits et de places selon les catégories d'établissement
- 32 Nombre d'habitants par professionnel de la santé selon le type
- 33 Dépenses *per capita* consacrées au domaine de la santé et des services sociaux
- 34 Durée moyenne d'hospitalisation selon la cause
- 35 Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées par la vaccination

**2 - État de santé****2.1 - État de santé subjectif**

- 36 Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé
- 37 Proportion de la population ayant au moins un problème de santé
- 38 Prévalence des principaux problèmes de santé

**2.2 - État de santé objectivé****2.2.1 - Morbidité extra-hospitalière**

- 39 Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées
- 40 Taux d'intoxication
- 41 Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

**2.2.2 - Morbidité hospitalière**

- 42 Taux d'hospitalisation selon la cause
- 43 Taux d'incidence du cancer

**2.2.3 - Mortalité**

- 44 Espérance de vie
- 45 Taux de mortalité infantile
- 46 Taux de mortalité périnatale
- 47 Taux de mortalité selon la cause
- 48 Taux de mortalité par suicide
- 49 Espérance de vie en bonne santé
- 50 Taux des années potentielles de vie perdues
- 51 Taux de victimes d'accidents de véhicules routiers

**3 - Conséquences des problèmes de santé****3.1 - Incapacité**

- 52 Durée moyenne d'indemnisation par lésion professionnelle
- 53 Proportion de la population ayant une incapacité à long terme
- 54 Proportion d'enfants handicapés

**3.2 - Utilisation de services**

- 55 Taux de consultations médicales
- 56 Taux des journées d'hospitalisation selon la cause
- 57 Taux de césarienne
- 58 Taux de pontages coronariens

**3.3 - Consommation de médicaments**

- 59 Proportion de la population ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux derniers jours
- 60 Nombre annuel de jours d'ordonnances par personnes de 65 ans et plus

La suite décrit le format et le contenu des fiches-synthèses qui seront produites pour chacun des indicateurs retenus.

2.3 — CONTENU DES FICHES DESCRIPTIVES

- NOM DE L'INDICATEUR :

Le nom de l'indicateur est le nom usuel de l'indicateur ou le nom le plus souvent rencontré dans la littérature.
- Autre(s) appellation(s) :

Les autres appellations sont celles qui, à l'occasion, sont utilisées dans la littérature.

**DÉFINITION :**  
Le plus souvent, la définition exprimée dans cette rubrique correspond à celle utilisée par les organismes qui ont produit les données. Autrement, la définition en est une classique, tirée de la littérature. Dans la majorité des cas, des références sont incluses de telle sorte que le lecteur puisse les consulter.

**INTERPRÉTATIONS :**  
En premier lieu, cette rubrique sert à expliciter le sens et la portée que l'utilisateur peut conférer à l'indicateur. La première interprétation sert, le plus souvent, à formuler la dimension sanitaire que mesure l'indicateur; elle renvoie donc à la validité de contenu. En second lieu, le lecteur retrouve une liste des concepts, des phénomènes, des mesures et, dans certains cas, des facteurs de risque reliés à l'indicateur traité. En d'autres termes, cette rubrique exprime les limites acceptables, à l'intérieur desquelles l'indicateur peut être adéquatement utilisé. Les énoncés se rapportant aux populations cibles sont regroupés à la fin de cette section; les autres énoncés sont ordonnés des plus généraux aux plus particuliers.

**MISES EN GARDE :**  
Dans les mises en garde, le lecteur retrouve une série de notes ou de facteurs limitant l'utilisation de l'indicateur. D'une certaine manière, il s'agit d'un complément à la rubrique précédente où peuvent être présentées des interprétations douteuses ou inacceptables de l'indicateur. Des références à la validité et à la fiabilité de l'indicateur peuvent être présentes — dans la mesure de leur disponibilité. Les biais inhérents à la collecte des données peuvent être alors soulignés. Dans la mesure du possible, les mises en garde ont été ordonnées du général au particulier; quand le niveau de généralité s'avérait comparable, nous avons alors classé les énoncés selon leur importance relative.

**SOURCES :**  
Cette rubrique contient toutes les informations relatives au calcul de l'indicateur. On y retrouve, dans le cas d'indicateurs provenant d'enquêtes : le nom de l'enquête, l'année de réalisation de l'enquête, l'organisme chargé de diffuser les résultats ainsi que la périodicité de l'enquête (quand cette dernière information est absente, la périodicité est variable). Dans le cas d'indicateurs provenant de banque de données administratives, le lecteur retrouve : le nom de la banque de données, l'organisme chargé de la distribution et la fréquence des mises à jour. Des références particulières au numérateur et au dénominateur sont indiquées dans les cas de provenances différentes.

**MÉTHODE DE CALCUL :**  
La méthode de calcul est celle qui correspond à la définition (voir plus haut) utilisée par l'organisme pour l'année citée dans la source. La méthode de calcul est exprimée sous une forme mathématique.

**INDICATEUR(S) ASSOCIÉ(S) :**  
Nous fournissons, pour certains indicateurs, une liste d'indicateurs supplémentaires assortis de leur définition. Ces indicateurs mesurent des dimensions sanitaires très similaires à celles des indicateurs choisis; le plus souvent, ces indicateurs associés sont calculés à partir des mêmes sources de données.

**CATÉGORIE(S) SUGGÉRÉE(S) :**  
Les catégories suggérées sont celles que préconisent les organismes qui diffusent les données. Les catégories ont cependant été adaptées afin que, le plus possible, les indicateurs puissent être calculés pour de petites populations tout en demeurant comparables aux résultats calculés aux niveaux provincial et canadien.

**VALEURS OBSERVÉES :**  
Dans la mesure où les données s'avéraient disponibles, les valeurs québécoises et canadiennes sont fournies. Les valeurs citées proviennent des dernières enquêtes recensées qui utilisent l'indicateur. Dans le cas des banques de données administratives, les données proviennent de la dernière année pour lesquelles elles sont disponibles (généralement 1991 alors que 1986 sert de base de comparaison habituelle). Le plus souvent, seule la valeur correspondant au total est fournie (autrement, les données sont présentées selon les principales catégories exprimées à la rubrique «Catégories suggérées».

RÉFÉRENCES :

Les références incluses à toutes les fiches renvoient le lecteur aux sources premières; autrement des sources ultérieures, généralement utilisées, sont fournies. Quand il s’agit de documenter les interprétations et les mises en garde, un effort particulier a été consenti pour fournir les références les plus récentes.

BIBLIOGRAPHIE

AGGLETON, J.P., KENTRIDGE, R.W., NEAVE, N.J., (1993), «Evidence for longevity differences between left handed and right handed men : An archival study of cricketers», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(2):208-209.

CHEVALIER, S., CHOINIÈRE, R., BERNIER, L., SAUVAGEAU, Y., MASSON, I., CADIEUX, É., (1992), *Guide d'utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires*, Ottawa, SBESC, 161 p.

COMMUNITY HEALTH INFORMATION SYSTEMS, WORKING GROUP, ALBERTA HEALTH, (1993), *Community Health Organizations — The Information and Systems That They Require to Make a Difference*, Ottawa, National Health Information Council, 19 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, (1984), *Objectif : santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé*, Québec, MSSS, p. 15.

DONOVAN, J.L., FRANKEL, S.J., EYLES, J.D., (1993), «Assessing the need for health status measurement», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(2):158-162.

ENVIRONNEMENT CANADA, GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS, (1991), *Le point sur l'établissement d'un ensemble national d'indicateurs environnementaux aux Canada*, Rapport sur l'état de l'environnement, Ottawa, Environnement Canada, 104 p.

EVANS, R.G., STODDART, G.L., (1990), «Producing health, consuming health care», *Social Science and Medicine*, 31(12):1347-1363.

FAUSTO-STERLING, A., (1993), «The five sexes», *The Sciences*, mars/avril, pp. 20-25.

FOX, N.J., (1994), *Postmodernism, Sociology and Health*, Toronto, University of Toronto Press, 183 p.

FRIES, J.F., (1989), «The compression of morbidity : Near or far?», *The Milbank Quarterly*, 67(2):208-232.

GOFFMAN, E., (1975), *Stigmates*, Paris, Les Éditions de Minuit, 177 p.

JOHNSON, R.J., WOLINSKY, F.D., (1993), «The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health», *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2):105-121.

KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A., JAFE, M.W., (1963), «Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function», *JAMA*, 185(12):914-919.

KUNST, A.E., LOOMAN, C.W.N., MACKENBACH, J.P., (1993), «Outdoor air temperature and mortality in The Netherlands : A time-series analysis», *American Journal of Epidemiology*, 137(3):331-341.

LALONDE, M., (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, SBESC, pp. 33-36.

LIANG, J., BENNETT, J., WHITELAW, N., MAEDA, D., (1991), «The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan», *Medical Care*, 29(12):1161-1180.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 1-5.

MURDIE, R.A., RHYNE, D., (1992a), *Quality of life research: An annotated bibliography*, Institute of Social Research, Toronto, York University, Institute of Social Research, 34 p.

MURDIE, R.A., RHYNE, D., BATES, J., (1992b), *Modélisation des indicateurs sur la qualité de vie au Canada : une étude de faisabilité*, Toronto, York University, Institute of Social Research, 100 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1946), *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Volume 2 -Conférence internationale de la santé, New York 19 juin - 22 juillet 1946*, Nations-Unies, Genève, OMS, p. 100.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1977), *Classification internationale des maladies, Neuvième révision, 1975, Volume 1*, Genève, OMS, 781 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, (1981), *Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Genève, OMS, p. 16.

PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., 480 p.

ROSOW, I., BRESLAU, N., (1966), «A Guttman health scale for the aged», *Journal of Gerontology*, 21(12):556-559.

ROSS, C.E., (1993), «Fear of victimization and health», *Journal of Quantitative Criminology*, 9(2):159-175.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, pp. 11-13 (Cat. 82-538F).

SPLKER, B., MOLINEK JR F.R., JOHNSTON, A., SIMPSON JR, R.L., TILSON, H.H., (1990), «Quality of life bibliography and indexes», *Medical Care*, 28(12 supplément), pp. ds1-ds76.

SECTION II

Notes générales

- 1. Déterminants de la santé
- 2. État de santé
- 3. Conséquences des problèmes de santé



NOTES GÉNÉRALES

Données provenant du recensement :

La comparaison des données du recensement de 1991 avec celles des recensements précédents est affectée par diverses modifications relatives soit à la formulation de certaines questions, soit à la définition de la population couverte. Les commentaires portant sur les changements aux questions seront présentés au besoin sur les fiches-synthèses.

- En ce qui concerne la population couverte, les remarques suivantes sont importantes. Les titulaires d’un permis de séjour pour étudiant, d’un permis de travail, d’un permis ministériel et les revendicateurs du statut de réfugié ont été dénombrés lors du recensement de 1991, mais ne l’ont pas été lors des recensements antérieurs. Ces personnes sont des résidents non permanents. En 1991, les résidents non permanents représentaient un peu moins de 1 % de la population totale. Les utilisateurs doivent faire preuve d’une très grande prudence lorsqu’ils comparent des données de 1991 avec celles de recensements antérieurs pour des régions où la concentration de résidents non permanents est importante. Celles-ci comprennent les principales régions métropolitaines de l’Ontario, de la Colombie-Britannique et du Québec [1-2].
- Dans les comparaisons géographiques et temporelles, il est recommandé d’utiliser les estimations de population chronologiques qui tiennent compte du sous-dénombrement net (différence entre le dénombrement et sur-dénombrement) et qui comprennent les résidents non permanents. Cependant, les nouvelles estimations de la population utilisées au dénominateur dans le calcul des taux de fécondité, de mortalité ou d’hospitalisation entraînent très peu de changements par rapport aux résultats obtenus à partir des effectifs non corrigés [3].
- Même si tous les efforts possibles ont été déployés pour dénombrer les résidents non permanents, le dénombrement de cette population n’est pas aussi complet que celui des résidents permanents. Des facteurs tels que les problèmes linguistiques et la réticence à remplir un formulaire du gouvernement ou la difficulté de comprendre l’utilité de leur participation peuvent avoir influé sur le dénombrement des résidents non permanents et s’être traduits par un sous-dénombrement [2].
- Lors du recensement de 1991, le dénombrement n’a pas été autorisé dans certaines réserves indiennes et établissements indiens ou a été interrompu. Les données se rapportant à ces réserves ne sont pas comprises dans les totalisations [2].

- Lors des recensements de 1991, 1986 et 1981, les renseignements recueillis pour l'ensemble de la population incluant les pensionnaires des établissements institutionnels se sont limités aux données de base: âge, sexe, état matrimonial et langue maternelle. Les totalisations présentant d'autres variables ont été obtenus auprès d'un échantillon d'un ménage sur cinq ne comprenant pas les pensionnaires des établissements institutionnels. Les établissements institutionnels comprennent les foyers collectifs pour enfants et les orphelinats, les maisons de repos, les hôpitaux pour malades chroniques, les foyers pour personnes âgées, les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les centres de traitement et établissements pour handicapés physiques, les établissements pénitentiaires et établissements de correction, les foyers pour jeunes contrevenants et les prisons [1].

**Données provenant d'enquêtes :**

Dans la plupart des cas, les enquêtes de santé couvrent uniquement la population dans les ménages privés. Cette population exclut, en plus des personnes vivant dans des institutions, les personnes vivant dans des ménages collectifs non institutionnels. Sont inclus dans cette catégorie : les hôtels, motels ou maison de chambres pour touristes, les maisons de chambres et pensions, les résidences scolaires et résidences de centre de formation, les YM/YWCA, les centres d'accueil, les refuges, les terrains de camping et parcs, les institutions et colonies religieuses [1].

Pour les comparaisons entre enquêtes, il importe de vérifier le libellé des questions, les catégories retenues, le plan d'échantillonnage, le mode de cueillette et le traitement des réponses.

- Il arrive qu'une question soit adressée à une seule personne pour l'ensemble d'un ménage. La personne interrogée répond donc pour elle-même et, dans les cas où cette personne ne vit pas seule, elle répond pour d'autres personnes. Les processus cognitifs de récupération de l'information diffèrent selon qu'une personne cherche dans son propre passé ou dans celui de quelqu'un d'autre [4].
- Lorsqu'une personne répond pour elle-même deux biais sont possibles : le biais de mémoire et le biais de désirabilité sociale. Le biais de mémoire survient lorsqu'une personne ne se souvient pas d'un événement ou de la date précise de cet événement. Dans le premier cas, les événements les plus importants sont plus susceptibles d'être déclarés que les événements moins saillants; les événements plus récents, plus souvent que les événements plus anciens, les événements survenus approximativement au même moment, moins souvent que les autres. Dans le second cas, un biais de télescope est possible, des événements antérieurs à la date de repère peuvent être inclus alors que des événements postérieurs à cette date peuvent être omis. Le biais de désirabilité sociale survient lorsqu'une personne omet de déclarer un problème de santé parce qu'elle se sent

- gênée, honteuse, anxieuse, ou désire présenter une image positive d'elle-même en conformité avec les attentes de la société. [5-8].
- Lorsqu'une personne répond pour les autres personnes du ménage, les mêmes biais sont possibles et le biais de connaissance s'ajoute. La personne répondante peut ignorer certains événements sanitaires survenus chez les autres membres du ménage; ceci est d'autant plus fréquent que les événements sont bénins ou peu saillants [4,8-11].
  - Il peut arriver que l'ensemble de la population à risque ne soit pas incluse au plan d'échantillonnage, notamment les personnes les plus jeunes, celles de moins de 15 ans, ainsi que certaines populations particulières comme les personnes institutionnalisées (personnes âgées et prisonniers) [12].
  - Les problèmes de santé évoqués par les répondants varient de vagues symptômes à des descriptions médicales en règle, ce qui complique énormément leur codage par rapport à un mode de classification établi comme le système CIM-9. Certains états pathologiques qui se manifestent par plusieurs symptômes différents pourraient plus que d'autres prêter à une surestimation. Ce sont, entre autres, le cas des problèmes d'arthrite et de rhumatisme ainsi que les maux affectant le dos, les membres et les articulations [13].
  - Compte tenu des profils différents de réponses de divers types de répondants (selon que ces derniers soient des femmes ou des hommes ou qu'ils appartiennent à telle ou telle catégorie professionnelle par exemple), une sous-représentation risque fort de fausser le bilan de santé de l'ensemble de la population enquêtée. Par exemple, l'enquête Santé Québec avec 70% de répondants de sexe féminin qui répondaient pour tous les membres du ménage était susceptible de véhiculer ce biais. Il en a découlé une sous-estimation de la morbidité des travailleurs en général, notamment de sexe masculin [14].

**Utilisations des indicateurs :**

Les indicateurs de ce document sont présentés principalement sous forme de taux ou de proportions.

- Le taux est une mesure de la fréquence d'apparition des événements dans une population. Il se calcule comme le rapport du nombre d'événements apparus durant une période de temps, à la population moyenne durant la période. Les taux permettent la comparaison entre deux populations de tailles différentes. En principe, le dénominateur traduit le nombre de personnes qui étaient susceptibles de passer au numérateur [15-17].

- Les proportions servent à mettre en relation le phénomène à l'étude par rapport à un phénomène plus large. Une proportion représente un rapport où le numérateur est inclus dans le dénominateur. Les proportions permettent la comparaison entre deux populations de tailles différentes. Dans l'interprétation des variations des proportions dans le temps, il faut être conscient que celles-ci varient non seulement en fonction du phénomène étudié, le numérateur, mais également en fonction du dénominateur [15,17].
- Taux et proportion sont souvent utilisés comme synonyme [15,18]. Certains taux sont des proportions comme le taux de chômage ou le taux d'accroissement. Nous avons retenu, pour les différents indicateurs traités dans ce document, l'appellation qui correspond à l'usage courant.
- Dans l'étude des variations des phénomènes dans le temps et dans l'espace, le nombre d'événements est essentiel puisqu'il correspond dans la plupart des cas à des individus. Ce sont les nombres qui sensibilisent le plus l'opinion publique. Lorsque les nombres sont petits, les variations géographiques et temporelles sont généralement plus grandes [17].

Certaines précautions doivent être prises dans le calcul et l'utilisation des indicateurs :

- L'utilisation d'un nombre restreint d'événements dans le calcul de l'indicateur peut entraîner des variations aléatoires importantes. Il est recommandé dans ces situations de procéder à des regroupements géographiques ou temporels. Des tests statistiques peuvent permettre d'estimer dans quels cas ces variations sont réelles ou sont le fruit du hasard [18-22].
- Dans l'établissement de comparaisons pour des populations ayant des structures par âge différentes, il est recommandé d'ajuster les taux par âge d'après la structure par âge d'une population de référence selon la méthode de la standardisation directe [18-21]. Cet ajustement n'est pas recommandé pour des populations de petite taille puisque les taux par âge observés dans ces populations peuvent présenter d'importantes variations aléatoires. Dans ce dernier cas, il est proposé plutôt d'utiliser la méthode de la standardisation indirecte où l'on applique à la structure par âge des populations étudiées les taux par âge d'une population de référence [18-19]. Des exemples d'utilisation des méthodes de standardisation directe et indirecte sont présentés en annexe. Pour plus d'informations en ce qui concerne l'utilisation des méthodes de standardisation directe et indirecte, le lecteur aura avantage à consulter les références 18 à 21.
- Dans le cas d'indicateurs présentés sous forme de taux, nous ne les avons pas ajustés.

Références

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, 386 p., p. 14. (Cat. 92-310F)
2. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Mobilité et migration. Série Le pays*, (Cat. 93-322).
3. STATISTIQUE CANADA, (1993), «Estimations de la population au 1er juillet, 1971-1993», *Le Quotidien*, 16 septembre 1993.
4. BLAIR, J., MENON, G., BICKART, B., (1991), «Measurement effects in self vs. proxy response to survey questions: An information-processing perspective», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S., *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 145-166.
5. CLEARY, P.D., JETTE, A.M., (1984), «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9):796-803.
6. HAYES, M.V., TAYLOR, S.M., BAYNE, L.R., POLAND, B.D., (1990), «Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies», *Social Science and Medicine*, 31(4):455-460.
7. EISENHOWER, D., MATHIOWETZ, N.A., MORGANSTEIN, D., (1991), «Recall error: Sources and bias reduction techniques», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S., *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 127-144.
8. TENNANT, A., BADLEY, E.M., SULLIVAN, M., (1991), «Investigating the proxy effect and the saliency principle in household based postal questionnaire», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(4):312-316.
9. MOSELEY II, R.R., ROLINSKY, F.D., (1986), «The use of proxies in health surveys», *Medical Care*, 24(6):496-510.
10. KELLEY, J.P., ROSENBERG, L., KAUFMAN, D.W., SHAPIRO, S., (1990), «Reliability of personal interview data in a hospital-based case-control study», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):79-80.
11. HATCH, M.C., MISRA, D., KABAT, G.C., KARTZMER, S., (1991), «Proxy respondents in reproductive research: a comparison of self and partner-reported data», *American Journal of Epidemiology*, 133(8):826-831.
12. SIEGEL, P.Z., BRACKBILL, R.M., FRAZIER, E.L., MARIOLIS, P., SANDERSON, L.M., WALLER, M.N., (1991), «Behaviorial risk factor surveillance, 1986-1990», *MMWR*, 40(SS-4) : 4.
13. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, p. 115.
14. GERVAIS, M., (1992), *Interprétation des enquêtes de santé*, Montréal, IRSST, pp. 37-59.
15. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 111.
16. PRESSAT, R., (1969), *L'analyse démographique*, 2e édition, Paris, Presses universitaires de France, Paris, p. 95.
17. CHOINIERE, R., ROBITAILLE, Y., DORVAL, D., SAUVAGEAU, Y., (1993), *Profil des traumatismes au Québec: disparités régionales et tendances de la mortalité (1976-1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, MSSS, p 8.
18. FLEISS, J.L., (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2e édition, New York, John Wiley & Sons, 321 p.
19. ROTHMAN, K.J., (1986), *Modern Epidemiology*, Boston, Little Brown and Company, 358 p.
20. KLEINBAUM, DG., KUPPER, LL., MORGENSTERN, H., (1982), *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods*, New York, Van Nostrand Reinhold Company, 529 p.
21. BERNARD, PM., LAPOINTE C., (1987), *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 314p.
22. BLALOCK, HM., (1972), *Social Statistics*, 2e édition, McGraw-Hill Book Company, 583 p.

# 1. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

**Environnement**

*Environnement physique et écologie*  
*Environnement social*

**Comportements, habitudes de vie et  
facteurs de risque**

**Organisation des soins**

1 Proportion de la population desservie par des équipements de collecte sélective

Autre appellation : Proportion de la population des municipalités ayant des équipements de collecte sélective.

Définition :

Proportion, pour une période donnée, de la population desservie par des équipements de collecte sélective par rapport à la population totale au milieu de la période.

- Les équipements de collecte sélective des municipalités visent essentiellement la récupération des déchets d’origine domestique [1].
- Les produits recueillis le plus souvent par la cueillette sélective sont les journaux, les cannettes et les boîtes de conserve (aluminium et acier), les contenants de verre et, parfois, certains types de plastique [2,3].
- Les déchets d’origine domestique sont constitués de 30 % de papier et de carton, d’un quart de matières putrescibles dont les restes de table, d’un cinquième de verre, de plastiques et métaux, de près de 10 % de résidus de jardins et d’environ 15 % d’autres déchets [1].

Interprétations :

- ◆ Cet indicateur permet, en mesurant le niveau d’accessibilité à des équipements de collecte sélective, de constater le niveau de prise en charge d’une population sur son environnement. Ainsi, une augmentation de la population desservie par des équipements de collecte sélective atténue les problèmes liés à l’enfouissement (eaux de lixiviation, biogaz, odeurs, etc.) et à l’incinération des déchets (dioxyde de carbone, cendres, particules en suspension) [2-6].
- ◆ Une diminution des déchets municipaux contribue à l’amélioration de l’environnement [6].
- ◆ Il est généralement reconnu qu’un projet municipal efficace de collecte sélective et le recyclage permettent de réduire de 25 % le poids des déchets voués à l’élimination [1].
- ◆ Au Québec, l’élimination des déchets solides se fait principalement par enfouissement sanitaire et par incinération [1,4].
- ◆ Les Canadiens sont devenus, au fil des ans, les principaux producteurs de déchets *per capita* au monde. En 1989, ils ont ainsi produit 20 millions de tonnes de déchets solides, soit presque 2 kg par personne et par jour [7-9].
- ◆ Les ménages habitant une maison individuelle ainsi que les ménages à revenu élevé utilisent davantage les équipements de collecte sélective [10].

Mises en garde :

- ◇ Ne pas confondre la population ayant accès à des équipements de collecte sélective avec la population utilisant effectivement ce type de service [2,3].
- ◇ La cueillette sélective ne constitue qu’un élément d’une stratégie visant à réduire les déchets, les autres étant la réduction à la source, la réutilisation, le compostage et la récupération des ressources énergétiques [2-4,7,11].
- ◇ L’élimination des déchets peut constituer des risques pour la santé des populations environnantes lorsque les moyens d’élimination choisis sont inadéquats ou inappropriés [4,12,13].
- ◇ Le recyclage est en partie tributaire des conditions économiques (taux d’intérêt, inflation, offre et demande, valeur marchande des matières vierges, etc.) et est intimement lié à la qualité des matières récupérées. De plus, l’approvisionnement doit être constant et en quantité suffisante [1].

Sources :

- Numérateur : Direction de la récupération et du recyclage, Ministère de l’Environnement du Québec, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population desservie par des équipements de collecte sélective, pour une période donnée × 100.  
Population totale au milieu de la période

Catégorie suggérée :

Type de collecte : Porte à porte, apport volontaire, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1988 [1]	1991 [1]	1993
Québec	19,0	37,3	37,2*
Canada	n.d.	n.d.	n.d.

Note : \* Direction de la récupération et du recyclage du Ministère de l’Environnement du Québec, demande spéciale, données non publiées.

Références :

1. DUGAS, P. et al., (1992), «La gestion intégrée des résidus et des déchets solides», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, État de l’environnement au Québec, Montréal, Guérin, pp. 471-489.
2. ISAACS, C. et al., (1991), «Les déchets solides : ni vus, ni connus», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 25.1 à 25.21.
3. COMITÉ DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DU QUÉBEC, (1993), *Mieux vivre avec nos déchets : la gestion des déchets solides municipaux et la santé publique*, Québec, CSEQ, 140 p. et annexes.
4. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *La santé et l’environnement au Canada : un lien naturel*, Ottawa, SBESC, pp. 96-102.
5. DUGAS, P. et al., (1992), «L’environnement et la ville», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 413-444.
6. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, (1991), *Environmental Indicators. Indicateurs d’environnement*, Paris, OCDE, p. 46.
7. RICHARDSON, N. et al., (1991), «L’urbanisation : l’aménagement d’habitats humains», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 13.1 à 13.34.
8. MACLAREN ENGINEERS et al., (1989), *CCME National Task Force on Packaging, Phase I Final Report*, (Draft/Ébauche), Willowdale, Ontario, MacLaren Engineers, pp. 2.2 et 2.3.
9. ORCHARD, D., (1991), «The Green Plan : A national challenge for Canada», *Journal of Air and Waste Management Association*, 41(3):268-271.
10. GERAN, L., (1993), «Les pratiques écologiques des ménages canadiens», *Tendances sociales canadiennes*, 28:17-20.
11. ENVIRONNEMENT CANADA - GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS, (1991), *Le point sur l’établissement d’un ensemble national d’indicateurs environnementaux au Canada : Rapport sur l’état de l’environnement*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 70-71.
12. MARSH, G.M., CAPLAN, R.J., (1987), «Evaluating health effects of exposure at hazardous waste sites: A review of the state-of-the-art, with recommendations for future research», dans ANDELMAN, J.B., UNDERHILL, D.H.(éds), *Health Effects from Hazardous Waste Sites*, Chelsea, Lewis Publishers, pp. 3-80.
13. NOBLE, J.J., (1989), «Biodegradation in landfills», *Health and Environment Digest*, 3(9):1-3.

2 Proportion de la population desservie par des installations d’épuration des eaux usées

Autres appellations : Proportion de la population dont les eaux usées sont traitées

- Traitement des eaux usées.

Définition :

Proportion, pour une période donnée, de la population desservie par des installations d’épuration des eaux usées par rapport à la population totale au milieu de la période, des municipalités dotées de réseaux d’égout.

- La population desservie par des installations d’épuration des eaux usées est uniquement celle des municipalités dotées de réseaux d’égout conformes aux normes gouvernementales. En 1992, le programme d’assainissement des eaux du Québec (PAEQ) touchait 835 des 1478 municipalités, soit une population d’environ 5 600 000 personnes [1].

Interprétations :

- L’indicateur permet de mesurer l’état d’avancement du programme de traitement des eaux usées. Par conséquent, il aide à connaître la situation en ce qui concerne la réduction des impacts négatifs des eaux usées sur le milieu aquatique et dans la protection des eaux récréatives [1,2].
- Les eaux usées urbaines sont l’une des principales sources de la pollution de l’eau [3-5], surtout parce qu’une bonne partie de ces eaux est insuffisamment traitée ou ne l’est pas du tout [2,6].
- Le traitement des eaux usées peut être de divers degrés. Il est primaire, s’il consiste uniquement à débarrasser l’eau usée des déchets solides par un procédé mécanique. Il est secondaire lorsqu’il met en jeu des processus biologiques par lesquels des bactéries décomposent le plus gros des matières organiques dissoutes. Enfin, le traitement est tertiaire lorsqu’un procédé chimique permet d’éliminer d’autres contaminants comme les éléments nutritifs, les métaux lourds et les matières inorganiques dissoutes. Au Québec, le traitement est presque exclusivement secondaire et tertiaire [1-3].
- Les eaux usées n’ayant pas reçu de traitement secondaire peuvent contenir des bactéries pathogènes, ce qui contribue à la fermeture des zones coquillères et des plages destinées à la baignade [2,5,7].
- Des activités aquatiques en aval des lieux d’évacuation des eaux usées urbaines peuvent entraîner un certain nombre de problèmes de santé dont ceux de la peau [8-10].
- Le potentiel de nocivité pour l’environnement des eaux usées est variable et se mesure par la demande biochimique en oxygène (DBO) et par la concentration des matières solides totales en suspension (MSTS) [3,4,7].

Mises en garde :

- Ne pas confondre les installations d’épuration des eaux usées avec les usines de traitement de l’eau pour la consommation (eau potable) [10-12].
- Lors de fortes pluies, les installations d’épuration peuvent être surchargées, si bien que les eaux pluviales et les eaux usées domestiques sont évacuées sans traitement [6].
- Malgré l’épuration des eaux usées, il ne faut pas s’attendre à ce que la qualité des cours d’eau s’améliore instantanément [3,9].

Sources :

Service du contrôle budgétaire, Ministère de l’Environnement du Québec, annuel, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population desservie par des installations d’épuration des eaux usées pour une période donnée / Population totale des municipalités dotées de réseaux d’égout au milieu de la période × 100

Catégorie suggérée :

Total : Population totale des municipalités dotées de réseaux d’égout.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 [4]	1991*	1993**
Québec	6,2	49,8	64,0
Canada	57,3	74,8	n.d.

- Notes :
- \* Valeurs tirées de la banque de données Municipal Use Data (MUD) d’Environnement Canada.
  - \*\* Donnée provenant du Service de contrôle budgétaire du Ministère de l’Environnement du Québec.

Références :

- ST-MICHEL, L. et al., (1992), «L’assainissement de l’eau au Québec». dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp.449-457.
- MINISH, B., HURLEY, K. et al., (1991), «Les eaux douces: incolores, inodores et insipides?», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 3.9-3.10.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, (1991), *Environmental Indicators. Indicateurs d’environnement*, Paris, OCDE, pp. 28-29.
- PEARSE, P.H., BERTRAND, F., MACLAREN, J.W., (1985), *Vers un nouveau. Rapport définitif de l’Enquête sur la politique fédérale relative aux eaux*, Ottawa, pp. 62-63.
- ENVIRONNEMENT CANADA - GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS, (1991), *Le point sur l’établissement d’un ensemble national d’indicateurs environnementaux au Canada : Rapport sur l’état de l’environnement*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 50-51.
- RICHARDSON, N. et al., (1991), «L’urbanisation: l’aménagement d’habitats humains», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 13.13-13.16.
- PÊCHES ET OCÉANS CANADA, ENVIRONNEMENT CANADA, (1991), «Les océans: un dossier houleux», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 4.12-4.18.
- AUSSILLOUX, C. et al., (1990), *La santé en Languedoc-Roussillon*, Montpellier, Observatoire régional de santé du Languedoc-Roussillon, pp. 274-275.
- HERRINGTON, R. et al., (1991), «Les Prairies: un mal enraciné», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 17.19-17.20.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *La santé et l’environnement au Canada : un lien naturel*, Ottawa, SBESC, pp. 19-26, 76-77.
- DUGAS, P. et al., (1992), «La gestion intégrée des résidus et des déchets solides», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 471-489.
- DUGAS, P. et al., (1992), «L’environnement et la ville», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 413-444.

3 Taux de véhicules automobiles

Autres appellations : Parc automobile • Taux de motorisation.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de véhicules automobiles à la population totale au milieu de la période.

- Le terme «véhicules automobiles» désigne les voitures de promenade des particuliers c’est-à-dire les automobiles, les camions légers, les taxis et les voitures de location [1,2].

Interprétations :

- Le taux de véhicules automobiles est un indicateur du niveau de risque de pollution atmosphérique. Les véhicules automobiles sont l’une des causes majeures de l’augmentation du dioxyde de carbone qui, sans être nocif en soi, est un des principaux gaz contribuant à l’effet de serre. L’automobile et les autres véhicules motorisés sont également la principale source de monoxyde de carbone, d’hydrocarbures atmosphériques et une importante source d’oxyde d’azote [3-8].
- Par l’émission de polluants atmosphériques, l’automobile contribue au réchauffement de la planète et à la dégradation de la qualité de l’air [3-5].
- Les effets de l’automobile sur l’environnement ne se limitent pas uniquement à l’air. Elles occasionnent aussi des problèmes au niveau du bruit, de l’eau et du sol [3].
- Parmi les polluants atmosphériques émis par l’automobile, des études ont associé les dioxydes d’azote à une prédisposition accrue aux infections respiratoires et à une aggravation des pathologies respiratoires comme l’asthme et la bronchite. Le monoxyde de carbone peut, pour sa part, diminuer l’aptitude intellectuelle et motrice, tandis que les hydrocarbures peuvent provoquer le cancer ou lui être propices [3,8,9].
- De tous les moyens de transport, l’automobile est non seulement le plus «énergivore», mais également le plus gourmand en ce qui concerne l’utilisation de l’espace [10].
- L’utilisation de l’automobile n’affecte pas que l’environnement, elle est directement liée aux traumatismes routiers qui représentent l’une des principales causes de mortalité et de morbidité [3].

Mises en garde :

- Le choix d’autres modes de transport que la voiture semble dépendre de la densité démographique, de l’existence d’équipements adéquats et de la configuration des agglomérations [4,11,12].
- Les transports en commun, la marche et d’autres modes moins utilisés, comme la bicyclette, la motocyclette et le taxi, sont les principales solutions de rechange pour les déplacements urbains [4].
- Le prix de l’essence ne semble pas vraiment avoir d’influence sur l’utilisation de la voiture. Par exemple, en dépit d’une augmentation du prix de l’essence de 1983 à 1984, le nombre de personnes utilisant la voiture pour se rendre au travail s’est accru. [4,13].

Sources :

- Numérateur : Fichier de l’immatriculation, Société de l’assurance automobile du Québec, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de véhicules automobiles, pour une période donnée.  
Population totale au milieu de la période

Catégorie suggérée :

Total : Total des véhicules automobiles.

Valeurs observées : (véhicule automobile par habitant)

	1986 [14]	1991 [1]	1992 [2]
Québec	0,400	0,432	0,440
Canada	0,453	0,478	n.d.

Références:

- STATISTIQUE CANADA, (1992), *Véhicules automobiles immatriculations 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 14-15. (Cat. 53-219).
- SOCIÉTÉ DE L’ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1993), *Dossier statistique bilan 1992 Accidents Parcs Automobile Permis de conduire*, Québec, SAAQ, Direction de la statistique, p. 143.
- BEAUMONT, J.P., LEMIRE, R., LÉONARD, C., BRETON, J.G., (1992), «Les transports», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 491-519.
- RICHARDSON, N., (1991), «L’urbanisation : l’aménagement d’habitats humains», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 13.1-13.34.
- GOODALL, A., (1992), «Les véhicules automobiles et la pollution atmosphérique», *Tendances sociales canadiennes*, (24):21-26.
- TORRIE, R. et al., (1991), «L’énergie : à l’heure des choix», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 12.1-12.37.
- MCPHEE, M. et al., (1991), «Le bassin inférieur du fleuve Fraser : halte à la croissance», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 16.1-16.31.
- ENVIRONNEMENT CANADA - GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS, (1991), *Le point sur l’établissement d’un ensemble national d’indicateurs environnementaux au Canada : Rapport sur l’état de l’environnement*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 29-31.
- HAY, S., (1991), «Les industries : le prix de notre mode de vie», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L’état de l’environnement au Canada*, Ottawa, pp. 14.1-14.23.
- DUGAS, P. et al., (1992), «L’environnement et la ville», dans MINISTÈRE DE L’ENVIRONNEMENT, *État de l’environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 413-444.
- REID, F.A., (1986), «Real possibilities in the transportation myths», dans VANDERSIM, S., CALTHORPE, P. (éds), *A New Design Synthesis for Cities Suburbs, and Towns Sustainable Communities*, San Francisco, Sierra Club Books, pp. 167-188.
- NEWMAN, P.W.G. et al., (1988), «Does free-flowing traffic save energy and lower emissions in cities?», *Search*, 19(5/6):267-272.
- STATISTIQUE CANADA, (1984), *Info-voyages*, 2. 3(2).
- STATISTIQUE CANADA, (1987), *Véhicules automobiles immatriculations 1986*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 12-13 (Cat. 53-219).



4 Répartition de la population selon l’âge et le sexe

Autres appellations : Structure par âge • Distribution de la population.

Définition :

Proportion de la population d’un groupe d’âge et d’un sexe donnés par rapport à la population totale [1].

Interprétations :

- ♦ La répartition de la population selon l’âge et le sexe représente le caractère fondamental de la structure de la population [2-3].
- ♦ Les indicateurs associés à la structure par âge (rapport de masculinité, âge médian, rapport de dépendance) permettent de déterminer les événements qui ont marqué l’évolution d’une population: guerre, crise économique, migration, hausse et baisse de la fécondité, épidémies, vieillissement [1-6].
- ♦ La structure par âge et par sexe de la population peut être illustrée par une pyramide des âges. Une pyramide ayant une large base caractérise une population possédant une fécondité élevée. Les modifications de la forme de la pyramide reflètent les changements de la composition de la population associés à la fécondité, à la migration et à la mortalité [1-6].
- ♦ Dans le passé, la fécondité a eu un impact plus important que la mortalité sur le vieillissement de la population. De nos jours, dans les pays développés, le vieillissement s’explique plus par les changements de la mortalité que par ceux de la fécondité [6-8].
- ♦ Étant donné que les personnes âgées utilisent plus de services médicaux que le reste de la population, le vieillissement de la structure par âge va entraîner une augmentation des dépenses de santé [9,10].
- ♦ Les données sur la structure par âge sont utiles pour l’allocation des ressources relativement à l’éducation, aux garderies, aux soins de santé, aux régimes de pension ainsi qu’à plusieurs autres services sociaux [6,11]. Elles sont aussi nécessaires au calcul des taux par âge et des taux ajustés selon la structure par âge d’une population de référence [12-15].

Mises en garde :

- ◇ Lors des recensements, certaines personnes ne sont pas dénombrées tandis que d’autres le sont plus d’une fois. L’effet net de ces deux genres d’erreurs constitue le sous-dénombrement net. Le sous-dénombrement varie selon le recensement, la province et l’âge [16].
- ◇ En 1991, on a dénombré pour la première fois les résidents permanents et non permanents alors qu’avant 1991, seuls les résidents permanents du Canada étaient dénombrés [16].
- ◇ Dans les comparaisons géographiques et temporelles, il est recommandé d’utiliser les estimations chronologiques de population qui corrigent le sous-dénombrement et qui incluent les résidents non permanents. Ces estimations de population ont pour effet d’accroître l’effectif de la population canadienne de 1,6% à 3,8% aux différents recensements par rapport aux effectifs précédemment publiés [16].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Population d’un groupe d’âge pour un sexe donné × 100.  
Population totale

Indicateurs associés :

- Rapport de masculinité : Nombre de personnes de sexe masculin pour 100 personnes de sexe féminin [1,4].
- Âge médian : Point où la moitié de la population est sous cet âge et l’autre moitié au-dessus [17].
- Proportion de personnes âgées : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à l’ensemble de la population [10].
- Rapport de dépendance : Proportion de la population âgée de moins de 15 ans et de celle âgée de 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans [18].

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : Moins d’un an, 1-4, 5-9, 10-14,...80-84, 85 et plus, total.  
ou moins de 15 ans, 15-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	Québec [19]		Canada [19]	
	1986	1991	1986	1991
Moins de 15 ans	20,5	20,0	21,3	20,9
15-64 ans	69,5	68,8	68,0	67,5
65 ans et plus	10,0	11,2	10,7	11,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Références :

1. PRESSAT, R., (1969), *L’analyse démographique*, 2e édition, Paris, P.U.F., pp. 213-218.
2. PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les éditions Agence d’Arc inc, pp. 101-108.
3. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 45.
4. PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 52-59. (Cat. 82-543F)
5. PETERSON, W., (1972), *Population*, New York, MacMillan, pp. 59-78.
6. OLSHANSKY, S.J., CARNES, B.A., CASSEL, C.K., (1993), «The aging of the human species», *Scientific American*, Avril, pp. 46-52.
7. KINGKADE, W.W., TORREY, B.B., (1992), «The evolving demography of aging in the United States of America and the former USSR», *World Health Statistics Quarterly*, 45:15-28.
8. HORIUCHI, S., (1991), «Assessing the effects of mortality reduction on population ageing», *Bulletin démographique des Nations Unies*, 31/32:38-51.
9. RICE, D.P., (1992), «Data needs for health policy in an aging population», *World Health Statistics Quarterly*, 45:61-67.
10. BURKE, M.A., (1991), «Conséquences du vieillissement démographique», *Tendances sociales canadiennes*, 20:6-9.
11. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, 218 p. (Cat. 92-305).
12. FLEISS, J.L., (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2e édition, New York, John Wiley & Sons, 321 p.
13. ROTHMAN, K.J., (1986), *Modern Epidemiology*, Boston, Little Brown, 358 p.
14. KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L., MORGENSTERN, H., (1982), *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods*, New York, Van Nostrand Reinhold, 529 p.
15. BERNARD, P.M., LAPOINTE C., (1987), *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sillery, Presses de l’Université du Québec, 314 p.
16. STATISTIQUE CANADA, (1993), «Estimations de la population au 1er juillet, 1971-1993», *Le Quotidien*, 16 septembre.
17. MCKIE, C., (1993), «Le vieillissement de la population: la génération du baby boom et le XXI<sup>e</sup> siècle», *Tendances sociales canadiennes*, 29:2-7.
18. CHAWLA, R., (1991), «Une société vieillissante: un autre point de vue. Rapports de dépendance». *Tendances sociales canadiennes*, 20:2-5.
19. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Âge, sexe et état matrimonial*, Série «Le pays», Recensement de 1991, Ottawa, Statistique Canada, pp. 108-115 (Cat. 93-310).



5 Taux d’accroissement de la population

Autres appellations : Taux de variation • Taux de croissance • Pourcentage de variation • Pourcentage d’accroissement.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, de la différence d’effectifs de population au début et à la fin de la période, à la population au début de la période [1].

- Les périodes considérées peuvent être de durée variable : 1 an, 5 ans, 10 ans, etc.
- Le taux d’accroissement correspond à la somme du taux d’accroissement naturel (naissances moins décès) et du taux d’accroissement migratoire (immigrants moins émigrants) [2,3].

Interprétations :

- ♦ Le taux d’accroissement représente un indicateur de l’évolution démographique d’une population [2].
- ♦ L’accroissement démographique est le résultat de différents facteurs : urbanisation, conditions économiques, mouvements migratoires, vieillissement de la population, climat politique, etc. Un accroissement faible ou une diminution d’effectifs peut être associé au vieillissement de la population, à une baisse de la natalité, à un bilan migratoire faible ou négatif [3-8].
- ♦ Les données sur l’évolution de la population sont nécessaires pour l’allocation des ressources relativement à l’éducation, aux garderies, aux soins de santé, aux régimes de pension ainsi qu’à plusieurs autres services sociaux [9-11].
- ♦ Au Canada, la hausse récente du taux d’accroissement de la population s’explique par une augmentation de l’immigration et une diminution de l’émigration [12].

Mises en garde :

- ◇ Le terme «accroissement» est à prendre au sens de variation et non d’augmentation; dans ce sens, un accroissement peut être négatif [4].
- ◇ Lors des recensements, certaines personnes ne sont pas dénombrées tandis que d’autres le sont plus d’une fois. L’effet net de ces deux genres d’erreurs constitue le sous-dénombrement net. Le sous-dénombrement varie selon le recensement, la province et l’âge [13].
- ◇ En 1991, on a dénombré pour la première fois les résidents permanents et non permanents alors qu’avant 1991, seuls les résidents permanents du Canada étaient dénombrés [13].
- ◇ Dans les comparaisons géographiques et temporelles, il est recommandé d’utiliser les estimations chronologiques de population qui corrigent le sous-dénombrement et qui incluent les résidents non permanents. Ces estimations de population ont pour effet d’accroître l’effectif de la population canadienne de 1,6% à 3,8% aux différents recensements par rapport aux effectifs précédemment publiés [13].
- ◇ Au Canada, dans les publications gouvernementales, le taux d’accroissement est calculé en utilisant au dénominateur la population au début de la période. Cependant, selon la définition exacte, l’on devrait employer au dénominateur la population au milieu de la période [3,4,7].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Population à la fin de la période – Population au début de la période × 100.  
Population au début de la période

Catégorie suggérée :

Âge : Moins de 15 ans, 15-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1981-1986 [13]	1986-1991 [13]
Québec	2,5	5,2
Canada	5,2	7,3

Références :

1. TAPINOS, G., (1985), *Éléments de démographie. Analyse, déterminants socio-économiques et histoire des populations*, Paris, Armand Colin, p. 176.
2. KALBACH, W.E., McVEY, W., (1971), *The Demographic Bases of Canadian Society*, Toronto, McGraw-Hill, p. 31.
3. PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 21-68 (Cat. 82-543F)
4. PRESSAT, R., (1969), *L’analyse démographique*, 2e édition, Paris, P.U.F., p. 213-254.
5. KINSELLA, K., (1992), *Population and Health Transitions*, U.S. Department of Commerce, International Population Reports, 52 p.
6. PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d’Arc inc, pp. 101-108.
7. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 46.
8. PETERSON, W., (1972), *Population*, New York, MacMillan, pp. 59-78.
9. OLSHANSKY, S.J., CARNES, B.A., CASSEL, C.K., (1993), «The aging of the human species», *Scientific American*, Avril, pp. 46-52.
10. MURRAY, M.P., (1992), «Census adjustment and the distribution of federal spending», *Demography*, 29(3):319-332.
11. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, 218 p. (Cat. 92-305).
12. STATISTIQUE CANADA, (1992), «Recensement du Canada de 1991 : chiffres de population et des logements», *Le Quotidien*, 28 avril.
13. STATISTIQUE CANADA, (1993), «Estimations de la population au 1er juillet, 1971-1993», *Le Quotidien*, 16 septembre.

6 Taux de fécondité selon l'âge

Autres appellations : Taux de fécondité générale par âge • Taux de fécondité du moment.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge spécifique à la population féminine totale de ce groupe d'âge au milieu de la période [1,2].

— Selon la définition de l'OMS, une naissance vivante est tout produit de conception, expulsé ou extrait complètement du corps de la mère, peu importe la durée de la gestation, qui respire ou montre des signes vitaux tels que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou tout mouvement d'un muscle volontaire [3].

Interprétations :

- ♦ Le taux de fécondité par âge représente un bon descripteur de l'intensité et du calendrier de la fécondité [1].
- ♦ Des taux élevés de fécondité chez les adolescentes et les femmes âgées de 35 ans et plus sont associés à des risques accrus chez les nouveau-nés de naissances de faibles poids, de mortalité infantile, de naissances prématurées et de césariennes (dans ce dernier cas, uniquement chez les femmes de 35 ans et plus) [4-11]
- ♦ La somme des taux de fécondité par âge multipliée par l'amplitude des groupes d'âge (5 ans en général) correspond à l'indice synthétique de fécondité. Ce dernier indicateur représente la mesure la plus utilisée et la plus reconnue pour comparer les niveaux de fécondité de différentes populations [1,2,12].
- ♦ Les taux de fécondité par âge varient selon certaines caractéristiques: niveau socio-économique, groupe culturel, province, état matrimonial, conjoncture économique, etc. Dans les régions urbaines du Canada, le taux de fécondité augmente à mesure que le niveau socio-économique diminue chez les femmes de moins de 25 ans tandis que chez celles de 25 ans et plus, il augmente en fonction du revenu [13-16].

Mise en garde :

- ◇ Les taux de fécondité ne varient pas de la même façon dans le temps d'un groupe d'âge à l'autre. Un changement dans le calendrier de la fécondité peut entraîner une augmentation du taux pour certains groupes d'âges et une diminution pour d'autres. Pour ces mêmes raisons, l'indice synthétique de fécondité n'évolue pas toujours de façon identique aux taux par âge dans le temps et dans l'espace [1,12].

Sources :

- Numérateur : Fichier des naissances, BSQ, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge, pour une période donnée × 1000.  
Population féminine du même groupe d'âge au milieu de cette période

Indicateurs associés :

- Taux brut de natalité : Rapport du nombre annuel moyen de naissances vivantes, durant une période donnée, à la population totale au milieu de cette période [2].
- Taux global de fécondité : Rapport du nombre annuel moyen de naissances vivantes, durant une période donnée, à la population féminine âgée de 15 à 49 ans au milieu de cette période [2].
- Indice synthétique de fécondité : Somme des taux de fécondité par âge multipliée par l'amplitude des groupes d'âge (5 ans en général).

Catégorie suggérée :

Âge : 15-19 ans, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, total (15-49 ans).

Valeurs observées : (taux pour 1000)

	Québec		Canada	
	1986 [17]	1991 [18]	1986 [17]	1991 [18]
15-19 ans	15,1	18,1	23,5	27,3
20-24 ans	73,6	83,9	84,8	82,6
25-29 ans	116,4	134,3	124,6	128,4
30-34 ans	61,6	80,6	75,6	88,0
35-39 ans	17,4	23,6	22,6	29,2
40-44 ans	2,5	3,1	3,2	4,0
45-49 ans	0,1	0,1	0,1	0,2
Indice synthétique de fécondité (enfant par femme)	1,4	1,7	1,7	1,8

Références :

1. PRESSAT, R., (1969), *L'analyse démographique*, 2e édition, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 95-113.
2. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, 141 p.
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1990), «Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité fœtale», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43:220-227.
4. MILLAR, W.J., STRACHAN, J., WADHERA, S., (1991), «Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance: tendances Canada 1971 à 1989», *Rapports sur la santé*, 3(4):311-325.
5. NORDSTROM, M.L., CNATTINGIUS, S., HAGLUND, B., (1993), «Social differences in Swedish infant mortality by cause of death, 1983 to 1986», *American Journal of Public Health*, 83(1):26-30.
6. FOSTER, H.W., THOMAS, D.J., SEMENYA, K.A., THOMAS, J., (1993), «Low birthweight in African Americans : Does intergenerational well-being improve outcome?», *Journal of the National Medical Association*, 85(7):516-520.
7. MICHELUTTE, R., ERNEST, J.M., MOORE, M.L., MEIS, P.J., SHARP, P.C., WELLS, H.B., BUESCHER, P.A., (1992), «A comparison of risk assesment models for term and preterm low birthweight», *Preventive Medicine*, 21(1):98-109.
8. LUKE, B., WILLIAMS, C., MINOGUE, J., KEITH, L., (1993), «The changing pattern of infant mortality in the US: The role of prenatal factors and their obstetrical implications», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40(3):199-212.
9. TRESSERRAS, R., CANELA, J., ALVAREZ, J., SENTIS, J., SALLERAS, L., (1992), «Infant mortality, per capita income, and adult illiteracy: An ecological approach», *American Journal of Public Health*, 82(3):435-438.
10. NANDI, C., NELSON, M.R., (1992), «Maternals pregravid weigth, age, and smoking status as risk factors for low birth weight births», *Public Health Reports*, 107(6):658-662.
11. NAIR, C., (1991), «Tendances qui se dégagent des données sur les césariennes au Canada», *Rapports sur la santé*, 3(3):203-219.
12. CRAIG, J., (1992), «Recent fertility trends in Europe», *Population Trends*, 68:20-23.
13. WILKINS, R., SHERMAN, G.J., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapport sur la santé*, 3(1):7-31.
14. WADHERA, S., STRACHAN, J., (1993), «Naissances au Canada, 1991», *Rapports sur la santé*, 5(2):209-213.
15. WADHERA, S., MILLAR, W.J., (1991), «Évolution de la fécondité au Canada, 1971-1988: premières naissances après 30 ans», *Rapports sur la santé*, 3(2):149-162.
16. LACHAPELLE, R., (1988), «Évolution des différences de fécondité entre les groupes linguistiques au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, 10:2-8.
17. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Naissances et décès 1986*, La statistique de l'état civil, volume 1, 73 p. (Cat. 84-204).
18. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Naissances 1991, Ottawa, Statistique Canada*, 43 p. (Cat. 84-210).

7 Proportion d’allophones

Autre appellation : Proportion de la population dont la langue parlée à la maison n’est ni le français ni l’anglais.

Définition :

Proportion de la population dont la langue parlée à la maison n’est ni le français ni l’anglais par rapport à la population totale non institutionnelle ayant déclaré une seule langue parlée à la maison [1].

- Dans ce cas-ci, le terme allophone désigne la population utilisant une langue autre que le français ou l’anglais. La proportion d’allophones peut aussi être mesurée à partir du nombre de personnes dont la langue maternelle n’est ni le français ni l’anglais. [2-4].

Interprétations :

- ♦ La proportion d’allophones est un indicateur de l’importance des communautés culturelles. Les allophones représentent, parmi les personnes faisant partie des communautés culturelles, ceux qui ont été le moins soumis au processus d’acculturation [5,6]. Ils peuvent présenter des caractéristiques démographiques, sociales, économiques et sanitaires différentes de celles des francophones et des anglophones [7-9].
- ♦ La population ne parlant ni le français ni l’anglais se concentre dans les régions urbaines, est davantage composée de femmes et vit dans des ménages de grande taille [4].
- ♦ Contrairement à la langue maternelle, la langue parlée à la maison se définit par rapport à un seul point dans le temps, en fonction d’une fréquence et d’un lieu d’utilisation précis. Les données relatives à la langue parlée à la maison renseignent sur le comportement linguistique actuel de la population [7].

Mises en garde :

- ◊ La proportion d’allophones mesurée à partir de la langue parlée à la maison est inférieure à la proportion obtenue à partir de la langue maternelle compte tenu du processus d’assimilation linguistique à l’anglais ou au français [10].
- ◊ Les allophones et les immigrants représentent deux concepts différents. Par exemple, on retrouve parmi les allophones, des Autochtones qui ne sont pas des immigrants et inversement il y a des immigrants qui ne sont pas allophones. C’est le cas entre autres des Français, des Britanniques, etc. [11].
- ◊ Au recensement de 1981, les répondants étaient invités à n’indiquer qu’une langue. Dans les cas où plus d’une langue était déclarée, Statistique Canada n’en retenait qu’une seule. Au recensement de 1986, cette instruction fut supprimée, et la population a été répartie en deux catégories, réponses uniques (une seule langue parlée) et réponses multiples (plus d’une langue parlée). En émettant l’hypothèse que les personnes ayant déclaré plusieurs langues se répartissent de la même façon que celles qui en ont déclaré une seule, il est suggéré afin de simplifier le calcul de cet indicateur, de ne tenir compte que des personnes ayant répondu : «Une seule langue parlée à la maison» [2,12].
- ◊ L’expression «langue parlée à la maison» remplace «langue d’usage» utilisée en 1971 qui donnait lieu à une interprétation plus générale que celle du recensement [13].
- ◊ En 1991, le libellé de la question fut modifié et l’expression «le plus souvent» a remplacé le terme «habituellement» qui avait été utilisé lors des recensements de 1981 et 1986 [1].
- ◊ Les données obtenues à partir de la question sur la langue parlée à la maison ne permettent pas de connaître l’aisance ou les préférences linguistiques ou encore de connaître les langues parlées au travail, à l’école, avec les amis, etc. Ces données ne renseignent donc pas sur les habitudes linguistiques globales des répondants [6,14].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population dont la lanque parlée à la maison n’est ni le francais ni l’anglais (réponses uniques) x 100.  
Population non institutionnelle ayant déclaré une seule langue parlée à la maison

Catégorie suggérée :

Total : Population totale non institutionnelle ayant déclaré une seule langue parlée à la maison.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [15]	1991 [16]
Québec	4,4	5,4
Canada	6,2	7,8

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 41-42 (Cat. 92-301F).
2. BOURBEAU, R., ROBITAILLE, N., (1980), «Bilan démographique des francophones au Québec et dans le reste du Canada», *Critère*, 27:175-204.
3. LACHAPELLE, R., (1979), «Regards sur la population québécoise», dans *Annuaire du Québec 1977-1978*, Québec, Éditeur officiel du Québec, pp. 228-238.
4. HARRISON, B., (1993), «No parlo né inglese, né francese / Je ne parle ni l’anglais ni le français», *Tendances sociales canadiennes*, 31:26-28.
5. GOGGIN, P., GRAVEL, S., (1990), *Aspects méthodologiques relatifs à l’utilisation des indicateurs ethnoculturels dans le domaine de la santé*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine/Hôpital Saint-Luc, 27 p.
6. DE VRIES, J., (1990), «Ethnic language maintenance and shift», dans HALLI, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L., (éds), *Ethnic Demography, Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 163-178.
7. TREMBLAY, M., BOURBEAU, R., (1985), «La mortalité et la fécondité selon le groupe linguistique au Québec, 1976 et 1981», *Cahiers québécois de démographie*, 14(1):7-30.
8. LACHAPELLE, R., (1988), «Évolution des différences de fécondité entre les groupes linguistiques au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (10):2-8.
9. BARIL, A., MORI, G.A., (1991), «Niveau de scolarité dans les différents groupes linguistiques au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (20):17-18.
10. TREMBLAY, M., (1988), *Analyse démographique de la mobilité linguistique au Canada : aspects théoriques et incidences du phénomène dans le milieu familial*, Montréal, Université de Montréal, 320 p. (Thèse de doctorat).
11. CHOINIERE, R., ROBITAILLE, N., (1990), «The aging of ethnic groups in Quebec», dans HALLI, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L., (éds), *Ethnic Demography, Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 253-271.
12. STATISTIQUE CANADA, (1987), *Dictionnaire du recensement de 1986*, Ottawa, Statistique Canada, p. 25 (Cat. 99-101F).
13. STATISTIQUE CANADA, (1982), *Dictionnaire du recensement de 1981*, Ottawa, Statistique Canada, p. 24. (Cat. 99-901).
14. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Guide du contenu, Recensement 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 110-112.
15. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 2, Recensement du Canada de 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 1 (Cat. 94-110).
16. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Documentation sur les données Série des profils - Partie B, Recensement du Canada de 1991*, Ottawa, Statistique Canada (Produit électronique).

8 Proportion d’immigrants

Autre appellation : Proportion de la population n’étant pas citoyen canadien de naissance.

Définition :

- Proportion d’immigrants reçus par rapport à la population totale non institutionnelle.
- Un immigrant reçu est une personne qui n’a pas la citoyenneté canadienne par naissance, mais à laquelle les autorités canadiennes de l’immigration ont accordé le droit de vivre au Canada en permanence [1].
  - En 1991, une question spécifique, intégrant le libellé «immigrant reçu», a été utilisée pour identifier la population immigrante [2].

Interprétations :

- ♦ La proportion d’immigrants est un indicateur de la diversité culturelle [3]. Associé à la période d’immigration, cet indicateur est considéré comme un élément important du processus d’insertion et d’intégration des immigrants au pays d’accueil [4,5].
- ♦ Le temps écoulé depuis l’arrivée, la provenance, l’âge et la langue maternelle de l’immigrant sont quelques-uns des facteurs susceptibles d’influencer son adaptation à la société d’accueil [4].
- ♦ À la fin des années cinquante, la majorité des immigrants provenaient d’Europe ou des États-Unis. Depuis le début des années quatre-vingts, ils viennent surtout des pays dits du tiers-monde (Asie, Amérique Latine et Moyen-Orient), ce qui coïncide ainsi avec l’élaboration du concept de minorité visible [5-8].
- ♦ La population immigrante présente des caractéristiques qui sont différentes des citoyens canadiens par naissance : scolarité, revenu, usage du tabac, mortalité, etc. [3,9-12].

Mises en garde :

- ♦ La façon de déterminer la population des immigrants en 1991 est différente de celle utilisée lors des recensements de 1981 et de 1986, alors que l’on incluait dans cette population toutes les personnes qui n’étaient pas citoyens canadiens par naissance [1].
- ♦ La population visée par la question sur l’année d’immigration aux recensements de 1981, 1986 et de 1991 (personnes qui ne sont pas citoyens canadiens de naissance en 1981 et 1986, et immigrants reçus en 1991) était un peu plus restreinte que la population visée au recensement de 1971 (toutes les personnes nées à l’extérieur du Canada) [1].
- ♦ La question sur l’année d’immigration crée une ambiguïté pour les recensés qui ne sont pas toujours certains si on leur demande d’indiquer l’année où ils sont arrivés au Canada ou l’année où on leur a accordé le statut d’immigrant reçu [13].
- ♦ Les enfants nés au Canada de parents immigrants ne sont pas inclus puisque l’indicateur permet de cerner uniquement les immigrants de première génération [1,3,4].
- ♦ Les citoyens canadiens par naissance, les revendicateurs du statut de réfugié et les titulaires d’un permis de séjour pour étudiants, d’un permis de travail ou d’un permis ministériel ne font pas partie des immigrants reçus. De plus, la population née à l’extérieur du Canada ne correspond pas à la population immigrante [1].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population des immigrants reçus / Population totale non institutionnelle × 100.

Catégorie suggérée :

Période d’immigration : Avant 1961, 1961 à 1970, 1971 à 1980, 1981 à 1987, 1988 à 1991, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [14]	1991 [15]
Québec	8,2	8,7
Canada	15,6	16,1

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 31-37, 57-59 (Cat. 92-301F).
2. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 80-81 (Cat. 92-305F).
3. GOGGIN, P., GRAVEL, S., (1990), *Aspects méthodologiques relatifs à l'utilisation des indicateurs ethnoculturels dans le domaine de la santé*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine/Hôpital Saint-Luc, 27 p.
4. MINISTÈRE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION, (1990), *Profil de population immigrée recensée en 1986*, Québec, Direction des communications, 84 p.
5. DUCHESNE, L., (1992), *Statistiques démographiques - La situation démographique au Québec*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 93-99.
6. FOURNIER, C., LAPIERRE-ADAMCYK, E., (1992), «Croissance et renouvellement de la population québécoise : les réalités démographiques et métamorphose», dans DAIGLE, G., ROCHER, G., *Le Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 161-187.
7. GROUPE DE RECHERCHE ETHNICITÉ ET SOCIÉTÉ, (1992), «Immigration et relations ethniques au Québec : un pluralisme en devenir», dans DAIGLE, G., ROCHER, G., *Le Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 451-481.
8. LOGAN, R., (1991), «L’immigration dans les années 80», *Tendances sociales canadiennes*, 20:10-13.
9. TROVATO, F., (1990), «Immigrant mortality trends and differentials», dans HALL, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L. (éds), *Ethnic Demography. Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 91-110.
10. NAIR, C., NARGUNDKAR, M., JOHANSEN, H., (1990), «Mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires au Canada : première génération d’immigrants et personnes nées au Canada», *Rapports sur la santé*, 2(3):203-228.
11. MILLAR, W. J., (1992), «Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l’usage du tabac chez les Canadiens», *Rapports sur la santé*, 4(1):7-24.
12. VALKONEN, T., BRANCKER, A., REIJO, M., (1992), «Mortalité différentielle entre trois populations : résidents des pays scandinaves, immigrants au Canada d’origine scandinave et résidents canadiens nés au Canada, 1979-1985», *Rapports sur la santé*, 4(2):137-159.
13. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Guide du contenu. Recensement 1991*, Ottawa, Statistique Canada, p. 95.
14. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 2. Recensement du Canada de 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 1. (Cat. 94-110).
15. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Documentation sur les données Série des profils - Partie B, Recensement du Canada de 1991*, Ottawa, Statistique Canada (Produit électronique).

9 Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans

Autre appellation : Familles à parent unique avec enfant(s) âgés de 17 ans ou moins.

Définition :

Proportion de familles de recensement composées d’un parent seul avec au moins un enfant jamais marié de 17 ans ou moins par rapport au total des familles de recensement avec au moins un enfant jamais marié de 17 ans ou moins [1] .

- Les familles monoparentales sont constituées d’un parent seul avec au moins un enfant jamais marié, relié biologiquement ou par adoption ou provenant d’unions précédentes et vivant dans le même logement [1].
- Les familles de recensement sont constituées d’un couple actuellement marié, d’un couple vivant en union libre ou d’un parent seul demeurant avec au moins un enfant jamais marié [1].

Interprétations :

- Cet indicateur est une mesure de vulnérabilité sociale et économique puisque les enfants de ces familles sont pour la plupart à la charge financière d’un seul parent, près de neuf fois sur dix une femme, dont les revenus sont faibles du fait de pensions impayées, de salaires très bas ou parce que vivant de prestations de sécurité du revenu [2,3].
- Au Canada, ces familles monoparentales vivent dans près de six cas sur dix sous le seuil de suffisance de revenu [4]. Les familles dirigées par une femme ont une probabilité plus élevée d’être pauvre que celles dirigées par un homme [5,6], ce risque étant très élevé chez les mères de moins de 25 ans (95%) [4]. Dans leur ensemble, les familles monoparentales sont plus susceptibles de connaître la pauvreté sur de plus longues périodes que les autres types de familles [4].
- Ces familles sont également plus susceptibles que les autres types de familles monoparentales et biparentales d’avoir un réseau social réduit [3,7]. Les familles monoparentales, dans leur ensemble, se caractérisent par une grande mobilité ce qui implique souvent pour le parent et les enfants un éloignement de l’ancien réseau d’entraide de voisinage ou une rupture avec ce dernier [8].
- Comparativement aux familles biparentales avec de jeunes enfants, les personnes vivant dans des familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans sont moins heureuses, se sentent plus isolées et ont une perception plus négative de leur santé, ce qui se traduit par un indice de santé globale inférieur. L’indice de détresse psychologique chez les enfants de 15 ans et plus et chez les parents de ces familles est également plus élevé [9]. Les enfants nés ou élevés dans des familles ou des milieux défavorisés sont plus susceptibles que les autres enfants de connaître des problèmes de santé pendant leur enfance et à l’âge adulte [10-11].

Mises en garde :

- Il faut faire attention en comparant les statistiques relatives à la monoparentalité puisque les estimations peuvent varier grandement selon qu’on tient compte ou non de l’âge des enfants ou du sexe du parent [12]. La présente définition serait la plus couramment utilisée dans les études canadiennes et américaines sur les foyers monoparentaux [3].
- La situation familiale vécue par les enfants est difficile à établir avec précision étant donné qu’ils peuvent vivre, dans le cas de gardes partagées, des situations combinant la monoparentalité et le fait de vivre dans une famille biparentale reconstituée, ce que ne documente pas les statistiques officielles [2].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de familles monoparentales avec au moins un enfant âgé de 17 ans ou moins / Total des familles de recensement avec au moins un enfant âgé de 17 ans ou moins x 100.

Indicateur associé :

- Proportion de jeunes enfants dans les familles monoparentales : Proportion du nombre d’enfants âgées de 17 ans et moins dans les familles monoparentales par rapport au total des enfants de 17 ans et moins [13].

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge des parents : 15-24 ans, 25-34, 35-44, 45-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [14]	1991 [15]
Québec	17,0	17,9
Canada	15,6	16,5

Références :

- STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 134-136 (Cat. 92-301F).
- DANDURAND, R.B., (1992), «La famille n’est pas une île. Changements de société et parcours de vie familiale», dans DAIGLE, G., ROCHER, G.(éds), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Les Presses de l’Université de Montréal, pp. 357-383.
- DANDURAND, R.B. (1994), «Divorce et nouvelle monoparentalité», dans DUMONT,F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 519-544.
- ZOUALI, S., ROUSSEAU, C., (1991), *Les problèmes d’intégration au marché du travail des familles monoparentales au Québec*, Communication pour le 1er symposium de recherche sur la famille, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, p. 26.
- ZOUALI, S., (1991), *Analyse descriptive de l’évolution de la pauvreté au Québec et dans les autres régions canadiennes - 1973-1988*, Québec, Ministère de la Main-d’œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p. 8.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1993), *Profil de la pauvreté, mise à jour pour 1991*, Ottawa, CNBS, 26 p.
- GAUTHIER, J., (1993), «Les mères solitaires bénéficiaires du programme d’aide sociale : une figure type de la solitude contemporaine», *Revue internationale d’action communautaire*, 29(69):86-93.
- SÉGUIN, A.M., (1994), «Transformations sociales et carences reliées à l’habitat», dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux* , Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 65-79.
- BELLEROSE, C., CADIEUX, É., JOHNSON, E., (1989), *Et la santé, ça va?, Numéro 4, Les familles monoparentales*, Québec, Les Publications du Québec, p. 30.
- NYSTROM PECK, A.M., (1992), «Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health - evidence from Swedish data», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:71-74.
- LUNDBERG, O., (1993), «The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood», *Social Science and Medicine*, 36(8):1047-1052.
- ZOUALI, S., (1991), *L’évolution démographique et économique de la réalité des familles monoparentales au Québec, Rapport au groupe de travail sur la situation des familles monoparentales*, Québec, Ministère de la Main-d’œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, pp. 15-16.
- BOUCHARD, P., LAVOIE, L., MALENFANT, R., PAGEAU, M., ROCHETTE, L., ROY, B., (1992) *Profil de la population et des services sociosanitaires de la région de Québec*, CRSSS de Québec, DSC du CHUL, DSC de l’Hôpital de l’Enfant-Jésus, DSC de l’Hôpital du St-Sacrement, p.19.
- STATISTIQUE CANADA, (1987), *Recensement du Canada de 1986. Totalisations sommaires, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, Tableau CF86A03.
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Recensement du Canada de 1991. Totalisations sommaires, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, Tableau F9102A.

10 Proportion de la population vivant seule

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule dans son logement par rapport au total des personnes de 15 ans et plus dans les ménages privés [1,2].

- Le nombre de personnes vivant seules dans leur logement est équivalent au nombre de ménages privés ne comprenant qu’une personne [1,2].
- Un ménage privé est formé d’une ou de plusieurs personnes occupant un logement privé. Le nombre de ménages privés est égal au nombre de logements privés [1,2].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur est utilisé comme une mesure indirecte de l’isolement social [3] et sa valeur prédictive, à cet égard, augmenterait des groupes d’âge plus jeunes aux groupes plus vieux [4]. Les personnes âgées de 65 ans et plus ont en effet une plus grande probabilité de vivre isolées que les personnes des groupes d’âge plus jeunes vivant seules [4].
- ♦ L’isolement implique une privation de relations sociales qui peut limiter l’accès aux informations, au support émotif et à l’aide matérielle dont ont besoin les individus pour surmonter différents problèmes de santé ou certains types de stress sociaux [5-8].
- ♦ Les personnes qui peuvent compter sur un réseau social leur assurant un soutien ont en général une meilleure santé et vivent plus longtemps que celles dont le réseau est inexistant ou non aidant [5,9]. Une des explications proposées est qu’un réseau social aidant aurait un effet protecteur en permettant d’atténuer les effets négatifs sur la santé d’événements de vie stressants [10]. Ce rôle tampon ou indirect est en particulier observé dans le cas de problèmes de santé mentale [6,7]. Une autre approche propose la thèse de l’effet principal ou direct en attribuant les effets bénéfiques du soutien social au simple fait que l’individu dispose d’un large réseau de soutien [11].
- ♦ Vivre seul implique aussi une plus grande probabilité d’avoir des revenus inférieurs au seuil de faible revenu en particulier chez les femmes [12]. Les personnes de 65 ans et plus ainsi que les femmes vivant seules et âgées entre 55 et 64 seraient aussi particulièrement défavorisées [13].
- ♦ La majorité (60 %) des personnes vivant seules au Canada en 1991 étaient âgées de 45 ans et plus et la même proportion des personnes vivant seules étaient des femmes [2].

Mises en garde :

- ◇ Ne pas confondre l’appellation «personnes vivant seules» avec la désignation «personnes seules» qui est un concept plus large parce qu’il englobe, en plus des personnes vivant seules, celles qui vivent avec des personnes non apparentées [2].
- ◇ Ne pas confondre l’appellation «proportion de personnes vivant seules» avec la désignation «proportion de ménages privés» formés d’une seule personne qui utilise au dénominateur le nombre de ménages privés plutôt que la population de 15 ans et plus dans les ménages privés [14].
- ◇ La condition de personne seule peut être la résultante d’un choix ou d’une situation subie. De plus, les personnes seules ne constituent pas un groupe homogène en ce qui concerne l’étendue et la qualité de leur réseau social [3,15].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus vivant seule / Population de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [16]	1991 [17]
Québec	10,0	12,0
Canada	9,9	10,8

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, p. 155 (Cat. 92-301F).
2. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, pp 95-97,105 (Cat. 92-305F).
3. MARCIL-GRATTON, N., (1993), «L’isolement, seuls ou avec d’autres : la mesure à la remorque de la perception», *Revue internationale d’action communautaire*, 29(69):163-165.
4. DEUSLE, M.A., (1988), «Que signifie la solitude pour les personnes âgées?», *La revue canadienne du vieillissement*, 7(4):342-346.
5. FALK, A., HANSON, B.S., ISACSSON, S.-O., OSTERGREN, P.-O., (1992), «Job strain and mortality in elderly men: social network, support, and influence as buffers», *American Journal of Public Health*, 82(8):1136-1139.
6. VILHJALMSSON, R., (1993), «Life stress, social support and clinical depression: A Reanalysis of the literature», *Social Science and Medicine*, 37(3):331-342.
7. WHELAN, C.T., (1993), «The role of social support in mediating the psychological consequences of economic stress», *Sociology of Health & Illness*, 15(1):86-101.
8. MOR-BARAK, M.E., MILLER, L.S., SYME, L.S., (1991), «Social networks, life events, and health of the poor, frail elderly : A longitudinal study of the buffering versus direct effect», *Family and Community Health*, 14(2):1-13.
9. BERKMAN, L.F., (1987), «Assessing social networks and social support in epidemiologic studies», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, (35):46-53.
10. HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D., (1988), «Social relationships and health», *Science*, 241(4865):540-545.
11. COHEN, S., WILLS, A., (1985), «Stress, social support and the buffering hypothesis», *Psychological Bulletin*, 98(2):310-357.
12. FUGÈRE, D., (1991), *Le revenu des personnes âgées au Québec*, Québec, Régie des rentes du Québec, 63 p.
13. BURKE, M.A., SPECTOR, A., (1991), «Une catégorie de personnes défavorisées : les femmes âgées de 55 à 64 ans qui vivent seules», *Tendances sociales canadiennes*, 23:14-17.
14. STATISTIQUE CANADA, (1984), *Vivre seul*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3 (Cat. 99-934).
15. GAUTHIER, J. (1994), «La solitude contemporaine», dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 777-793.
16. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 1. Recensement du Canada de 1986, Profils, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3. (Cat. 94-109).
17. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Documentation sur les données Série des profils, Partie B, Recensement du Canada de 1991*. Ottawa, Statistique Canada (Produit électronique)



11 Proportion de la population ayant déménagé

Autres appellations : Mobilité de la population • Mobilité résidentielle.

Définition :

Proportion de la population de cinq ans et plus ayant déménagé depuis le recensement précédant par rapport à la population totale de cinq ans et plus non institutionnelle.

- Les personnes ayant déménagé sont celles qui, le jour du recensement, demeuraient à une autre adresse que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt [1].
- Depuis 1991, la proportion de la population ayant déménagé un an auparavant est également disponible [1].

Interprétations :

- Une valeur élevée pour cet indicateur de la mobilité résidentielle peut être un signe de désintégration économique ou sociale d’une communauté pouvant être associée à des problèmes sociaux et sanitaires [2-5].
- Les données sur la mobilité servent à établir des estimations et des projections de population et sont ainsi utiles à la planification des besoins au chapitre de l’habitation, de l’éducation et des services sociaux [6]. De plus, la mobilité vise à définir les mouvements migratoires, tout en nous renseignant, avec l’aide d’autres variables du recensement, sur les causes socio-économiques de la migration et les conséquences de cette dernière [7].
- Parmi les personnes ayant déménagé, on peut distinguer les non-migrants et les migrants; cette distinction correspond au «statut migratoire» [1].
- Les non-migrants correspondent aux personnes qui demeuraient à une autre adresse mais dans la même subdivision de recensement (SDR) que celle où elles résidaient cinq ans plus tôt. Les migrants correspondent pour leur part à ceux qui résidaient toujours au Canada mais dans une subdivision de recensement différente de celle où ils résidaient cinq ans plus tôt (migrants internes), ou des personnes qui résidaient à l’extérieur du Canada cinq ans auparavant (migrants externes) [1].
- Les personnes les plus susceptibles de déménager sont les locataires, les jeunes adultes et les personnes les plus scolarisées [5,8].

Mises en garde :

- Bien que les données sur la mobilité pour la période de cinq ans soient généralement comparables de 1961 à 1991, il convient de noter une différence conceptuelle. En 1991, le libellé de la question fut modifié et le terme «adresse» fut remplacé par le terme «logement», qui avait été utilisé dans tous les recensements antérieurs depuis 1961 [1].
- Sans mettre en péril la comparabilité historique des données sur la mobilité, des modifications furent également apportées au niveau de la couverture, du contenu et de la structure de la question, ainsi que du cadre géographique [1].
- L’ajout, au recensement de 1991, des résidants non permanents à l’univers de la population affecte légèrement les résultats de l’indicateur [8].
- La désignation «personnes ayant déménagé» réfèrent à la mobilité résidentielle par opposition à la mobilité dans l’échelle sociale ou à la mobilité professionnelle [9].
- Le concept de mobilité désigne le mouvement des personnes qui changent de résidence de façon permanente. Le concept de migration est pour sa part plus restrictif car il réfère, à l’intérieur du concept de mobilité, aux personnes qui en plus de changer de façon permanente de résidence changent également de municipalité ou de collectivité [9].
- Le lieu de résidence cinq ans auparavant ne permet pas d’identifier les personnes qui ont déménagé plus d’une fois. De plus, il ne permet pas de connaître celles qui ont déménagé au cours de la période et qui sont revenues au même lieu de résidence [1,9].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population de 5 ans et plus habitant à une autre adresse 5 ans auparavant x 100.  
Population totale de 5 ans et plus non institutionnelle

Indicateur associé :

- Proportion de la population ayant déménagé au cours de la dernière année : Proportion de la population de 1 an et plus ayant déménagé au cours de la dernière année précédant le recensement par rapport à la population totale de 1 an et plus non institutionnelle [1]★.

Catégorie suggérée :

Population ayant déménagé : Non-migrant, migrant, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [10]	1991 [11]
Québec	41,0	43,6
Canada	43,7	46,7

Note : ★ En 1991, la proportion de la population ayant déménagé un an auparavant était de 16,4% au Canada et de 14,4% au Québec [11].

Références :

- STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 49-60, 259-261 (Cat. 92-301F).
- FIGUEIRA-MCDONOUGH, J., (1991), «Community structure and delinquency: A typology», *Social Service Review*, pp. 68-91.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, (1989), *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur et Gouvernement du Québec (éds), pp. 106-109.
- LANGLOIS, S., BAILLARGEON, J.P., CALDWELL, G., FRÉCHET, G., GAUTHIER, M., SIMARD, J.P., (1990), *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 89-91.
- CHE-ALFORD, J., (1992), «Les Canadiens et le déménagement», *Tendances sociales canadiennes*, 25:32-34.
- STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, p. 78. (Cat. 92-305F).
- STATISTIQUE CANADA, (1992), *Guide du contenu. Recensement 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 140-149.
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Mobilité et migration*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 1-6, 246-247 (Cat. 93-322).
- STATISTIQUE CANADA, (1980), *Répertoire des concepts sociaux. Un guide des normes pour enquêtes statistiques*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, pp. 40-43. (Cat. 12-560).
- STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 2. Recensement du Canada de 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 1 (Cat. 94-110).
- STATISTIQUE CANADA, (1991), *Documentation sur les données Série des profils - Partie B*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, Recensement du Canada de 1991 (Produit électronique).

12 Proportion de la population ayant moins de neuf ans de scolarité

Autres appellations : Proportion de personnes faiblement scolarisées • Proportion de personnes ayant un faible niveau de scolarité • Taux de sous-scolarisation.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus dont le plus haut niveau de scolarité atteint (terminé ou non) est inférieur à la neuvième année par rapport à la population totale non institutionnelle de 15 ans et plus [1,2].

— Cette mesure inclut également les personnes sans aucune scolarité ou ayant fréquenté uniquement l’école maternelle. Ces personnes ne détiennent par ailleurs aucun diplôme [1,2].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur permet de mesurer la proportion de personnes très défavorisées sur le plan de l’instruction [3].
- ♦ La scolarité est, avec le revenu et l’occupation, une des principales variables utilisées comme indicateur socio-économique dans les études analysant les liens entre le statut social et la santé [4,5]. Les études épidémiologiques utilisant la scolarité comme variable socio-économique montrent qu’il existe des différences de santé et de bien-être qui séparent non seulement les groupes ayant le plus haut et le plus faible niveaux, mais également chacun des niveaux de l’échelle de scolarisation [6-10].
- ♦ Les personnes faiblement scolarisées ou ne détenant aucun diplôme sont plus susceptibles d’obtenir des emplois au bas de l’échelle salariale, peu valorisants et présentant un niveau supérieur de risques d’accidents ou de maladies professionnelles [11]. Elles sont également plus exposées à connaître des épisodes de chômage ou de vivre de l’aide sociale [3,12]. De plus, la probabilité qu’une famille soit pauvre s’accroît à mesure que la scolarité du chef est faible [13].
- ♦ La probabilité d’être analphabète fonctionnel est également plus élevée dans ce groupe [14]. Le fait de ne pas savoir lire peut avoir des effets négatifs importants sur la santé notamment en constituant une barrière à l’accès à l’information sanitaire [15,16].
- ♦ La proportion de personnes ayant moins de 9 années de scolarité s’accroît avec l’âge, passant de 6 % chez les 15-24 ans à 60 % chez les 65 ans et plus [17].

Mises en garde :

- ◇ Les connaissances et habiletés acquises à l’extérieur des réseaux traditionnels d’enseignement, tels les médias d’information, les bibliothèques et les loisirs ne sont pas prises en compte par cette mesure [18]
- ◇ Des changements apportés à la législation et au système d’éducation, en particulier depuis les années soixante, font que la structure d’âge de la population étudiée peut influencer la valeur de cet indicateur : un territoire avec une population âgée risque de présenter un taux plus élevé qu’un territoire avec une population jeune [18].
- ◇ Le système de classement confère automatiquement à la personne qui détient un diplôme, un niveau de scolarité supérieur à 13 ans, peu importe le nombre d’années de scolarité complétées [1].
- ◇ Les taux provinciaux et canadien sont publiés annuellement à partir des données de l’Enquête sur la population active de Statistique Canada. Les taux de cette enquête peuvent toutefois différer de ceux du recensement puisque ce sont des enquêtes utilisant des plans d’échantillonnage distincts [19].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus ayant moins de neuf ans de scolarité / Population totale de 15 ans et plus non institutionnelle x 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [20]	1991 [21]
Québec	23,9	20,1
Canada	17,3	13,9

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 97-99 (Cat. 92-301F).
2. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada (Cat. 92-305F).
3. ARNOTI, B., (1987), «Regard sur les canadiens ayant un faible niveau de scolarité, 1975 à 1985», *Tendances sociales canadiennes*, printemps, pp. 28-32.
4. LIBERATOS, P., LINK, B.G., KELSEY, J.L., (1988), «The measurement of social class in epidemiology», *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121.
5. FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
6. MILLAR, W.J., STEPHENS, T., (1993), «Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991», *Rapports sur la santé*, 5(2):143-156.
7. MANGA, P., (1993), «Les inégalités socio-économiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 285-297.
8. ROBERGE, R., BERTHELOT, J.M., WOLFSON, M., (1993), *The Impact of Socioeconomic Status on Health Status in Ontario*, Ottawa, Statistique Canada, 11 p.
9. ADLER, N.E., BOYCE, T., CHESNEY, M.A., COHEN, S., FOLKMAN, S., KAHN, R.L., SYME, S.L., (1994), «Socioeconomic status and health - The challenge of the gradient», *American Psychologist*, 49(1):15-24.
10. KRIEGER, N., ROWLEY, D.L., HERMAN, A.A., AVERY, B., PHILLIPS, M.T. (1993) «Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being», *American Journal of Preventive Medicine*, 9(6), supplément: 82-122.
11. MECHANIC, D., (1989) «Socioeconomic status and health: an examination of the underlying processes», dans BUNKER, J.P., GOMBY, D.S., KEHRER, B.H. (éds), *Pathways to Health, The Role of Social Factors*, Californie, The Henry J. Kaiser Family Foundation, p. 14
12. DESLAURIERS, J., GAGNÉ, P., BEAULIEU, C., HARDY, M., LANCTÔT, P., (1993), *De l’aide sociale à la sécurité du revenu. Rapport statistique 1991-92*, Québec, Ministère de la Main-d’œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p. 43
13. BEAUDIN, A., CHAMARD, R., GERVAIS, E., LALANDE, D., (1990), *La pauvreté au Québec. Situation récente et évolution de 1973 à 1986*, Québec, Les publications du Québec et Ministère de la Main-d’œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p. 59.
14. STATISTIQUE CANADA, (1990), «Lire au quotidien», *Perception*, 14(3):15-19.
15. WEISS, B.D., HART, G., PUST, R.E., (1991), «The relationship between literacy and health», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1(4):351-363.
16. PERRIN, B., (1989), «Savoir lire et écrire : les répercussions sur la santé», *Promotion de la santé*, 28(1):1-5.
17. MORI, G., BURKE, B., (1990), «Évolution du niveau de scolarité», *Tendances sociales canadiennes*, 17:32-33.
18. ASSELIN, S., DALLAIRE, L., DUCHESNE, L., JEAN, S., LAROCHE, D., NOBERT, Y., (1992), *Statistiques sociales: portrait social du Québec*, Québec, Les publications du Québec, pp. 142-144.
19. STATISTIQUE CANADA, (1990), *L’éducation au Canada : revue statistique pour 1989-1990*, Ottawa, Statistique Canada, p. 246. (Cat. 81-229).
20. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: partie 2. Recensement du Canada de 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3 (Cat. 94-110).
21. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Québec: partie 2. Recensement du Canada de 1991, Profils, vol. 1, Division et subdivision de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 10 (Cat. 94-110).



13 Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées

Autre appellation : Proportion de naissances vivantes de mères ayant moins de 11 ans de scolarité.

Définition :

Proportion de naissances vivantes de mères ayant moins de onze ans de scolarité par rapport au total des naissances vivantes.

- Le nombre d’années de scolarité correspond au plus haut niveau de scolarité complété avec succès [1].
- Le seuil de moins de 11 ans d’études utilisé comme critère d’une faible scolarité est inférieur au nombre minimal d’années actuellement requis pour terminer des études de niveau secondaire dans toutes les provinces, soit 11 ou 12 ans (en excluant le pré-scolaire) [2].

Interprétations :

- Cet indicateur permet de déterminer la proportion de mères ayant un statut socio-économique faible [3].
- Les personnes faiblement scolarisées ou ne détenant aucun diplôme sont plus susceptibles d’obtenir des emplois au bas de l’échelle salariale, peu valorisants et présentant un niveau supérieur de risques d’accidents ou de maladies professionnelles [4]. Elles sont également plus exposées à connaître des épisodes de chômage ou de vivre de l’aide sociale [5,6]. De plus, la probabilité qu’une famille soit pauvre s’accroît à mesure que la scolarité du chef est faible [7].
- Le faible niveau socio-économique de la mère est associé à un plus grand risque pour le nouveau-né de naissance prématurée, d’insuffisance de poids à la naissance, de morbidité et de mortalité périnatale et infantile [8-12]. La pauvreté est également un des facteurs sociaux les plus reliés à la négligence [13,14].
- Les conditions dans lesquelles vivent ces mères en période périnatale les exposent ainsi que leurs enfants à des risques psychosociaux élevés : pauvreté, stress, isolement social, monoparentalité [15,16].
- Les enfants nés ou élevés dans des familles ou des milieux défavorisés sont plus susceptibles que les autres enfants de connaître des problèmes de santé pendant leur enfance et à l’âge adulte [17-19].

Mises en garde :

- Le seuil de moins de neuf ans de scolarité est aussi souvent utilisé comme limite pour déterminer le nombre d’années à partir duquel une personne a une scolarité faible [20]. Précisons que très peu de femmes québécoises en âge de procréer, en 1986, avaient moins de neuf ans de scolarité [21], une situation qui s’explique par le fait que la grande majorité de ces femmes sont issues des générations où la fréquentation scolaire était obligatoire jusqu’à l’âge de 16 ans [22].
- L’information concernant la scolarité de la mère est absente sur le formulaire de déclaration de naissance dans près de 5% des cas [23].
- Les naissances multiples comptent pour autant de déclarations de naissances que de bébés nés vivants au cours d’un même accouchement. Ces naissances ne représentent toutefois que 2% de toutes les naissances vivantes au Canada en 1990 [24].
- Cet indicateur n’est pas disponible dans l’ensemble des provinces canadiennes.

Sources :

Fichier des naissances, BSQ, annuel ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de naissances vivantes de mères ayant moins de onze ans de scolarité / Total des naissances vivantes x 100.

Catégories suggérées :

Âge de la mère : Moins de 20 ans, 20-34, 35 et plus, total.  
Scolarité : Moins de 9 ans, 9-10, total (moins de 11 ans).

Valeurs observées: (en pourcentage)

	1985 [16]	1990 [16]
Québec	20,2	15,3
Canada	n.d.	n.d.

Références :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Statistiques démographiques*, Québec, MSSS, p. 34 (*Les banques de données du Ministère de la Santé et des Services sociaux*;2).
- STATISTIQUE CANADA (1990), *L’éducation au Canada, revue statistique pour 1989-90*, p.21 (Cat. 81-229).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *La politique de périnatalité*, Québec, MSSS, p. 19.
- MECHANIC, D., (1989), «Socioeconomic status and health: An examination of the underlying processes» dans BUNKER, J.P., GOMBY, D.S., KEHRER, B.H. (éds), *Pathways to Health, The Role of Social Factors*, Californie, The Henry J. Kaiser Family Foundation, p. 14.
- ARNOTI, B., (1987), «Regard sur les canadiens ayant un faible niveau de scolarité, 1976 à 1985», *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1987, pp. 28-32.
- DESLAURIERS, J., GAGNÉ, P., BEAULIEU, C., HARDY, M., LANCÔT, P., (1993), *De l’aide sociale à la sécurité du revenu. Rapport statistique 1991-92*, Québec, Ministère de la Main-d’oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p 43.
- BEAUDIN, A., CHAMARD, R., GERVAIS, E., LALANDE, D., (1990), *La pauvreté au Québec. Situation récente et évolution de 1973 à 1986*, Québec, Les Publications du Québec et Ministère de la Main-d’oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p. 59.
- LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEAULAC-BAILLARGEON, L., GOULET, L., (1989), *La périnatalité au Québec, Numéro 4, La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, MSSS, p. 68.
- WILKINS, R., SHERMAN, G.J., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapports sur la santé*, 3(1):7-31.
- WENNEMO, I., (1993), «Infant mortality, public policy and inequality - a comparison of 18 industrialised countries 1950-85», *Sociology of Health & Illness*, 15(4):429-446.
- TESSIER, R., PICHÉ, C., MUCKLE, G., GAGNON, J., TARABULSY, G.M., (1992), «La part du risque social dans le développement des enfants nés prématurés et de très petit poids», *Apprentissage et socialisation*, 15(3):208-221.
- ROSENBAUM, S., (1992), «Child health and poor children», *American Behavioral Scientist*, 35(3):276-289.
- MAYER-RENAUD, M., PIERRE-LOUIS, M., TESSIER, G., THIBAudeau, S., (1992), «La négligence: un phénomène multidimensionnel», *PRISME*, 3(1):77-85.
- GELLES, R.J., (1992), «Poverty and violence toward children», *American Behavioral Scientist*, 35(3):258-274.
- COLIN, C., DESROSIER, H., (1989), *La périnatalité au Québec, Numéro 3, Naître égaux et en santé*, Québec, MSSS, p. 19.
- DESROSIER, H., COLIN, C., (1988), «Portrait démographique des grossesses en milieu défavorisé», *Cahiers québécois de démographie*, 17(1):93-101.
- NYSTROM PECK, A.M., (1992), «Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health - evidence from Swedish data», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:71-74.
- LUNDBERG, O., (1993), «The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood», *Social Science and Medicine*, 36(8):1047-1052.
- RYERSE, C., JOSEPH, C., (1990), *Thursday’s child - Child poverty in Canada: A Review of the Effects of Poverty on Children*, Ottawa, National Youth in Care Network, 130 p.
- LEVASSEUR, M., COLIN, C., BRASSARD, D., (1992), *Graphiques, Statistiques périnatales, Québec, 1990*, Montréal, DSC Maisonneuve-Rosemont, p. 19.
- ASSELIN, S., DALLAIRE, L., DUCHESNE, L., JEAN, S., LAROCHE, D., NOBERT, Y., (1992), *Statistiques sociales: portrait social du Québec*, Québec, Les publications du Québec, pp. 122-123.
- CHÉNARD, P., LÉVESQUE, M., (1992), «La démocratisation de l’éducation: succès et limites», dans DAIGLE, G., ROCHER, G.(éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, chapitre 14, p. 388.
- JOE, S., LACHAPELLE, J., (1993), *Rapport sur la qualité des fichiers de 1991 du Registre de la population*, Québec, Bureau de la Statistique du Québec, p. 27.
- MILLAR, W.J. et al., (1992), «Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974-1990», *Rapports sur la santé*, 4(3):229-231.

14 Proportion de la population inoccupée

Autre appellation : Taux d’inoccupation.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus inoccupée par rapport à la population totale de 15 ans et plus non institutionnelle.

- La population inoccupée est constituée des personnes *inactives* ou en *chômage*. Les *inactifs* regroupent les personnes qui ne cherchaient pas un travail et les personnes qui ne pouvaient travailler en raison d’une maladie chronique ou d’une incapacité [1]. Les individus étaient considérés *chômeurs* s’ils n’avaient pas d’emploi durant la semaine précédant le recensement, mais étaient à la recherche d’un emploi au cours des quatre semaines précédentes (incluant la semaine de référence), attendaient un rappel à la suite d’une mise à pied temporaire ou attendaient un emploi devant débiter dans les quatre prochaines semaines. De plus, ils devaient être disponibles pour travailler dans la semaine précédant le recensement [1].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur est utilisé comme une mesure de la vulnérabilité économique des personnes de 15 ans et plus dans la mesure où elles ne tirent aucun revenu d’emploi et de ce fait dépendent d’un tiers ou de l’État pour l’acquisition de biens de première nécessité. À l’échelle des communautés, il est utilisé comme une mesure du niveau de développement social et économique : plus cette proportion est élevée et plus le territoire est défavorisé [2,3].
- ♦ La réalité couverte par cette mesure est plus large que celle prise en compte par le taux de chômage puisque sont inclus au numérateur, en plus des chômeurs, les personnes inactives parmi lesquelles on retrouve principalement des étudiants, des personnes au foyer, des retraités, des travailleurs saisonniers en période de relâche et les personnes ne pouvant travailler pour des raisons de santé [1].
- ♦ Cette mesure est également étroitement associée aux variations démographiques : les communautés qui ont connu une perte importante de population sont aussi celles qui présentent le taux d’inoccupation le plus élevé [2,3].
- ♦ Il y a une relation entre le taux d’inoccupation à l’intérieur d’un territoire et certaines habitudes de vie et l’état de santé de sa population : les zones dont les taux d’inoccupation sont élevés présentent en général un profil plus défavorable pour de nombreux indicateurs sociosanitaires [4,5].

Mises en garde :

- ◇ Il faut être prudent lorsque l’indicateur est mis en relation avec des problèmes de santé spécifiques puisque les facteurs de risques sont parfois très variables d’un sous-groupe à l’autre au sein des personnes inoccupées [2].
- ◇ La variation temporelle de la mesure peut s’interpréter de différentes façons. Par exemple, si elle diminue, cela signifie soit que le nombre d’emplois s’accroît plus rapidement que la population en âge de les occuper ou encore que le nombre d’emplois diminue moins rapidement que la population en âge de les occuper [3].
- ◇ Cet indicateur se distingue du taux de chômage non seulement par son numérateur (qui inclut les personnes inactives) mais également par son dénominateur qui comprend la population de 15 ans et plus en ménages privés (au lieu de la population active de 15 ans et plus) [1].
- ◇ Ce taux peut également être construit sur une base mensuelle à partir des données fournies par l’Enquête sur la population active (EPA). Toutefois, les critères retenus pour établir ces statistiques ne sont pas les mêmes que ceux du recensement ce qui occasionne des différences dans les taux. Les données de l’EPA sont aussi présentées dans une version désaisonnalisée qui élimine les effets des mouvements saisonniers (emploi saisonnier, vacances) [6].

- ◇ On ne doit pas additionner les assistés sociaux aux inoccupés ou à toute autre catégorie liée à l’activité puisque les assistés sociaux peuvent se retrouver parmi les actifs ou les inactifs. La méthodologie utilisée par Statistique Canada ne permet pas toutefois d’identifier les assistés sociaux [7].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, Enquête sur la population active de Statistique Canada, mensuelle, ou autres sources.

Méthode de calcul :

$$\frac{\text{Population de 15 ans et plus inoccupée}}{\text{Population totale de 15 ans et plus non institutionnelle}} \times 100.$$

Indicateur associé :

- *Proportion de la population occupée (rapport emploi/population)* : Proportion de la population occupée par rapport à la population totale de 15 ans et plus non institutionnelle [1].

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [8]	1991 [9]
Québec	45,3	42,8
Canada	40,4	39,0

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 108-119, 126, 287-290 (Cat. 92-301F).
2. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, (1989), *Deux Québec dans un*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur et Gouvernement du Québec, pp. 52-55.
3. CÔTÉ, C., (1991), *Désintégration des régions : le sous-développement durable au Québec*, Chicoutimi, Les Éditions JCL Inc., pp. 21-42.
4. PAMPALON, R., RAYMOND, G., BEAUDRY, D., GAUTHIER, D., (1990) «Les variations géographiques de la santé au Québec : une analyse de l’enquête santé Québec par aires homogènes», *Les cahiers de géographie du Québec*, 34(92):137-160.
5. PAMPALON, R., RAYMOND, G., BEAUDRY, D., GAUTHIER, D. (1990), *La santé à la carte*, Québec, MSSS, 60 p. plus annexes.
6. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, p. 87 (Cat. 92-305F).
7. FORTIN, P. (1994), «La hausse et la persistance du chômage : aspects économiques» dans DUMONT, F., LANGLOIS, L., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 603-622.
8. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: partie 2. Recensement du Canada de 1986, Profils, vol. 1 de 2, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3 (Cat. 94-110).
9. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Québec: partie 2. Recensement du Canada de 1991, Profils, vol. 1 de 2, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 20 (Cat. 94-110).

15 Taux de chômage

Autres appellations : Proportion de la population active en chômage • Proportion de chômeurs.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus en chômage par rapport à la population active de 15 ans et plus [1,2].

- Les individus étaient considérés chômeurs s’ils n’avaient pas d’emploi durant la semaine précédant le recensement, mais étaient à la recherche d’un emploi au cours des quatre semaines précédentes (incluant la semaine de référence), attendaient un rappel à la suite d’une mise à pied temporaire, ou attendaient un emploi devant débiter dans les quatre prochaines semaines. De plus, ils devaient être disponibles pour travailler dans la semaine précédant le recensement [1,2].
- La population active est composée des *personnes occupées* et des *chômeurs*. Les *personnes occupées* sont celles ayant fait un travail rémunéré quelconque (d’une heure jusqu’à sept jours entiers) dans la semaine précédant le recensement ainsi que celles qui étaient absentes de leur travail à cause de vacances, de maladie ou de conflit de travail (grève ou lock-out) [1,2].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur mesure la proportion des personnes qui sont plus susceptibles de connaître des conditions de vie défavorables ainsi que des conditions de travail précaires [3,4].
- ♦ Les personnes qui ont perdu leur emploi ont une forte probabilité de connaître, dans les semaines qui suivent cet événement, différents symptômes liés à la dépression tels l’épuisement, l’insomnie, la perte d’appétit et l’anxiété [5]. On a aussi constaté des liens avec les différentes mesures de santé physique [6]. Les effets sur la mortalité générale sont également observés mais, comme pour l’impact sur l’état de santé physique général, ces manifestations seraient plutôt le résultat de l’environnement de travail et des conditions de vie antérieures à la perte d’un emploi [7].
- ♦ L’intensité des conséquences du chômage sur la santé physique et psychologique serait également fonction de la durée de l’exclusion du marché du travail et du réseau de soutien des individus. La perte d’un emploi se traduit aussi généralement par une diminution du revenu du ménage et d’une réduction des activités sociales [8,9].
- ♦ Le taux de chômage est plus élevé chez certains groupes, en particulier chez les jeunes, les femmes et les personnes faiblement scolarisées [10,11].

Mises en garde :

- ◇ Les chômeurs au sens de Statistique Canada sont des personnes qui ont offert leurs services sur le marché du travail et s’apparentent donc plus à des demandeurs d’emploi qu’à des personnes sans emploi [12].
- ◇ Ce taux sous-estime d’environ 1% à 2% le taux de chômage réel étant donné qu’il ne tient pas compte des personnes ayant abandonné la recherche active d’un emploi [10,11].
- ◇ Le nombre de chômeurs ne correspond pas au nombre de prestataires de l’assurance-chômage. De plus, on ne doit pas additionner les assistés sociaux aux chômeurs ou à toute autre catégorie liée à l’activité puisque les assistés sociaux peuvent se retrouver parmi les actifs ou les inactifs [10].
- ◇ L’interprétation de l’évolution du taux de chômage est rendue difficile par le fait qu’il peut être influencé simultanément par deux de ses composantes : le nombre de personnes qui travaillent (occupées) et le nombre de personnes qui cherchent du travail (chômeuses). Ainsi, le taux de chômage peut augmenter autant dans des contextes de diminution ou d’augmentation du nombre d’emplois. Dans ce dernier cas, c’est le nombre de personnes qui cherchent un emploi qui progresse plus rapidement que le nombre d’emplois créés [10].

- ◇ Ce taux est aussi fourni mensuellement par l’Enquête sur la population active de Statistique Canada. Toutefois, les critères retenus pour établir ces taux sont différents [1-2].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, Enquête sur la population active de Statistique Canada, mensuelle, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus en chômage / Population active de 15 ans et plus non institutionnelle x 100.

Indicateurs associés :

- *Proportion de la population occupée (Rapport emploi/population)* : Proportion de la population occupée (ayant un travail rémunéré) par rapport à la population totale de 15 ans et plus non institutionnelle [1].
- *Indice de gravité du chômage* : Diviser par 52 le produit du taux de chômage d’un territoire pour une période donnée par la durée moyenne du chômage (en semaines) sur ce territoire pendant la même période [11].

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [13]	1991 [14]
Québec	13,0	12,1
Canada	10,3	10,2

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 108-109,118-129 et 287-290 (Cat. 92-301F).
2. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 86-90 (Cat. 92-305F).
3. TREMBLAY, D.G., (1994), «Chômage, flexibilité et précarité d’emploi : aspects sociaux» dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 605-622.
4. ROUSSEAU, T., SAINT-PIERRE, C., (1992), «Formes actuelles et devenir de la classe ouvrière», dans DAIGLE, G., ROCHER, G. (éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, pp. 265-295.
5. EZZY, D., (1993), «Unemployment and mental health : A critical review», *Social Science and Medicine*, 37(1):41-52.
6. GRAYSON, J.P., (1993), «Health physical activity level, and employment status in Canada», *International Journal of Health Services*, 23(4):743-761.
7. BARTLEY, M., (1988), «Unemployment and health : Selection or causation, a false antithesis?», *Sociology of Health and Illness*, 10(1):41-67.
8. JONES, L, (1991), «The health consequences of economic recessions», *Journal of Health and Social Policy*, 3(2):1-14.
9. WILSON, S.H., WALKER, G.M., (1993), «Unemployment and health : A review», *Public Health*, 107(3):153-162.
10. FORTIN, P. (1994), «La hausse et la persistance du chômage : aspects économiques» dans DUMONT, F., LANGLOIS, L., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 603-622.
11. LANGLOIS, S., BAILLARGEON, J.P., CALDWELL, G., FRÉCHET, G., GAUTHIER, M., SIMARD, J.P., (1990), *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 158-168.
12. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Guide d’utilisation des données de l’enquête sur la population active*, Ottawa, Statistique Canada, p. 8 (Cat. 71-528).
13. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 2. Recensement Canada 1986, Profils, vol. 1 de 2, Divisions et subdivisions de recensement*, p. 3 (Cat. 94-110).
14. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Québec: Partie 2. Recensement Canada 1991, Profils, vol. 1 de 2, Divisions et subdivisions de recensement*, p. 20 (Cat. 94-110).

16 Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu

Autres appellations : Taux de pauvreté • Taux de faible revenu • Taux d'insuffisance du revenu • Proportion de pauvres • Taux SFR.

Définition :

Proportion de la population à faible revenu dans les ménages privés par rapport à la population totale dans les ménages privés [1].

- Cette définition est celle employée par Statistique Canada sous l'appellation *seuils de faible revenu ou taux SFR*. Sont considérés à faible revenu les ménages dont le revenu est inférieur à celui nécessaire à la satisfaction de certains besoins de base. La méthode fixe une série de seuils en tenant compte de la taille du ménage et de la région de résidence [1].
- Le *revenu* est le revenu total en argent avant impôt déclaré au recensement pour l'année civile précédant cette enquête. Les *besoins de base* sont établis à 20% de plus que les dépenses moyennes nécessaires au logement, à l'habillement et à l'alimentation à partir de l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada [1].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur sert à mesurer la population considérée pauvre [2]. Le revenu est, avec la scolarité et l'occupation, une des variables les plus souvent utilisées comme indicateur socio-économique dans les études analysant les liens entre le statut social et la santé [3,4].
- ♦ Les études utilisant une définition équivalente de la pauvreté économique montrent qu'il existe un gradient de santé où des différences séparent non seulement les groupes ayant le plus haut et le plus faible revenus, mais également entre tous les échelons de la hiérarchie des revenus [5-7].
- ♦ Les groupes les plus susceptibles d'être pauvres selon cette définition sont les jeunes, les personnes âgées vivant seules, les jeunes familles, les familles monoparentales, les femmes et les personnes handicapées [8-11]. La pauvreté économique tend aussi à se concentrer dans les centres urbains et les régions périphériques [12].

Mises en garde :

- ◇ Cet indicateur tient compte uniquement de la dimension économique du phénomène puisque la pauvreté est une réalité qui inclut également des aspects sociaux et culturel qui ne sont pas pris en compte par cette mesure [2].
- ◇ L'ajout de 20 points de pourcentage aux besoins de base ainsi que le système de pondération destiné à tenir compte des variations géographiques et de la taille du ménage ont un caractère plus ou moins arbitraire [13].
- ◇ Il ne faut pas confondre les taux SFR et ceux produits annuellement par Statistique Canada à partir de l'Enquête sur les finances des consommateurs. Les taux sont fondés sur la même méthode de calcul mais à partir d'un échantillon distinct. En conséquence, on note de légères différences entre les deux sources de données. Cette enquête produit également depuis 1991 des taux différents à partir d'un nouveau mode de calcul appelé *mesure de faible revenu* [14].
- ◇ Pour les comparaisons temporelles, il faut voir à ce que les taux SFR soient calculés en utilisant des estimations des dépenses moyennes courantes fondées sur la même année de base. Par exemple, les taux de faible revenu de 1990 sont basés sur les données concernant les dépenses courantes moyennes tirées de l'Enquête sur les dépenses des familles de 1986 indexées selon l'Indice des prix à la consommation et portant la mention base : 1986.
- ◇ D'autres organismes publient également des statistiques sur le sujet en employant des méthodes différentes. On note parfois d'importants écarts entre ces estimations même si elles s'inspirent presque toutes, à l'instar de celles de Statistique Canada, de définitions de la pauvreté économique ayant un

caractère relatif (un accès insuffisant à des biens et services de base reconnus comme nécessaires à un niveau de vie décent) plutôt qu'absolu (l'insuffisance de ressources ne garantit pas la satisfaction des besoins minimaux). Toutes ces mesures, incluant celles de Statistique Canada, ne prennent pas en considération le patrimoine accumulé ni les dettes [15].

Sources :

Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, enquêtes sur les finances des consommateurs Statistique Canada, annuels ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population dans les ménages à faible revenu / Population totale dans les ménages privés x 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 25 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 (base 78) [16]	1985 (base 86) [17]	1990 (base 86) [17]
Québec	20,5	22,2	19,0
Canada	17,0	18,3	15,8

Références :

1. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 145-146 (Cat. 92-301F).
2. LANGLOIS, S., (1987), «Les seuils de pauvreté», dans GAUTHIER, M. (éd), *Les nouveaux visages de la pauvreté*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 199-220.
3. FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature», *The Milbank Quaterly*, 71(2):279-322.
4. ADLER, N.E., BOYCE, T., CHESNEY, M.A., COHEN, S., FOLKMAN, S., KAHN, R.L., SYME, S.L., (1994), «Socioeconomic status and health - the challenge of the gradient», *American Psychologist*, 49(1):15-24.
5. WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A., (1989), «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, 1(2):137-174.
6. MANGA, P., (1993), «Les inégalités socio-économiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 285-297.
7. CHOINIERE, R., (1991), «Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-88 : études écologi-ques des liens avec les conditions économiques, sociales et culturelles», *Les cahiers québécois de géographie*, 20(1):117-146.
8. LANGLOIS, S., (1992), «Inégalités et pauvreté : la fin d'un rêve?», dans DAIGLE, G., ROCHER, G., *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 249-263.
9. CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA, (1992), *Les nouveaux visages de la pauvreté, La sécurité du revenu des familles canadiennes*, Ottawa, CEC, 74 p.
10. CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1992), *Profil de la pauvreté, 1980 à 1990*, Ottawa, CNBES, 82 p.
11. ZOULALI, S., (1991), *Analyse descriptive de l'évolution de la pauvreté au Québec et dans les autres régions canadiennes, 1973-1988*, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 45 p.
12. FERLAND, M., (1991), *Vivre sous le seuil de pauvreté au Québec, Profil de l'insuffisance du revenu par territoire de CLSC et par région socio-sanitaire*, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement, 25 p.
13. WOLFSON, M.C., EVANS, J.M., (1990), *Seuils de faible revenu de Statistique Canada. Problèmes et possibilités méthodologiques*, Ottawa, Statistique Canada, p 20 (Document de travail).
14. STATISTIQUE CANADA, (1990), «Résultats de la révision des seuils de faible revenu», dans *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1990*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 167-174 (Cat. 13-207).
15. ROSS, D.P., SHILLINGTON, R., (1990), *Données de base sur la pauvreté au Canada, 1989*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, pp. 1-25.
16. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: partie 2. Recensement du Canada 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique, p. 9 (Cat. 94-110).
17. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Recensement du Canada 1991, Certaines statistiques du revenu, Le pays*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 248 et 250 (Cat. 93-331).

17 Proportion d’assistés sociaux

Autres appellations : Taux de sécurité du revenu • Proportion de prestataires d’aide sociale • Taux d’assistance sociale • Taux de dépendance.

Définition :

Proportion de la population ayant bénéficié de l’aide de dernier recours, durant une période donnée, par rapport à la population totale âgée de moins de 65 ans pendant cette période [1].

- Les prestations d’aide de derniers recours sont une forme de soutien gouvernemental direct pour les personnes ayant peu de revenus, accordées à une famille ou une personne seule. Le montant de cette aide correspond au manque à gagner entre un seuil déterminé pour satisfaire les besoins essentiels et l’ensemble des avoirs du ménage. Les avoirs d’un ménage comprennent les biens immobiliers et personnels ainsi que les avoirs liquides (avec des modalités variables selon les provinces) [2].
- Le total des personnes bénéficiaires de cette aide comprend toutes celles qui sont à la charge de la personne requérante et qui occupent le même logement [1].

Interprétations :

- Cet indicateur mesure l’importance, sur un territoire donné, des personnes qui connaissent des conditions d’existence très défavorables puisque vivre de revenus de prestations d’aide de dernier recours équivaut à vivre en deça des seuils de faible revenu de Statistique Canada [3,4].
- Les personnes vivant avec des revenus insuffisants sont plus susceptibles que les personnes des autres catégories de revenu d’être en mauvaise santé, d’adopter plusieurs comportements ou habitudes défavorables pour la santé, de souffrir d’incapacité ou de mourir prématurément [5-9].
- Une proportion importante des adultes recevant de l’aide financière de dernier recours ont des problèmes majeurs de santé c’est-à-dire que leur état physique ou mental, est, de façon significative altéré ou déficient. Au Québec, environ un ménage sur cinq ayant bénéficié d’une aide de dernier recours comptait au moins un adulte considéré non employable pour des raisons de santé pour une durée minimale d’un an, dont près de la moitié souffrait de troubles mentaux [1].
- La majorité des bénéficiaires de l’assistance sociale sont des personnes sans emploi aptes au travail, des handicapés ou des familles monoparentales, les deux derniers groupes étant ceux qui sont les plus susceptibles d’être dépendants à long terme de l’aide sociale [2,3,10-12].

Mises en garde :

- Seuls les individus ou les familles qui reçoivent un soutien financier provenant des programmes du régime de sécurité du revenu dont les frais sont partagés entre les provinces et le fédéral dans le cadre du Régime d’assistance publique du Canada sont considérés comme bénéficiaires de l’aide de dernier recours. Au Québec, les programmes Soutien financier et APTÉ s’inscrivent dans cette catégorie. Un petit nombre d’adultes seuls hébergés font également partie de ce groupe [1].
- On ne doit pas additionner le nombre de bénéficiaires de l’aide de dernier recours pour un mois donné au nombre de chômeurs tel qu’estimé par Statistique Canada pour la même période puisque la statistique sur le chômage comprend un nombre indéterminé de bénéficiaires de l’aide de dernier recours qui sont à la recherche d’un emploi [12].
- Cet indicateur est aussi appelé taux de dépendance au Québec [1].
- La prise en compte au numérateur des personnes âgées de 65 ans et plus a peu d’influence sur les taux provinciaux ou canadiens puisqu’elles représentent environ 1 % de tous les bénéficiaires [13].

Sources :

- Numérateur : Fichier des bénéficiaires de la sécurité du revenu, Ministère de la Sécurité du revenu, mensuel, fichier du Régime d’assistance publique, Développement des ressources humaines Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Population ayant bénéficié de l’aide de dernier recours × 100.  
Population totale âgée de moins de 65 ans

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 6 ans, 6-17, 18-29, 30-44, 45-54, 55-64, total (moins de 65 ans).

Valeurs observées : au 31 mars (en pourcentage)

	1986	1991	1992
Québec [1]	11,8	9,8	11,0
Canada [14]*	8,4	9,7	11,3

Note : \* Ces données sont fournies à titre indicatif puisque les définitions varient d’une province à l’autre. De plus, ces taux ne correspondent pas à ceux publiés par Santé et Bien-être social Canada étant donné que cet organisme utilise la population totale comme dénominateur.

Références :

- DESLAURIERS, J., GAGNÉ, P., BEAULIEU, C., HARDY, M., LANCTÔT, P., (1993), *De l’aide sociale à la sécurité du revenu : rapport statistique 1991-92*, Québec, Ministère de la Main-d’œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 217 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1990), *Répertoire de programmes de sécurité du revenu au Canada*, Ottawa, SBESC, 276 p.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA, (1992), *Les nouveaux visages de la pauvreté, La sécurité du revenu des familles canadiennes*, Ottawa, CEC, pp. 35-47.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1993), *Revenus de bien-être social - 1992*, Ottawa, CNBES, p. 26.
- WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A., (1989), «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, 1(2):137-174.
- MANGA, P., (1993), «Les inégalités socio-économiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 285-297.
- CHOINIÈRE, R., (1991), «Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-88 : études écologiques des liens avec les conditions économiques, sociales et culturelles», *Les cahiers québécois de géographie*, 20(1):117-146.
- ROBERGE, R., BERTHELOT, J.-M., WOLFSON, M., (1993), *The Impact of Socioeconomic Status on Health Status in Ontario*, Ottawa, Statistique Canada, 11 p.
- ADLER, N.E., BOYCE, T., CHESNEY, M.A., COHEN, S., FOLKMAN, S., KAHN, R.L., SYME, S.L., (1994), «Socioeconomic status and health - the challenge of the gradient», *American Psychologist*, 49(1):15-24.
- GAUTHIER, J., (1993), «Les mères solitaires bénéficiaires du programme d’aide sociale : une figure type de la solitude contemporaine», *Revue internationale d’action communautaire*, 29(69):85-93.
- LANGLOIS, S., (1992), «Inégalités et pauvreté : la fin d’un rêve?», dans DAIGLE, G., ROCHER, G. (éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, pp. 249-263.
- FORTIN, P. (1994), «La hausse et la persistance du chômage : aspects économiques», dans DUMONT, F., LANGLOIS, L., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 603-622.
- BRASSARD, D., (1991), *L’assistance sociale: la pointe de l’iceberg*, Département de santé communautaire de l’Hôpital Sainte-Justine, p. 46.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *Données non publiées*, SBESC, Direction générale de l’information et de la politique sociale.



18 Proportion de fumeurs réguliers

Autre appellation : Proportion de fumeurs habituels.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus fumant régulièrement la cigarette par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés [1].  
— Les fumeurs réguliers correspondent aux personnes qui déclarent fumer au moins une cigarette par jour, à tous les jours [1].

Interprétations :

- ♦ La proportion de fumeurs réguliers est un indicateur à la fois de la fréquence et du volume minimal de consommation quotidienne de cigarettes, consommation qui constitue un des déterminants les plus importants pour l’ensemble de la morbidité et de la mortalité évitables [2].
- ♦ L’habitude de fumer présente un caractère très «addictif». C’est pourquoi la proportion de fumeurs occasionnels est faible par rapport à celle des fumeurs réguliers [1]. L’ampleur des dommages à la santé est proportionnelle au volume des gaz inhalés ainsi qu’à la durée de l’habitude [2-9].
- ♦ La consommation de cigarettes est associée à des risques accrus de mauvaise santé générale, à une auto-évaluation plus négative de sa santé et à des hospitalisations plus fréquentes. Les effets à long terme se traduisent par une surmortalité liée principalement aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers et aux troubles respiratoires [3-9].
- ♦ La proportion de fumeurs réguliers est plus élevée chez les hommes en général, les personnes séparées, divorcées et plus défavorisées, les femmes cols bleus ou cadres et celles qui déclarent un niveau plus élevé d’événements stressants et de détresse psychologique. À ces groupes directement exposés au tabagisme, on doit ajouter les personnes involontairement exposées, en particulier les enfants et les conjoints des fumeurs réguliers [1,10-14].

Mises en garde :

- ◇ L’indicateur «fumeurs réguliers» a une portée particulière par rapport à l’ensemble des habitudes tabagiques: il représente une minorité plus à risque, au sein de l’ensemble du total des fumeurs actuels. Par ailleurs, compte tenu de l’existence d’une forte relation dose-réponse, les fumeurs les plus à risque sont les gros fumeurs de 25 cigarettes et plus par jour qui ne représentent que 16% des fumeurs réguliers [15].
- ◇ Les estimations de prévalence de fumeurs réguliers peuvent être entachées de certains biais associés aux données déclarées par les répondants : questionnaires auto-administrés et désirabilité sociale pouvant amener les répondants à sous-déclarer leurs habitudes tabagiques [16].
- ◇ Parmi l’ensemble des effets du tabagisme sur la santé, ceux associés à la mortalité présument que seule la principale cause de décès importe; or, il existe une comorbidité dans la majorité des décès et de plus, le tabagisme lui-même va généralement de pair avec d’autres facteurs de risque et un mode de vie moins sain [17].
- ◇ Lorsqu’il est possible de déterminer que le tabagisme est la cause principale, cela se fait en l’absence d’information quant au degré exact d’exposition (âge de début, périodes de cessation, type d’inhalation) [17].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Fumeurs réguliers de 15 ans et plus / Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).  
Nombre de cigarettes par jour : 1-14, 15-24, 25 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 [18]	1987 [19]	1991 [20]
Québec	35,3	33,4	29
Canada	30,1	n.d.	26

Références :

1. ROY, L., BERNIER, S., (1988), «Consommation de tabac» dans MSSS (éd.). *Et la santé, ça va? Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 24-26.
2. MCGINNIS, J.M., (1987), «Tobacco and health: Trends in smoking and smokeless tobacco consumption in the United States», *Annual Review of Public Health*, 8:441-467.
3. RAVENHOLT, R.T., (1990), «Tobacco’s global death march», *Population and Development Review*, 16(2):213-240.
4. COLLISHAW, N.E., LEAHY, K., (1991), «Mortalité attribuable au tabagisme au Canada, 1989», *Maladies chroniques au Canada*, 12:50.
5. AMLER, R.W., DULL, B.H., (1987), *Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, p. 184.
6. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, (1979), *Smoking and Health: A report of the Surgeon General*, Washington, U.S. Departement of Health, Education and Welfare, pp. 8-12.
7. PETO, R., LOPEZ, A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH, C., (1992), «Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics», *The Lancet*, 339:1268-1278.
8. ROGERS, R.G., POWELL-GRINER, E., (1991), «Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States», *Social Science and Medicine*, 32(10):1151-1159.
9. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des Canadiens. Rapport de l’Enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, p. 46 (Cat. 82-538F).
10. HIRDES, J.P. et al., (1987), «Health effects of cigarette smoking: Data from the Ontario longitudinal study on aging», *Canadian Journal of Public Health*, 78(1):13-17.
11. MARCIL-GRATTON, N., HUOT, R.M., LÉGARE, J., (1992), *Habitudes tabagiques d’aujourd’hui et personnes âgées de demain*, Enquête Santé Québec 87, Québec, MSSS, p. 70. (Cahiers de recherche;10)
12. SANDLER, D.P., (1985), «Passive smoking in adulthood and cancer risk», *American Journal of Epidemiology*, 121(1):37-48.
13. HELSING, D.P., SANDLER, D.P., COMSTOCK, G.W., CHEE, E., (1988), «Heart disease mortality in nonsmokers living with smokers», *American Journal of Epidemiology*, 127(5):916.
14. UGNAT, A.M., MAO, Y., MILLER, A.B., WIGLE, D.T., (1990), «Effects of residential exposure to environmental tobacco smoke on Canadian children», *Canadian Journal of Public Health*, 81:345.
15. ELWOOD, J.M., (1988), *Causal Relationships in Medicine, a Practical System for Critical Appraisal*, New York, Oxford University Press, p. 20.
16. PEDERSON, L.L., (1993), «Le tabagisme», dans Santé et Bien-être social Canada, *Enquête Promotion Canada 1990, Rapport technique*, pp. 98-100,107 (Cat. H39-263/2-1990F).
17. NAM, C.B., HUMMER, R.A., ROGERS, R.G., (1993), *Underlying and Multiple Causes of Death Related to Smoking*, Montréal, XXII<sup>nd</sup> General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, pp. 1-25.
18. LAMARCHE, P., (1988), «L’usage du tabac», dans Santé et Bien-être social Canada, *Enquête Promotion Santé. Rapport technique*, p. 28 (Cat. H39-119/1988F).
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 2*, Québec, MSSS, pp. 12-15.
20. MILLAR, W.J., (1994), «L’usage du tabac», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L’état de santé des Canadiens, Rapport de l’enquête sociale générale de 1991*, série analytique, Ottawa, pp. 145-158 (Cat. 11-612F, no.8).

19 Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine

Autres appellations : Proportion de «gros» buveurs • Proportion de «grands» buveurs.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés.

— Une consommation d'alcool équivaut à 360 ml (12 onces) de bière, 42 ml (1,0 à 1,5 onces) de spiritueux ou 120 à 150 ml (4 à 5 onces) de vin [1].

Interprétations :

- ◆ Cet indicateur mesure la prévalence d'un niveau élevé de consommation d'alcool potentiellement lié à la présence de problèmes personnels, familiaux et de santé [1].
- ◆ Le caractère «à risque» d'une consommation élevée d'alcool est plus ou moins documenté selon le type de problème auquel on réfère: dans le cas de la cirrhose du foie, des seuils précis de consommation permettent d'en prédire l'apparition avec assez de certitude. Par ailleurs, dans le cas des problèmes généraux de santé, de la surmortalité, de la surmorbidity hospitalière, des incapacités, des traumatismes, des maladies de l'appareil circulatoire, des cancers ainsi que de multiples problèmes psychosociaux et économiques, on parle davantage de probabilités plus élevées [2-4].
- ◆ D'autres indices qui mesurent plus directement la présence de problèmes, associés à la consommation d'alcool, comme les indices CAGE et DSMIII, présentent des prévalences à peu près similaires à celle correspondant à la proportion de la population prenant 14 consommations et plus par semaine [5-7].
- ◆ Les groupes les plus susceptibles de comporter de «gros buveurs» sont : les hommes en général et plus spécifiquement ceux âgés de 25-44 ans, les jeunes femmes de 15-24 ans, les gens à revenu plus élevé, ceux qui travaillent, les cols bleus et ceux qui vivent un niveau élevé d'événements stressants [5,8].

Mises en garde :

- ◇ Comme la catégorie «14 et plus» présente plusieurs niveaux de consommation, les buveurs de cette dernière ne présentent pas nécessairement tous une consommation aussi dangereuse pour la santé et la vie sociale. Certains de ces buveurs sont plus à risque que d'autres; dans le cas de la bière par exemple, une minorité de buveurs consommerait plus des trois quarts des volumes totaux vendus. De plus, les seuils critiques associés à la consommation dite «excessive» varient selon les études [2,3,6].
- ◇ L'étiquette «grands buveurs» s'applique à la population de 15 ans et plus dans son ensemble, ce qui peut masquer le fait que certains sous-groupes particuliers peuvent être à risque avec un nombre de consommations hebdomadaires nettement inférieur à quatorze; c'est le cas entre autres des jeunes de 11 à 13 ans, des femmes enceintes, des travailleurs sur les lieux de travail et des conducteurs de véhicules [9-10].
- ◇ Outre le fait de prendre 14 consommations et plus par semaine, il existe d'autres indicateurs de consommation excessive d'alcool. Par exemple, le fait de s'enivrer sur une base occasionnelle en prenant en une même occasion cinq consommations et plus (*binge drinker*) constitue un autre indicateur de consommation excessive qui est positivement corrélé avec le présent indicateur. Ce comportement serait plus fréquent chez les jeunes hommes (15-24 ans) dont les deux tiers déclarent s'enivrer au moins une fois par année [6,9,11].
- ◇ Comme les buveurs excessifs sont plus difficiles à rejoindre par les enquêtes, leur proportion pourrait être sous-estimée et le profil global de consommation biaisé [3].
- ◇ Compte tenu du mode de cueillette de données ainsi que de la réprobation sociale perçue comme possible par les répondants, les déclarations liées à la consommation d'alcool font probablement l'objet

d'auto-censure et de sous-déclaration motivée par le désir de présenter une image de soi conforme à celle culturellement attendue [12-14].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité annuelle, enquêtes de Santé Canada, périodicité annuelle, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus prenant 14 consommations et plus par semaine × 100.  
Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).  
Nombre de consommations par semaine : 14-21, 22-27, 28 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1987 [8]	1990	1991 [16]
Québec	7,6	4 [15]*	7
Canada	n.d.	6 [5]**	6

Notes : \* 20 consommations et plus, 18 ans et plus. \*\* 15 consommations et plus.

Références :

1. PAQUIN, A., (1986), *Alcoolisme, revue de littérature et éléments de problématique*, Montréal, Hôpital Saint-Luc, Département de santé communautaire, p. 39, 94, 109, 145, 187-190.
2. ROY, L., (1985), *Le point sur les habitudes de vie : l'alcool*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, pp.16-27, 58-60.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, MSSS, p. 59.
4. AMLER, R.W., DULL, B.H., (1987), *Closing the Gap. The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, pp. 10-11.
5. ADLAF, E.M., (1993), «L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la santé, Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 112-113,120.
6. ELIANY, M., WATLEY, S., ADLAF, E.M., (1992), *La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes canadiens*. Rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1989, Ottawa, SBESC, p. x. (Cat H39-231/1991F).
7. WONG, T., TIERNEY, P., (1991), «Hospitalisations et décès dus à l'abus d'alcool 1979-1988», *Maladies chroniques au Canada*, 12:30-36.
8. ROY, L., (1988), «Consommation d'alcool», dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 16-20.
9. SIEGEL, P.Z., BRACKBILL, R.M., FRAZIER, E.L., MARIOLIS, P., SANDERSON, L.M., WALLER, M.N., (1991), «Behavioral risk factor surveillance, 1986-1990», *MMWR*, 40(SS-4):4.
10. DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE LANAUDIÈRE, (1992), «Objectif 10 : réduire de 15 % la consommation d'alcool per capita d'ici l'an 2000», Joliette, OSC de Lanaudière, p. 14.
11. REYNOLDS, D.L., CHAMBERS, L.W., DEVILLAER, M.R., (1992), «Measuring alcohol abuse in the community: Consumption, binge-drinking, and alcohol-related consequences («Alcoholism»)», *Canadian Journal of Public Health*, 83(6):443-446.
12. EMBREE, B.G., WHITEHEAD, P.C., (1993), «Validity and reliability of self-reported drinking behavior : Dealing with the problem of response bias», *Journal of Studies, on Alcohol*, 54(3):334.
13. CHEVALIER, S., COURTEMANCHE, R., JETTÉ, M., (1992), «La méthodologie», dans SANTÉ QUÉBEC, *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes québécois âgés entre 15 et 29 ans*, Montréal, Santé Québec, p. 10.
14. SEPPÄ, K., SILLANAUKEE, P., KOIVULA, T., (1990), «The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers», *British Journal of Addiction*, (85):1639-1645.
15. SANTÉ QUÉBEC, (1991), *Faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire*, Montréal, Santé Québec, p. 63.
16. MILLAR, W.J., (1994), «Consommation d'alcool», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L'état de santé des Canadiens, Rapport de l'enquête sociale générale de 1991, série analytique*, Ottawa, pp. 129-144 (Cat. 11-612F, no.8).

20 Proportion de la population n’ayant jamais consommé de drogues illicites.

Autre appellation : Proportion d’abstinents.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus n’ayant jamais consommé de drogues illicites au cours de la vie par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés [1,2].

- Les drogues généralement concernées sont : le cannabis ou haschich, la cocaïne, le crack, les amphétamines ou stimulants, les psychédéliques, les barbituriques, les tranquillisants et les opiacés (héroïne, opium, etc.) [1,2].

Interprétations :

- Cet indicateur mesure l’ampleur de l’abstinence par rapport aux drogues illicites. L’abstinence permet d’éviter toute une série de problèmes physiques (traumatisme, sida, morbidité, etc.), et psychosociaux (dégradation de la qualité de vie, pauvreté, criminalité, abus et négligence, etc.) ainsi que de surconsommation de services gouvernementaux [3].
- L’ampleur des relations entre niveaux d’exposition (concentration et durée) aux drogues illicites et problèmes de santé ou psychosociaux varie selon le type de drogues et les modes d’ingestion [4,5].
- Dans le cas de la marijuana, les résultats des études sont variés et parfois contradictoires. Pour la majorité des usagers, une consommation faible ou modérée ne se traduit que par de légers problèmes de santé (mémoire, coordination, modification de l’humeur, etc.). Par ailleurs, les risques de mortalité sont liés au goudron inhalé et aux carcinogènes comme le benzopyrène [4,5].
- Dans le cas des opiacés (héroïne), des barbituriques, des sédatifs et des stimulants (cocaïne), une faible consommation peut amener rapidement à un niveau de dépendance élevé ainsi que des problèmes de santé beaucoup plus importants : troubles du système nerveux central, de l’appareil digestif et de la malnutrition. Les consommateurs qui utilisent des seringues sont à haut risque de transmission pour le VIH et l’hépatite b. Les issues négatives de grossesse sont nettement plus répandues chez les consommatrices de cocaïne [4-6].
- La consommation de drogue peut également entraîner une série de problèmes personnels (suicide, etc.), familiaux ou sociaux importants (criminalité, accident d’automobile et de travail) [3,4,6,7].
- On remarque qu’une partie importante des personnes qui ont déjà consommé de la drogue avaient cessé de le faire par la suite. Les consommateurs de marijuana et de haschich sont les plus nombreux à avoir cessé de faire usage de la drogue. La dépendance apparaît toutefois plus grande pour les gros consommateurs de haschich et d’autres drogues [5,8].
- Les groupes les plus à risque d’avoir déjà consommé des drogues illicites sont : les hommes, les plus jeunes (15-44 ans), les étudiants, les sans-emploi, les célibataires et les cols bleus [1,2,5,9].

Mises en garde :

- Les taux de prévalence obtenus par des sondages permettent d’établir des profils descriptifs et comparatifs de consommation que plusieurs considèrent « valables » et ceci malgré le fait que des biais de sous-estimation existent, causés à la fois par une tendance à ne pas déclarer des comportements jugés négatifs ou carrément illégaux et par la difficulté de rejoindre certains groupes plus à risque (itinérants ou autres) [10-13].
- Certaines études ont par ailleurs démontré des biais importants dans les estimations de prévalence obtenues à partir des données déclarées dans le cas particulier des drogues dont l’usage est moins répandu (autres que le cannabis) [14].

- Les enquêtes de santé nous informent sur la fréquence de consommation mais non sur la quantité et la qualité des produits. Ces deux aspects ont une grande importance quant au niveau et du type d’effets potentiels sur la santé [6,9].
- Certains produits non illicites peuvent être consommés (colle, vapeur d’essence, etc.) et constituer des risques à la santé.

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus n’ayant jamais consommé de drogues × 100.  
Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1987 [1]	1990 [2]
Québec	80,0*	82
Canada	n.d.	80

Note : \* Population n’ayant jamais consommé ou ayant consommé moins de six fois à vie.

Références :

- GRATTON, J., (1988), « Consommation de drogues », dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 21-23.
- ADLAF, E., (1993), « L’usage de l’alcool des médicaments et des autres drogues », dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 114-115, 130-131, 349.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, p. 60.
- AMLER, R.W., DULL, B.H., (éds), (1987), *Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, pp. 89-96.
- ELIANY, M., (1989), *Les drogues licites et illicites au Canada*, Ottawa, SBESC, p. VI, 9-31.
- HANDLER, A., KISTIN, N., DAVIS, F., FERRÉ, C., (1991), « Cocaine use during pregnancy: Perinatal outcomes », *American Journal of Epidemiology*, 133(8):818-825.
- GENDARMERIE ROYALE DU CANADA, (1988), « Les drogues en milieu de travail », Ottawa, GRC, p. 8.
- ELIANY, M., (1991), « La consommation d’alcool et de drogues », *Tendances sociales canadiennes*, 20:19-26.
- CHEVALIER, S. et al., (1992), *Consommation d’alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, 1991, Montréal, Santé Québec, pp. 20-46, 63-69.
- ROUSE, B.A., KOZEL, N.J., RICHARDS, L.G., (1985), *Self-Report Methods of Estimating Drug Use*, Washington, National Institute of Drug Abuse.
- WESTERMEYER, J., (1990), « Methodological issues in the epidemiological study of alcohol-drug problems: Sources of confusion and misunderstanding », *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 16:47-55.
- AQUILINO, W.S., LA SCINTO, A.L., (1990), « Effects of interview mode on self-reported drug use », *Public Opinion Quarterly*, (54): 362-395.
- BROWN, J., KRANZLER, H.R., DEL BOCA, F.K., (1992), « Self-reports by alcohol and drug abuse inpatients: Factors affecting reliability and validity », *British Journal of Addiction*, (87):1013-1024.
- SKOJ, O.J., (1992), « The validity of self-reported drug use », *British Journal of Addiction*, (87):539-548.



21 Proportion de la population obèse

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus présentant un indice de masse corporelle égal ou plus élevé que 30,0, par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés [1].

- L'indice de masse corporelle (IMC) est défini à partir de l'indice Quételet basé sur le rapport entre le poids et le carré de la taille d'une personne. Cet indice permet de calculer l'excès (embonpoint à partir de 27 et obésité à partir de 30) et le déficit (maigreur) [1].

Interprétations :

- ♦ La proportion de personnes obèses est un indicateur de la prévalence des problèmes de surplus de poids correspondant au niveau le plus élevé de l'indice de masse corporelle qui présentent potentiellement des risques pour la santé [2-4].
- ♦ L'IMC est une mesure plus adéquate que les tables de poids et de taille utilisées dans le passé, tant au niveau de la validité, de la fiabilité que de la précision. L'IMC élevé est une mesure de poids utilisée comme facteur de risque pour la morbidité et la mortalité [2].
- ♦ Bien que les constatations relativement à l'obésité comme facteur de risque indépendant et important de maladies de l'appareil circulatoire ne sont pas uniformes dans la littérature, on reconnaît que l'obésité agit indirectement en favorisant l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète, eux-mêmes facteurs de risque. Les effets du poids corporel sur le risque cardiovasculaire varient d'une population à l'autre en fonction des autres facteurs de risque. En général, le risque s'accroît proportionnellement au degré d'excès de poids mais est moins important que les autres facteurs de risque [5-6].
- ♦ Le risque relatif serait plus grand chez les hommes, compte tenu du fait qu'il est davantage associé à une obésité abdominale plutôt qu'à celle localisée dans la région des hanches [5].
- ♦ Un IMC élevé est associé à une plus grande prévalence de l'hypertension diastolique (hommes) et systolique (femmes), du diabète, de l'hypercholestérolémie et même de certains cancers (cancer du sein chez les femmes postménopausées et de l'estomac chez l'homme). On doit tenir compte également de la durée de l'obésité, de l'âge, du sexe et de la masse adipeuse [2].
- ♦ Les groupes les plus à risque pour ce qui est de l'obésité sont les personnes plus âgées, les plus pauvres, les veufs(ves), les personnes mariées et les célibataires [7,8].

Mises en garde :

- ◇ Le score retenu sur l'indice de masse corporelle, servant à départager les personnes obèses des autres, peut varier selon les auteurs et différer selon les sous-groupes de la population (âge, sexe, etc.) [3,9,10].
- ◇ L'indice ne reflète pas nécessairement un excès de graisse; un individu très musclé présentant un IMC élevé ne court probablement pas plus de risque de morbidité qu'un autre individu ayant un indice inférieur [2].
- ◇ Les taux estimés dans les enquêtes sont basés sur des mesures de taille et de poids déclarées par les personnes elles-mêmes. Comme les gens ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, l'indice donne probablement une valeur plus faible que la réalité; l'ampleur de cette sous-estimation ne devrait pas différer entre les sexes [2]. Des études permettent d'estimer que la prévalence de l'obésité serait environ une fois et demie plus élevée si les calculs étaient basés sur des données observées plutôt que déclarées. Le poids exact peut aussi différer du poids déclaré par simple manque d'information (absence de pesée récente, balance à la maison mal calibrée, biais de mémoire, etc.) [8].

- ◇ L'indice de masse corporelle peut être plus ou moins approprié pour les adolescents qui sont en période de croissance, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les femmes enceintes [2].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population obèse de 15 ans et plus / Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1987 [7]	1990	1991 [11]*
Québec	8,7 (15 ans et plus)**	15*** (18 ans et plus) [1]	22
Canada	n.d.	22 (20 ans et plus) [8] (IMC > 27)	23

- Notes : \* IMC > 27 (mesure obtenue auprès des 20-64 ans seulement).  
\*\* Obésité = IMC ≥ 30 (hommes) et ≥ 28,6 (femmes), les femmes enceintes étant exclues des calculs [9].  
\*\*\* Lors de cette enquête, la mesure fut établie par un professionnel de la santé [1].

Références :

1. SANTÉ QUÉBEC, (1991), *Faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire 1990*, Québec, MSSS, p. 17, 64.
2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1988), *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Ottawa, SBESC, pp. 21,26-28,46,71.
3. REEDER, B.A., ANGEL, A., LEDOUX, M., RABKIN, S.W., YOUNG, T.K., SWEET, L.E., (1992), «Obesity and its relation to cardiovascular disease risk factors in Canadian adults», *Canadian Medical Association Journal*, 146 (11): 2009-2019.
4. DESPRÉS, J.P., (1992), «Évaluation de l'obésité: au-delà de l'IMC», *Le Point Inn*, 7(2 supplément):1-4.
5. SEMENCIW et al., (1989), «Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: Results from the Nutrition Canada survey cohort», *International Journal of Epidemiology*, 18(2):321.
6. GROUPE DE TRAVAIL FORUM SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, (1988), *Répertoire. La santé cardiovasculaire au Québec. Épidémiologie et interventions*, Québec, DSC St-Sacrement, avec la collaboration de Merck Frosst Canada Inc., pp. 25-27.
7. GAGNON, G., (1988), «Indice pondéral et désir de maigrir», dans MSSS (éd). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 36-38.
8. CRAIG, C.L., (1993), «L'alimentation», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 134-135,145.
9. GUYON, L., LEVASSEUR, M., (1987), *Les variables: catégorisation, indicateurs et indices de Santé Québec*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 33-34. (Cahier technique;87-08)
10. REEDER, B.A., LAUZON, R., MAO, Y., NAIR, C., PETRASOVITS, A., (1991), *Cardiovascular Disease in Canada*, Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, p. 31.
11. MILLAR, W.J., (1994), «Poids et taille», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L'état de santé des Canadiens. Rapport de l'enquête sociale générale de 1991*, série analytique, Ottawa, pp.79-91, (Cat. 11-612F, no.8).

22 Proportion des occupants de véhicules automobiles utilisant un dispositif de retenue

Autre appellation : Proportion des occupants utilisant la ceinture de sécurité.

Définition :

Proportion des occupants de véhicules automobiles portant un dispositif de retenue par rapport au total des occupants de véhicules automobiles.

— Les dispositifs de retenue comprennent les ceintures de sécurité et les sièges d’auto pour enfants [1].

Interprétations :

- ♦ La proportion des occupants de véhicules automobiles utilisant un dispositif de retenue constitue un indicateur de la prévalence d’un des principaux comportements préventifs en matière de traumatismes liés aux véhicules à moteur. Ces derniers correspondent à la première cause de mortalité et à la deuxième cause d’hospitalisation pour traumatismes [2,3].
- ♦ Lors d’une collision, les occupants continuent d’avancer à la même vitesse que celle du véhicule juste avant la collision. La ceinture de sécurité vise précisément à retenir les occupants en place et ainsi permet théoriquement d’éviter qu’ils ne soient arrêtés dans leur mouvement soit par les parois intérieures du véhicule soit par un obstacle extérieur à ce dernier suite à une éjection [2].
- ♦ Il a été établi que la ceinture constitue la mesure la plus efficace et la moins onéreuse pour réduire le nombre de victimes d’accidents de la route [2,4].
- ♦ Les effets bénéfiques de la ceinture, estimés en fonctions de la réduction du risque, sont plus grands dans le cas des blessures plus graves que dans celui des décès ainsi que pour les occupants avant par rapport aux passagers arrière [2,4].
- ♦ L’existence d’une corrélation géographique positive rapportée dans la littérature entre l’augmentation du taux de port de la ceinture et le pourcentage effectif de réduction des décès constitue une confirmation supplémentaire de réduction de risque consécutive au port de la ceinture [2].
- ♦ Les groupes qui risquent les plus de ne pas porter la ceinture de sécurité sont les 25-34 ans, les personnes ayant des revenus inférieurs, les moins scolarisés, les hommes en général, les plus grands buveurs et les passagers arrière, ceux qui ne sont pas mariés et qui n’ont pas d’enfant [1,5-7].

Mises en garde :

- ◇ Les données relatives à l’utilisation d’un dispositif de retenue obtenues à partir d’observations sur le terrain sont un moyen plus fiable d’établir une estimation de taux que les enquêtes auprès de répondants adultes soit dans le cadre d’une enquête sanitaire ou suite à un accident. Dans les enquêtes on n’obtient pas d’estimations pour les jeunes de moins de quinze ans et, par ailleurs, on calcule que les utilisations déclarées surestiment l’utilisation réelle. En contrepartie, les études d’observations sont très limitées du point de vue analytique. Seules les enquêtes permettent de dresser un profil comparatif plus complet des utilisateurs [2,8,9].
- ◇ Les observations ne sont généralement pas menées en milieu rural où pourtant les taux de mortalité ou de blessures graves par accident de la route sont plus élevés. De plus, les observations n’ont jamais lieu le soir ou la nuit ni les fins de semaine, périodes où les accidents sont les plus fréquents et les plus graves [1-3].
- ◇ L’utilisation correcte des dispositifs, surtout en ce qui concerne les jeunes enfants, laisse souvent à désirer. Il est donc important de corriger le taux brut d’utilisation pour obtenir un taux d’utilisation correct [1,10].
- ◇ Les estimations de réduction du risque de blessures ou de décès présupposent un taux de port de 100%, ce qui n’est pas le cas surtout pour les passagers arrière [2].

- ◇ Les estimations de réduction du risque associées au port de la ceinture doivent être corrigées à la hausse ou à la baisse en fonction d’autres facteurs comme la présence ou l’absence d’un coussin gonflable, la direction et le degré de l’impact, le poids relatif des véhicules ainsi que l’âge et le sexe des occupants [2].
- ◇ Le port de la ceinture a par ailleurs présenté certains effets secondaires indésirables comme des risques relatifs plus élevés de blessures au cou et au visage [11,12].

Sources :

Enquêtes de la SAAQ, annuelles, enquêtes de Transport Canada, annuelles, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population utilisant un dispositif de retenue × 100.

Total des occupants de véhicules\*

Catégories suggérées :

Type d’occupants : Conducteur, passager avant, passager arrière, total.

Âge : Moins de 6 ans, 6-15, 16 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1987	1991
Québec [1]**	69,2	90,8
Canada [13]***	74,0	86,0

Notes : \* Selon la source, ce nombre inclut soit tous les occupants, soit les conducteurs et passagers avant ou soit les conducteurs seulement.  
\*\* Conducteur et passager avant.  
\*\*\* Conducteur seulement.

Références :

1. SOCIÉTÉ DE L’ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1991), *Évolution du taux d’utilisation des dispositifs de retenue dans les véhicules routiers au Québec*, Québec, SAAQ, pp. 3, 26, 31, 63.
2. EVANS, L., (1991), *Traffic Safety and the Driver*, New York, Nostrand Reinhold, pp. 20, 63, 90, 220-259.
3. CHOINIERE, R., ROBITAILLE, Y., DORVAL, D., SAUVAGEAU, Y., (1993), *Profil des traumatismes au Québec : disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, Québec, MSSS, p. 36,53,84,92.
4. LABERGE-NADEAU, C., MAAG, U., BOURBEAU, R., DESJARDINS, D., (1988), *La ceinture de sécurité : efficacité, analyse des lésions corporelles et comparaison de modèles de ceintures*, Université de Montréal, Centre de recherche sur les transports, p. 36, 77. (Publication;599).
5. SERGERIE, D., ROY, L., (1988), *«Comportements reliés aux véhicules moteurs», dans MSSS (éd.) Et la santé, ça va? Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 50-54.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 2*, Québec, MSSS, pp. 37-39.
7. SHINAR, D., (1993), «Demographic and socioeconomic correlates of safety belt use», *Accident Analysis and Prevention*, 25(6):745-755.
8. STREFF, F.M., WAGENAAR, A.C., (1989), «Are there really shortcuts? Estimating seat belt use with self-report measures», *Accident Analysis and Prevention*, 21(6):509-516.
9. BABBIE, E., (1983), *The Practice of Social Research*, 3e édition, Belmont, Wadsworth Publishing Company, pp. 135-137.
10. SICARD, C., BIGGROVE, B., BRACHMAN, J., LEGAULT, F., (1993), *Strategy for Increasing Child Protection*, Final report of the CCMTA Task Force on Child Protection, p. 1-5.
11. MAAG, U., DESJARDINS, D., BOURBEAU, R., LABERGE-NADEAU, C., (1993), «Neck injuries among belted and unbelted occupants of the front seat of cars», *Journal of Trauma*, 35(5):794-799.
12. GALLUP, B.M., NEWMAN, J.A., (1991), «The assessment of facial injury to fully restrained drivers through full-scale car crash testing», *Journal of Trauma*, 27(7):711.
13. TRANSPORT CANADA, (1993), *Pourcentage de conducteurs portant la ceinture-baudrier dans les voitures qui en sont équipées*, Sécurité routière, feuillet TP2436.

23 Proportion de naissances de faible poids

Autres appellations : Proportion de nouveau-nés de faible poids • Proportion de petits poids • Proportion de poids insuffisant • Insuffisance pondérale • Proportion de poids inférieur à 2500 grammes.

Définition :

Proportion de naissances vivantes de poids inférieur à 2500 grammes par rapport au total des naissances vivantes.

- Les nouveau-nés pesant moins de 2500 grammes à la naissance sont considérés de faible poids et ceux pesant moins de 1500 grammes de très faible poids [1-4]
- Selon la définition de l’OMS, une naissance vivante correspond à tout produit de la conception, expulsé ou extrait complètement du corps de la mère, peu importe la durée de la gestation, qui respire ou montre des signes vitaux tels que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou tout mouvement d’un muscle volontaire [3].

Interprétations :

- ◆ Le poids à la naissance est un indicateur important de l’état de santé de la population. L’OMS considère que la proportion de naissances de 2500 grammes ou plus est un indicateur global essentiel au suivi des progrès accomplis vers l’atteinte d’un meilleur état de santé [5,6].
- ◆ Le faible poids à la naissance représente le principal déterminant de la mortalité et de la morbidité périnatales et infantiles [1,2,5].
- ◆ L’insuffisance de poids à la naissance et la prématurité ont des conséquences à long terme sur la santé, la qualité de la vie, la survie de l’enfant et l’utilisation des services de santé [6-10].
- ◆ Les facteurs associés aux naissances de faible poids sont le tabagisme, une alimentation déficiente pendant la grossesse, la maigreur avant la grossesse, la pauvreté, la faible scolarité, un gain de poids ou un apport calorique insuffisant pendant la grossesse, le très jeune âge ou l’âge élevé de la mère [7,8,11-14].

Mises en garde :

- ◇ Le poids à la naissance est associé à la prématurité. La durée de gestation est mesurée à partir du début de la dernière période de menstruation normale. Les naissances vivantes survenant avant la 37e semaine de gestation sont considérées prématurées [4,5].
- ◇ Le poids à la naissance est aussi associé à la gémellité. Certaines études spécifiques éliminent les naissances multiples des calculs [15].
- ◇ Des différences géographiques ou temporelles peuvent s’expliquer en partie par des distributions différentes des naissances selon certaines caractéristiques: durée de gestation, âge de la mère, niveau socio-économique, etc. [5].
- ◇ Selon les recommandations de l’OMS, pour les comparaisons régionales et nationales ainsi que pour les travaux réguliers, les naissances de moins de 500 grammes devraient être exclues des calculs [4].

Sources :

Fichier des naissances, BSQ, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de naissances vivantes de poids inférieur à 2500 grammes x 100.  
Total des naissances vivantes

Catégories suggérées :

Durée de gestation : Moins de 37 semaines, 37 et plus, total.  
Âge de la mère : Moins de 18 ans, 18-19, 20-34, 35 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986 [16]	1990 [17]	1991 [18]
Québec	6,5	5,9	5,8
Canada	5,6	5,5*	5,5*

Note : \* Ne comprend pas Terre-Neuve.

Références :

1. LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEAULAC-BAILLARGEON, L., GOULET, L., (1989), La périnatalité au Québec. Numéro 4. *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, MSSS, p. 29.
2. Mc CORMICK, M., (1985), «The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity», *The New England Journal of Medicine*, 312(2):82-90.
3. LAST, J.M., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e Édition, New York, Oxford University Press, p. 17, 53, 75.
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1990), «Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité foetale, périnatale, néonatale et infantile», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43:220-227.
5. LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., (1990), *Prévention de l’insuffisance de poids à la naissance, Problématique et plan d’action*, Présenté au Comité Famille-Enfance, Division Santé communautaire de l’Association des hôpitaux du Québec, pp. 3-7.
6. MILLAR, W.J., STRACHAN, J., WADHERA, S., (1991), «Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance: tendances, Canada, 1971 à 1989», *Rapports sur la santé*, 3(4):311-325.
7. PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations, Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 217-222 (Cat. 82-543F).
8. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (1993), *Healthy People 2000 Review 1992*, Maryland, National Center for Health Statistics, Center for Disease Control and Prevention, Public Health Service, p. 375. (DHHS Pub. No. (PH5)93-1232-1).
9. MOUTOUIN, J.M., DORAY, B., MARCOUX, S., PAPAGEORGIOU, A., PARÉ, C., MÉNARD, C., (1992), *Rapport 1989-1990, Comité d’enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales*, Montréal, Corporation professionnelle des médecins du Québec, pp. 11-17.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, pp. 18-21.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, pp. 66-68.
12. MONTREUIL, S., BLANCHARD, P., (1991), *Périnatalité: objectifs pour l’an 2000*, Québec, MSSS, p. 5.
13. KRAMER, M.S., (1987), «Determinants of low birth weight: Methodological assessment and Meta-Analysis», *Bulletin of the World Health Organization*, 65(5):663-737.
14. WILKINS, R., SHERMAN, G., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorable et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapports sur la santé*, 3(1)7-31.
15. MILLAR, W.J., WALDHERA, S., MIMROD, C., (1992), «Naissances multiples: tendances et comportements au Canada 1974-1990», *Rapports sur la santé*, 4(3):233-235.
16. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Naissances et décès 1986*, La statistique de l’état civil, vol. 1, Ottawa, Statistique Canada, pp. 30-31.
17. STATISTIQUE CANADA, (1992), «Naissances 1990», *Rapports sur la santé*, 4(1 supplément 14):14-15.
18. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Naissances 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 14-15 (Cat.84-204).

24 Taux de grossesse à l'adolescence

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de grossesses d'adolescentes de 15 à 19 ans, à la population totale d'adolescentes de 15 à 19 ans au milieu de la période.

— Le nombre de grossesses à l'adolescence regroupe l'ensemble des événements suivants ayant fait l'objet d'une déclaration : les naissances vivantes déclarées, les mortinaissances survenant après au moins 20 semaines de gestation, les interruptions volontaires de grossesses pratiquées en clinique ou à l'hôpital, les cas d'avortement spontané et les avortements dont la cause n'est pas précisée [1].

Interprétations :

- ♦ Le taux de grossesse à l'adolescence nous informe sur le nombre d'adolescentes susceptibles de connaître des conditions de vie difficiles [2].
- ♦ De plus, il informe de façon indirecte sur les grossesses involontaires ou non planifiées chez les adolescentes et aussi sur la capacité d'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes [2-9].
- ♦ La probabilité d'une grossesse involontaire est plus élevée chez les adolescentes les plus jeunes [3].
- ♦ Les conséquences de la grossesse varient en fonction du choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. La poursuite de la grossesse expose la mère et l'enfant à un certains nombre de risques physiques (prématurité, insuffisance de poids, maladies psychosomatiques, etc.), psychologiques (retard de langage, sous-stimulation, troubles du comportement, stress, etc.) et sociaux (sous-scolarisation, isolement, pauvreté, etc.) [3-9]. Dans le cas d'une interruption, les conséquences sont moindres et se rencontreraient surtout dans le cas des avortements tardifs sous la forme de réactions d'ordre émotif et de possibles complications médicales [3,4,9].
- ♦ Les taux canadiens et québécois de grossesses à l'adolescence sont inférieurs aux taux européens et américains [2,3,6].
- ♦ Au Canada, en 1989, un peu moins de 40% des grossesses à l'adolescence se sont terminées par un avortement volontaire [2].
- ♦ Le nombre de grossesses à l'adolescence et l'issue de ces grossesses peuvent être influencés par différents facteurs, dont l'état matrimonial, l'âge, la situation d'emploi, le niveau socio-économique, les croyances religieuses, les comportement et les pratiques sexuelles, la connaissance des moyens contraceptifs et leur utilisation, la disponibilité et l'accessibilité des services de planification familiale et des services sanitaires connexes [2,9-11].

Mises en garde :

- ◇ Les fausses couches qui ne nécessitent pas d'intervention médicale, ainsi que les avortements pratiqués à l'étranger, échappent au calcul [1,2]. De plus, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées au Québec en CLSC, qui représentent environ 10% du nombre total d'IVG fait dans cette province, ne sont pas incluses dans les taux [1].
- ◇ Dans les autres provinces, les interruptions volontaires de grossesses pratiquées en clinique sont exclues des données [2].
- ◇ L'âge à la grossesse est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse et non au moment de la conception [1-3].
- ◇ Cet indicateur est moins approprié pour mesurer les grossesses involontaires chez certains groupes ethniques ou culturels, notamment chez ceux où les unions sont fréquentes avant l'âge de vingt ans [12,13].
- ◇ Les nombres et les taux d'interruptions volontaires de grossesse peuvent traduire, dans une certaine mesure, la disponibilité et l'accessibilité de services d'avortement [2].
- ◇ Les grossesses des adolescentes de moins de 15 ans sont exclues du calcul.

Sources :

- Numérateur : Fichier des naissances, BSQ, annuel, et Statistique Canada, annuel, fichier des mortinaissances, BSQ, annuel, et Statistique Canada, annuel, données sur les avortements, RAMQ ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre de naissances vivantes, de mortinaissances et d'avortements, pour les adolescentes de 15 à 19 ans x 1000.  
Total des adolescentes de 15 à 19 ans

Catégories suggérées :

Âge : 15-17 ans, 18-19 ans, total (15 à 19 ans).  
Issue de la grossesse : Naissance (incluant la mortinaissance), interruption volontaire de grossesse, autres avortements, total.

Valeurs observées : (taux pour 1000)

	1986	1989	1990	1991
Québec*	29,3	34,6	38,5	39,1
Canada**	41,0 [2]	44,1 [2]	n.d.	n.d.

- Notes : \* Les données sur les avortements proviennent du Service Évaluation des programmes et statistiques de la RAMQ alors que celles des naissances et des mortinaissances émanent de la Direction des statistiques socio-démographiques du BSQ.
- \*\* Les interruptions volontaires de grossesses pratiquées en clinique sont exclues des données canadiennes.

Références :

1. ROCHON, M., (1992), *Taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans selon l'issue et la région socio-sanitaire de résidence en 1990 - Données préliminaires*, Québec, MSSS, Service des études socio-sanitaires, 8 p.
2. WADHERA, S., STRACHAN, J., (1991), «La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975-1989», *Rapports sur la santé*, 3(4):327-347.
3. CHARBONNEAU, L., FORGET, G., FRAPPIER, J.Y., GAUDREAU, A., GUILBERT, E., MARQUIS, N., (1989), *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale, Avis sur la grossesse à l'adolescence*, Québec, MSSS, 128 p. (Périnatalité au Québec;2).
4. CHASE-LANSDALE, P.L., BROOKS-GUNN, J., PAIKOFF, R.L., (1992), «Research and programs for adolescent mothers», *American Behavioral Scientist*, 35(3):290-312.
5. ROCHON, M., (1989), «La fécondité et la grossesse à l'adolescence : une analyse démographique», dans GENDRON, C., BEAUREGARD, M. (éds), *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, pp. 151-178.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 101 p.
7. GROGGER, J., BRONARS, S., (1993), «The socioeconomic consequences of teenage pregnancy and parenting programs: Results from a demonstration», *Family Planning Perspectives*, 25(4):156-161.
8. JACONO, J.J., JACONO, B.J., ST-ONGE, M., VAN OOSTEN, S., MBININGER, E., (1992), «Teenage pregnancy : A Reconsideration», *Canadian Journal of Public Health*, 83(3):196-199.
9. GUILBERT, E., FORGET, G., (1991), «Teenage pregnancy in Canada and Quebec», *Canadian Family Physician*, 37:1184-1192.
10. SMITH, T., (1993), «Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies», *British Medical Journal*, 306(6887):1232-1235.
11. MOSHER, W.D., McNALLY, J.W., (1991), «Contraceptive use of first premarital intercourse : United States, 1965-1988», *Family Planning Perspectives*, 23(3):108-116.
12. CHOINIERE, R., ROBITAILLE, N., (1988), «La fécondité des Inuit du Nouveau-Québec depuis 1931 : passage d'une fécondité naturelle à une fécondité contrôlée», *Population*, 2:427-450.
13. ROMANIUK, A., (1974), «Modernization and fertility : The case of the James Bay Indians», *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, (11):344-359.

25 Proportion de femmes ayant subi un test de Pap

Autres appellations : Proportion de femmes ayant subi un test de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus • Test de Papanicolaou • Prélèvement vaginal.

Définition :

Proportion de la population féminine de 15 ans et plus déclarant avoir subi un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) au cours des 3 dernières années par rapport à la population totale des femmes de 15 ans et plus dans les ménages privés.

Interprétations :

- ♦ La proportion de femmes ayant subi un test de Pap est un indicateur de processus mesurant l'évolution du taux de participation des femmes au dépistage précoce du cancer du col de l'utérus.
- ♦ L'ampleur relative tant de l'incidence du cancer du col de l'utérus que de la mortalité qui y est associée ne permet pas de classer ce dernier parmi les principaux types de cancers; de plus, on y observe une tendance à la baisse depuis plusieurs années. Par ailleurs, les femmes atteintes d'une forme invasive du cancer du col ont près de 30 % de chance d'en mourir [1-5].
- ♦ L'histoire naturelle de la maladie caractérisée par une longue période de latence ainsi que le pronostic relativement bon de survie représentent une opportunité unique pour les fins d'un dépistage précoce [6].
- ♦ On estime que le dépistage massif pourrait réduire de 60 % l'incidence de ce type de cancer (20 % de la forme invasive) et en conséquence réduire la mortalité qui y est associée, plus d'ailleurs que ne peut le faire l'approche curative [1,7]. Même avec une sensibilité oscillant autour de 70 %, ce test permet de détecter 9 cancers sur 10 à condition qu'il soit administré de façon massive et routinière, à tous les trois ans, aux femmes de 18 à 69 ans ayant eu des relations sexuelles [1,2,6].
- ♦ Le respect des normes de dépistage mesuré par cet indicateur de taux de participation est plus faible chez les femmes de niveau socio-économique plus modeste (scolarité, niveau professionnel et revenu) ainsi que chez celles qui sont soit plus jeunes, soit plus âgées [8,9].
- ♦ La réduction de la mortalité observée depuis quelques décennies est probablement en partie liée aux activités de dépistage mais à cet égard on doit également tenir compte des changements dans l'évolution des facteurs de risque présumés associés au cancer du col (tabagisme, activités sexuelles précoces et multiples, virus, maladies vénériennes, contraceptifs oraux, etc.). Les connaissances à ce chapitre font toujours l'objet d'études et bien qu'elles se soient traduites par des recommandations à caractère général, il n'existe pas de consensus au sujet d'une stratégie valable de prévention primaire [1,7].

Mises en garde :

- ◇ Pour comparer et interpréter l'indicateur, on doit s'assurer que les tests ont été effectués dans des conditions optimales quant à la qualité technique et au suivi. Ces conditions doivent être assez similaires entre les sous-groupes de femmes pour lesquelles on compare les estimations de proportions [1].
- ◇ Bien qu'il y ait peu d'études systématiques visant à établir le degré de validité des réponses rapportées par les femmes elles-mêmes quant à leur participation à un test de Pap, certaines données nous permettent de croire qu'il existe une concordance acceptable en ce qui a trait à leur participation ou non à un tel dépistage. Cette concordance serait nettement plus faible quant au délai exact écoulé entre la date du dernier test et le moment de l'enquête [10].
- ◇ Lorsque l'on compare des données statistiques concernant la participation au dépistage à l'aide du test de Pap, il faut surveiller la présence de différences dans la formulation de la question utilisée d'une étude à l'autre ainsi que dans les versions anglaise et française. Ces changements peuvent expliquer, en partie, les écarts observés dans les résultats [8,9].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population féminine de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap depuis 3 ans ou moins / Population féminine totale de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégorie suggérée :

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus) ou 15 à 69 ans, 70 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 [11]	1990 [8]
Québec	67,7	57
Canada	71,0	70

Références :

1. MILLER, A.B., (1992), «Planification des stratégies de lutte contre le cancer», *Maladies chroniques au Canada*, 13(1 supplément):S25,S27,S36.
2. INSTITUT NATIONAL DU CANCER AU CANADA, (1993), *Statistiques canadiennes sur le cancer 1993*, Toronto, INCC, p. 38, 45, 51-52.
3. BEAUPRÉ, M., (1993), *Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec, Année 1989 et année 1990*, Québec, MSSS, pp. 39-107.
4. STATISTIQUE CANADA, (1991), «Le cancer au Canada 1985-1986», *Rapports sur la santé*, 3 (2,supp. 8), pp. 37, 95, 143, 201.
5. BAND, P.R., GAUDETTE, L.A., HILL, G.B., HOLOWATY, E.J., HUTCHCROFT, S.A., JOHNSTON, G.M., MAKOMASKI ILLING, E.M., (1993), *Développement du registre canadien du cancer: incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes 1969 à 1988*, Ottawa, SBESC Statistique Canada, p. 129. [Cat. C52-42/1992].
6. BATTISTA, R.N., GROVER, S.A., (1988), «Early detection of cancer: An overview», *Annual Review of Public Health*, 9:26-27.
7. AMLER, R.W., DULL, D.H., (1987), *Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, pp. 35-36.
8. O'CONNOR, A., (1993), «La prévention des cancers gynécologiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé, Canada 1990. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 187-193,352. [Cat. H39-263/2-1990F].
9. CROTEAU, N., LACHANCE, C., O'LOUGHLIN, J., (1988), «Comportements préventifs spécifiques aux femmes», dans MSSS (éd.) *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 56-63.
10. SAWYER, J.A., EARP, J.A., FLETCHER, R.H., DAYE, F.F., WYNN, T.M., (1989), «Accuracy of women's self-report of their last Pap smear», *American Journal of Public Health*, 79(80):1036,1037.
11. GARCEAU, S., (1988), «Les mesures préventives propres aux femmes», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion Santé Canada. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, p. 87, 243.

26 Proportion de femmes ayant subi une mammographie

Autre appellation : Proportion de femmes ayant subi une radiographie des seins.

Définition :

Proportion de la population féminine de 50 ans et plus ayant subi une mammographie au cours des deux dernières années par rapport à la population féminine totale de 50 ans et plus dans les ménages privés.

Interprétations :

- ◆ Cet indicateur mesure l'évolution du taux de participation des femmes à un des types majeurs de dépistage précoce prévu dans une stratégie plus globale visant à réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer du sein [1].
- ◆ Le cancer du sein constitue pour les femmes, particulièrement pour celles âgées de 50 ans et plus, un des problèmes de santé les plus importants. Dans ce dernier groupe d'âge, les taux d'incidence ne cessent d'augmenter depuis 25 ans en particulier depuis 1980. La mortalité s'accroît plus lentement surtout chez celles âgées de 60 ans et plus [2].
- ◆ Les impacts sont d'autant plus importants que les femmes atteintes sont pour la plupart encore actives du point de vue familial et professionnel [2-5].
- ◆ La longue période de latence (10 à 15 ans) et le fait que la mammographie présente un effet plus grand sur la réduction de la mortalité (25 à 40 % chez les 50-69 ans) que les autres méthodes de dépistage sont deux raisons favorisant le dépistage précoce. [1,3,6-10].
- ◆ Divers groupes d'experts ont proposé comme objectif une couverture d'au moins 70 % pour une mammographie routinière (combinée ou non avec un examen clinique) à tous les deux ans pour le groupe de femmes plus à risque, soit celles âgées de 50 à 69 ans [3,6,11].
- ◆ Les femmes les plus susceptibles de ne pas participer sont celles qui ne présentent pas ou qui présentent moins d'antécédents familiaux ou qui n'ont pas eu de problèmes bénins aux seins, les plus pauvres, les moins scolarisées, celles qui ne font pas partie du marché du travail, celles qui fument, celles qui utilisent moins les services de santé généraux et gynécologiques ou pour qui le médecin n'a pas fait de recommandation en ce sens, et finalement celles qui croient tout simplement que la mammographie n'est pas nécessaire ou est même dangereuse [9,11-14].

Mises en garde :

- ◇ La proportion de femmes ayant subi une mammographie est obtenue par le biais d'un questionnaire auto-administré. Les résultats obtenus par ce moyen sont généralement concordants avec ceux issus des registres administratifs conçus dans le cadre des campagnes de dépistage ou par les centres radiologiques ou médicaux. On y décèle malgré tout un effet de télescopage qui se traduit par une sous-estimation ou une sur-estimation plus ou moins élevée selon que la date du dernier examen est plus ou moins rapprochée de celle de l'enquête [15].
- ◇ Pour que la proportion de femmes ayant subi une mammographie soit interprétée comme un indicateur de l'ampleur de l'utilisation d'un moyen jugé efficace pour réduire la mortalité par cancer du sein, on doit s'assurer que les conditions techniques et organisationnelles d'application et de suivi des mammographies sont telles que la qualité de ces dernières soit élevée et comparable entre les sous-groupes de femmes pour lesquels on présente des estimations [1].
- ◇ La persistance de la participation aux dépistages est pour certaines femmes, reliée à la présence ou à l'absence d'effets psychologiques indésirables consécutifs à une mammographie antérieure ayant permis de repérer une anormalité; les femmes peuvent présenter un niveau élevé d'anxiété qui peut interférer avec leur humeur et leur fonctionnement même si les examens diagnostiques subséquents établissent l'absence de cancer [16].
- ◇ D'autres études d'envergure sont en cours et pourraient corriger ou confirmer à nouveau l'efficacité estimée de la mammographie comme moyen de réduire la mortalité [17].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population féminine de 50 ans et plus ayant subi une mammographie depuis 2 ans ou moins / Population féminine totale de 50 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégorie suggérée :

Âge : 15-49 ans, 50 et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1987 [14]	1990 [13]
Québec	21,2	34
Canada	n.d.	33

Références :

1. MILLER, A.B., (1992), «Planification des stratégies de lutte contre le cancer», *Maladies chroniques au Canada*, 13(1 supplément): 5-16,37.
2. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, (1993), *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, INCC, pp. 12, 31-38, 58-65.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein*, Québec, MSSS, pp.2-12.
4. GAUDETTE, L.A., MAKOMASKI ILLING, E.M., (1991), «Incidence du cancer et mortalité, 1985 et 1986», *Rapports sur la santé*, 3(2):163-169.
5. CORBER, S., (1993), «Breast cancer», *Canadian Journal of Public Health*, 84(1):9-12.
6. MILLER, A.B., (1993), «Canadian national breast screening study: Public health implications», *Canadian Journal of Public Health*, 84(1):14-15.
7. AMLER, R.W., DULL, B.H., (éds), (1987), *Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, p. 35.
8. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, (1993), *Forum national sur le cancer du sein*, INCC, pp. 16-27, 66-87.
9. BATTISTA, R.N., GOVER, S.A., (1988), «Early detection of cancer: An overview», *Annual Review of Public Health*, 9:28.
10. THE WORKSHOP GROUP, (1989), «Reducing deaths from breast cancer in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, 141(3):199-201.
11. CROTEAU, N., LACHANCE, C., O'LOUGHLIN, J., (1988), «Comportements préventifs chez les femmes», dans MSSS (éd.), *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 56-63.
12. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, (1990), *Vital and Health Statistics: Breast Cancer Risk Factors and Screening: United States, 1987*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, p. 22 (Series 10;172).
13. O'CONNOR, A., (1993), «La prévention des cancers gynécologiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, p. 183, 190 (Cat. 39-263/2-1990F).
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec, Tome 2*, Québec, MSSS, p. 46.
15. ETZIS, S., et al., (1994), «The use of mammography vans by low-income women: The accuracy of self-reports», *American Journal of Public Health*, 84(1):107-109.
16. LERMAN, C. et al., (1991), «Psychological side effects of breast screening», *Health Psychology*, 10(4):259-267.
17. MILLER, A.B., (1993), «The costs and benefits of breast cancer screening», *American Journal Preventive Medicine*, 9(3):175-180.



27 Proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus présentant un niveau élevé de détresse psychologique par rapport à l'ensemble de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés [1].

- La détresse psychologique est calculée à partir de l'échelle Psychiatric Symptom Index (PSI) de Ilfeld, composée de quatre facteurs : dépression, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité [2-4].
- Le niveau élevé correspond au score de 22,6 et plus sur l'échelle [5].

Interprétations :

- La proportion des personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique est un indicateur de la prévalence de la souffrance psychologique et de la démoralisation. Elle permet ainsi de prédire un niveau supérieur de recherche d'aide [2,3].
- Le score de la détresse psychologique est obtenu à partir d'une série de questions portant sur des symptômes psychologiques et physiques que l'on pense associés à des désordres, principalement d'ordre névrotique [6].
- Bien que cet indicateur mesure la détresse «actuelle» basée sur la semaine précédant l'enquête, il s'est déjà avéré très stable dans le temps pour traduire des symptômes persistants (présence depuis au moins un an) [2].
- Le niveau élevé de détresse s'observe surtout chez les groupes suivants : les femmes et les jeunes en général, les célibataires, les pauvres, ceux qui sont davantage hospitalisés ou qui ont davantage consulté pour des problèmes de santé mentale, ceux qui ont des idéations suicidaires ou qui ont fait des tentatives, les consommateurs de drogues ainsi que les personnes qui présentent davantage de problèmes de santé physique et d'incapacité [1,2].

Mises en garde :

- Le niveau de détresse psychologique est considéré comme un indicateur négatif de la santé mentale. Il existe des indicateurs positifs telles l'échelle de bien-être psychologique de Santé Québec et l'échelle de Dupuy [5,6].
- Comme la plupart des échelles de santé mentale, le PSI vise à départager les répondants à haute, moyenne et basse symptomatologie. Ilfeld explique que c'est en utilisant comme guides des études épidémiologiques antérieures qu'il a défini arbitrairement ses regroupements [6].
- Ni pour le PSI, ni pour les autres échelles de santé mentale, il n'existe de critères objectifs permettant de préciser à quel niveau de symptomatologie un individu bascule de la santé dans la maladie. Cette difficulté est inhérente à l'utilisation des échelles et a été soulignée à maintes reprises par différents auteurs. L'établissement des seuils ou *cut points* est donc laissé à la discrétion des utilisateurs [6].
- L'échelle Ilfeld n'a pas été construite pour identifier des cas de maladies mentales ou d'incapacité. Elle est davantage conçue comme une mesure d'intensité de symptômes fréquemment observés chez les personnes souffrant de dépression et d'anxiété [2].
- L'échelle présente une fiabilité et une stabilité élevées mais la variance des items expliquée par les quatre facteurs composant l'échelle correspond à moins de la moitié de cette dernière. Les résultats concernant la validité et la spécificité diagnostiques des aspects anxiété et dépression du PSI apparaissent valables, mais en ce qui concerne la sensibilité, ils sont nettement moins satisfaisants. Ces mesures de détresse peuvent conduire à surestimer la prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes [2].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique / Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeur observée : (en pourcentage)

	1987
Québec	21,3 [1]
Canada	n.d.

Références :

- LÉGARÉ, G., (1988),«Détresse psychologique», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 134-142.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., (1992), *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 14-48 (Cahier de recherche;7).
- BERKANOVIC, E., HURWICZ, M.L., LANDSVERK, J., (1988), «Psychological distress and the decision to seek medical care», *Social Science and Medicine*, 27(11):1215-1221.
- ILFELD, F.W., (1978), «Psychological status of community residents along major demographic dimensions», *Archives of General Psychiatry*, 35(6):716-724.
- GUYON, L., LEVASSEUR, M., (1987), *Les variables: catégorisation, indicateurs et indices de santé Québec*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 33-34 (Cahier technique;87-08).
- PERREAULT, C., (1987), *Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 21-23 (Cahier technique 87-06).

28 Proportion de la population présentant des idéations suicidaires sérieuses

Autre appellation : Proportion de la population présentant des idées suicidaires.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de la dernière année par rapport à l'ensemble de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés [1].

- Les idées suicidaires comprennent à la fois les cas où il n'y a eu qu'idée sans geste suicidaire et les cas où la personne en plus d'avoir eu des idées déclare aussi avoir tenté de s'enlever la vie [1,2].
- Le degré de sérieux des idéations est relié à la présence ou l'absence de plans comportant des moyens précis ainsi qu'au fait que les personnes confient ou non ces idées à autrui [2].

Interprétations :

- ◆ La proportion de la population présentant des idéations suicidaires sérieuses est un indicateur de la prévalence d'un facteur de risque parmi d'autres associé à la présence de problème de santé mentale et à la conduite suicidaire [1-3].
- ◆ Les idéations suicidaires constituent la première étape dans l'élaboration d'un projet plus ou moins détaillé pour mettre fin à ses jours, pouvant mener éventuellement à une tentative de suicide ou à un suicide [3], surtout si elles sont répétées [3,4].
- ◆ Les tentatives de suicide sont beaucoup moins nombreuses que les idées et le rapport entre ces deux proportions est plus élevé chez les femmes et chez les jeunes [5].
- ◆ Les idéations présentent une prévalence plus élevée chez les jeunes de 15-24 ans [5]. Chez ces jeunes, elles sont plus souvent associées à la perte d'une personne importante, aux difficultés de relations interpersonnelles, au climat familial perturbé, au fait de vivre seul, à la scolarité moins élevée, au fait de se sentir en moins bonne santé ou plus malheureux, de connaître des problèmes de santé physique et mentale, de présenter une dépendance à l'alcool et aux drogues et d'avoir vécu davantage d'événements stressants [2,6,7].
- ◆ En ce qui concerne la population de 15 ans et plus en général, les personnes les plus à risque sont celles déclarant des problèmes de santé mentale qui présentent un niveau élevé de risque d'alcoolisme, qui ont connu un niveau élevé d'événements stressants vécus et dont l'état matrimonial est «séparé/divorcé» [5,8]. D'autres facteurs personnels comme l'estime de soi sont également liés aux idéations [9].

Mises en garde :

- ◇ La recherche relative à la prédiction du suicide n'a pas beaucoup progressé depuis 25 ans compte tenu du faible consensus sur les définitions, les variables prédictrices et la faiblesse relative des devis [4].
- ◇ L'intensité ou la gravité des idées et des tentatives ne sont pas évaluées lors des enquêtes. Ainsi, les idées peuvent comprendre à la fois des pensées suicidaires légères ou intenses pouvant entraîner un haut niveau de détresse psychologique [1].
- ◇ Il peut y avoir un biais de désirabilité sociale provoquant une sous-déclaration. De plus, la mémoire peut faire en sorte que l'intensité des idées diminue avec le temps. Ainsi il peut être difficile de se remémorer les sentiments précis vécus aux moments de l'apparition des idéations [2].
- ◇ Les idéations suicidaires, plus persistantes et structurées, doivent être distinguées des simples impulsions fugitives à caractère suicidaire [10]. On devrait également distinguer les idéations parasuicidaires des idéations suicidaires selon qu'elles ont ou non pour objet une issue fatale et définitive [4].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses  
au cours de la dernière année  
Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés

× 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeur observée : (en pourcentage)

	1987
Québec [1]	3,9
Canada	n.d.

Références :

1. BOYER, R., BLAIS, L., (1988), «Idées suicidaires et tentatives de suicide», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 129-133.
2. TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D., BERGERON, L., (1984), «Le mal de vivre : comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal», *Santé mentale au Québec*, 9(2):122-133.
3. JULIEN, M., GAUTHIER, L.J., (1989), «Estimation de l'incidence de la tentative de suicide : Québec 1981», *Canadian Journal of Public Health*, 80(5):381-382.
4. DIEKSTRA, R.F.W., MARIS, R., PLATT, S., SCHMIDTKE, A., SONNECK, G., (1989), *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*. World Health Organization, p. 48, 51-54.
5. BOYER, R., PRÉVILLE, M., PERREAUULT, C., LÉGARÉ, G., (1992), *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 31-44, 56 (Cahiers de recherche;8).
6. TOUSIGNANT, M., (1993), *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, P.U.F., p. 134.
7. CÔTÉ, L., ROSS, C., PRONOVOST, J., BOYER R., (1992), *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans*, Enquête Santé Québec 1987, Québec, MSSS, pp. 26-33, 40 (Cahiers de recherche;9).
8. MOSCICKI, E.K., (1989), «Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A Review», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1):138.
9. DEMAN, A.F. (1988), «Suicide ideation, stress, social support, and personal variables in French Canadians: A structural analysis of relationship», *Journal of Social Behavior and Personality*, 3(1):127-134.
10. BOUCHARD, L., MORVAL, M., (1989), «Enquête sur le vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'Université de Montréal», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 7(1):53.



29 Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale

Autre appellation : Proportion de la population ayant un faible niveau de soutien social perçu.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus se disant insatisfaite de sa vie sociale par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés [1].

- Les personnes insatisfaites de leur vie sociale incluent celles qui considèrent leur vie sociale plutôt insatisfaisante ou vraiment insatisfaisante [1] .
- Le niveau de satisfaction est fondé sur la perception qu’a chaque personne à l’égard de sa vie sociale en général [1].

Interprétations :

- ♦ Cet indicateur est utilisé comme une mesure indirecte de la proportion de la population qui est plus susceptible d’avoir peu de soutien de son entourage. Il constitue également un bon prédicteur du niveau de satisfaction des individus concernant les rapports qu’ils entretiennent avec les personnes de leur entourage immédiat (amis, enfants, conjoint) [1].
- ♦ Les personnes qui peuvent compter sur le soutien de leur réseau social supportant ont en général une meilleure santé et vivent plus longtemps que celles dont le réseau est inexistant ou non-aidant [2-4]. Une des explications proposées est qu’un réseau social aidant aurait un effet protecteur en permettant d’atténuer les effets négatifs sur la santé d’événements de vie stressants [5]. Ce rôle tampon ou indirect est en particulier observé dans le cas de problèmes de santé mentale [6,7]. Une autre approche propose la thèse de l’effet principal ou direct en attribuant les effets bénéfiques du soutien social au simple fait que l’individu dispose d’un large réseau de soutien [8].
- ♦ La proportion de personnes insatisfaites de leur vie sociale est plus élevée chez certains groupes, en particulier chez les personnes séparées et divorcées et chez les personnes pauvres et très pauvres. C’est également le cas chez celles qui ont un problème de santé depuis au moins un an et celles qui déclarent une restriction d’activité. Cette insatisfaction est aussi plus élevée chez les personnes ayant un niveau de détresse psychologique élevé ou un faible niveau de santé globale [1].

Mises en garde :

- ◇ Cette façon de mesurer la qualité du réseau social, c’est-à-dire à partir de la satisfaction à l’égard de sa vie sociale, est particulière à l’enquête d’où est tiré l’indicateur : l’information est obtenue à partir d’une seule question, en fonction de la perception du répondant [1]. Les études mesurant différentes dimensions du support apporté par le réseau social ont en majorité recours à des échelles combinant plusieurs types d’informations tirées d’une série plus ou moins longue de questions [9-11].
- ◇ Il n’y a pas unanimité quant à la façon de mesurer la qualité du réseau social ni au rôle qu’il joue dans l’étiologie des problèmes de santé physique et mentale. L’interprétation de l’indicateur qui établit un lien entre l’insatisfaction à l’égard de sa vie sociale et un risque accru d’avoir un réseau social assurant un faible soutien ou n’assurant aucun soutien peut donc varier selon le modèle théorique de référence [12,13].
- ◇ Il faut distinguer la notion d’isolement social des notions de support social et de réseau social puisque le réseau d’une personne et les soutiens dont elle peut bénéficier peuvent être ou ne pas être adaptés à ses besoins [10].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus insatisfaite de sa vie sociale × 100.  
Population de 15 ans et plus dans les ménages privés

Indicateurs associés :

- *Proportion de la population n’ayant pas de confident* : Proportion du nombre de personnes de 15 ans et plus qui n’ont pas dans leur entourage quelqu’un à qui confier leurs problèmes par rapport à l’ensemble de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés [14].
- *Proportion de la population ne pouvant pas compter sur une personne en cas de crise* : Rapport du nombre de personnes de 15 ans et plus qui n’ont pas dans leur entourage quelqu’un qui peut les aider si elles sont mal prises par rapport à l’ensemble de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés [14].

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeur observée : (en pourcentage)

	1987
Québec	10,6 [1]
Canada	n.d.

Références :

1. TREMBLAY, D. (1988), «Support social» dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va?, Tome 1, Rapport de l’enquête Santé Québec 1987*, Québec, MSSS, pp. 67-76.
2. BERKMAN, L.F., (1987), «Assessing social networks and social support in epidemiologic studies», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, (35):46-53.
3. FALK, A., HANSON, B.S., ISACSSON, S.-O., OSTERGREN, P.-O., (1992), «Job strain and mortality in elderly men: Social network, support, and influence as buffers», *American Journal of Public Health*, 82(8):1136-1139.
4. SCHWARZER, R., LEPPIN, A. (1992), «Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality» dans VEIEL, H.O.F., BAUMANN, U. (éds), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York, Hemisphere, pp. 65-83.
5. HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D., (1988), «Social relationships and health», *Science*, 241(4865):540-545.
6. VILHJALMSSON, R., (1993), «Life stress, social support and clinical depression: A Reanalysis of the literature», *Social Science and Medicine*, 37(3):331-342.
7. WHELAN, C.T., (1993), «The role of social support in mediating the psychological consequences of economic stress», *Sociology of Health & Illness*, 15(1):86-101.
8. COHEN, S., WILLS, A., (1985), «Stress, social support and the buffering hypothesis», *Psychological Bulletin*, 98(2):310-357.
9. O’REILLY, P., (1988), «Methodological issues in social support and social network research», *Social Science and Medicine*, 26(8):863-873.
10. MAYER-RENAUD, M., GOYETTE, P., (1991), *Une revue de littérature sur l’isolement social des familles, Isolement et insularité*, Montréal, Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, 120 p.
11. WELLMAN, B.A., WELLMAN, B.E., CARAGATA, L., GULIA, M., (1993), *Evaluating Community in Social Housing: Social Networks, Social Support and Local Community Involvement*, Ottawa, Mortgage and Housing Corporation, 161 p.
12. LAIREITER, A., BAUMANN, U., (1992), «Network structures and support fonctions, theoretical and empirical analyses» dans VEIEL, H.O.F., BAUMANN, U. (éds), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York, Hemisphere, pp. 33-62.
13. MASSÉ, R., (1992-93), «Les apports de l’anthropologie à l’épidémiologie : le cas de l’isolement social», *Santé Culture/Culture Health*, 9(1):109-137.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va?, Tome 1, Rapport de l’enquête Santé Québec 1987*, Québec, MSSS, p 325.

30 Taux de crimes contre la personne

Autre appellation : Taux de crimes avec violence.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen d’infractions criminelles perpétrées contre les personnes pour une période donnée, à la population totale au milieu de la période [1].

- Les infractions contre les personnes comprennent les homicides, les voies de fait (agressions sexuelles et non sexuelles), les vols qualifiés et les autres infractions (exhibitionnisme, enlèvements, tentatives de meurtre) [1,2].

Interprétations :

- Le taux de crimes contre la personne est un indicateur de l’ampleur des comportements violents jugés déviants et qui ont un impact sur la santé ou sur la poursuite des activités régulières des individus victimisés [3,4].
- Un peu plus de 8 % des Canadiens de tous âges ont déclaré avoir été victimisés en 1987 (crimes contre la personne). Ce type de crime est considéré comme l’acte criminel le plus préoccupant [4].
- En ce qui a trait aux crimes contre la personne, quelques formes de criminalité ont diminué au cours de la dernière décennie (homicide et vol qualifié) et certaines formes de criminalité ont augmenté (voie de fait et agression sexuelle). La criminalité générale au Québec a fortement augmenté entre le milieu des années soixante et la fin des années soixante-dix. On peut dire que la criminalité, toutes formes confondues, a triplé durant cette période. Depuis 1980, la plupart des activités criminelles ont plafonné [1].
- Les conséquences négatives de la victimisation sont nombreuses. D’une part, des pertes matérielles peuvent entraîner un stress économique considérable pour un ménage, particulièrement chez ceux ne bénéficiant pas d’assurances. D’autre part, la victimisation est liée à une souffrance psychologique et à une augmentation du sentiment de détresse menant souvent à des consultations en vue d’obtenir le soutien psychosocial requis. Environ une personne sur dix victime d’agression physique s’est rendue à l’hôpital pour y recevoir des soins médicaux. Finalement, la victimisation est liée à la peur du crime et à une réduction des activités sociales [3-7].
- Les facteurs suivants sont considérés comme criminogènes : l’abandon scolaire, l’exclusion du monde du travail, l’instabilité familiale, la surconsommation d’alcool et de drogues, la survictimisation, etc. [3,4].
- Les groupes les plus à risque d’être victimisés sont les hommes, les jeunes, les célibataires, les personnes séparées et divorcées, les personnes qui ont des activités régulières, le soir, à l’extérieur de même que celles qui prennent 14 consommations d’alcool et plus par semaine [7-9].

Mises en garde :

- Les données policières n’enregistrent pas toute la criminalité commise sur un territoire. Le rapport entre le nombre de crimes commis et ceux signalés à la police varie d’un délit à l’autre, passant de 100 % pour les homicides à près de la moitié pour les vols qualifiés et au tiers pour les voies de fait. Lorsque plusieurs actes criminels sont commis lors d’un même incident, seule l’infraction la plus grave est enregistrée. Ce phénomène explique une partie de l’augmentation du taux de voies de fait au cours des années quatre-vingts [1,5,10].
- Les catégories de criminalité souvent utilisées (comme par exemple le taux global de crimes contre la personne) ne sont pas de bons indicateurs généraux de la criminalité puisque ceux-ci sont déterminés par les catégories les plus nombreuses (voies de fait pour les crimes contre la personne). Il est donc préférable d’étudier des catégories spécifiques d’actes criminels. Cependant, il ne faut pas oublier que même une catégorie spécifique d’activité criminelle (par exemple, les voies de fait) recouvre différents types de victimisations (voie de fait avec ou sans blessures, etc.) [2].

Sources :

- Numérateur : Déclaration uniforme de la criminalité, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen d’infractions criminelles contre la personne, pour une période donnée / Population totale au milieu de la période × 100 000.

Catégories suggérées :

Catégorie de crimes : Homicide, voie de fait (agressions sexuelles et autres agressions), vol qualifié et autres infraction, total.

Valeurs observées [2]: (taux pour 100 000)

CRIMES CONTRE LA PERSONNE						
	Homicides	Voies de faits Agressions sexuelles*	Agressions autres	Vols** qualifiés	Autres*** crimes violents	Total
Québec						
1986 [11]	2,4	46	334	134	33,6	550
1992 [2]	2,4	64	549	185	19,6	820
Canada						
1986 [11]	2,2	80	609	91	19,0	801
1992 [2]	2,7	125	849	121	24,3	1122

- Notes : \* Comprend les vols, etc.  
\*\* Vol où il y a coercition de la part du voleur à l’endroit de la personne volée (vol avec armes et/ou menaces).  
\*\*\* Comprend les infractions d’ordre sexuel (exhibitionnisme), les enlèvements, les tentatives de meurtre.

Références :

- GENDRON, R., NORMAND, R., OUMET, M., TREMBLAY, P., (1993), *Statistiques 1992, Criminalité et application des règlements de la circulation au Québec*, Ministère de la Sécurité publique, pp. 103-107.
- STATISTIQUE CANADA, CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (1994), *Statistiques de la criminalité au Canada 1992*, Ottawa, Statistique Canada, p. 2-1, 2-41, 77. (Cat. 85-205).
- FRÉCHETTE, M., LEBLANC, M., (1987), *Délinquances et délinquants*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 384 p.
- GOTTFREDSON, M., HIRSCHI, T., (1990), *A General Theory of Crime*, Stanford, Stanford University Press, 297 p.
- SOLLICITEUR GÉNÉRAL DU CANADA, (1985), *Les coûts du crime pour les victimes. Le sondage de victimisation en milieu urbain, no. 2*, Ottawa, Solliciteur général du Canada, pp. 1-12.
- ROSS, C.E., (1993), «Fear of victimization and health», *Journal of Quantitative Criminology*, 9(2):159.
- SACCO, V., JOHNSON, H., (1990), *Profil de la victimisation au Canada. Enquête générale sociale, Série analytique*, Ottawa, Statistique Canada, 131 p. (Cat. 11-612F, no 2).
- FRANK, J., (1992), «Les crimes de violence commis par des jeunes», *Tendances sociales canadiennes*, 26:4.
- SACCO, V., JOHNSON, H., (1990), «Les victimes d’actes criminels avec violence», *Tendances sociales canadiennes*, 17:10-13.
- OUMET, M., (1994), «Les tendances de criminalité apparente et de la réaction judiciaire», dans SZABO, D., LEBLANC, M.(éds), *Traité de criminologie empirique*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, pp. 15-47.
- STATISTIQUE CANADA, CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (1987), *Statistiques de la criminalité au Canada: 1986*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 2-1-2-17 (Cat. 86-205).

31 Nombre de lits et de places selon les catégories d'établissement

Autre appellation : Nombre de lits et de places selon l'unité de soins.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de lits et de places à la population totale au milieu de la période.

- Il s'agit du nombre de lits et de places approuvés (ou autorisés) selon le dernier permis d'exploitation en vigueur pour tous les établissements publics et privés (conventionnées, autofinancés, à budget et à taux fixe) du réseau de la santé et des services sociaux [1].
- Il existe deux catégories principales d'établissements : les établissements ayant des lits de soins de courte durée et ceux comprenant des lits de soins de longue durée ou des places d'hébergement [1].
- Les lits de soins de courte durée comprennent les lits de soins de courte durée physiques ou psychiatriques alors que les lits et places d'hébergement comprennent les lits de soins de longue durée et des places d'hébergement [1].

Interprétations :

- Le nombre de lits et de places par 1000 habitants représente une mesure de la disponibilité et de la capacité théoriques de production des ressources sanitaires [2].
- Trois notions sont couramment utilisées lorsque l'on traite de la question des lits : *les lits dressés, dotés en personnel et utilisés, les lits approuvés* et *la capacité théorique en lits*. *Les lits dressés, dotés en personnel et utilisés* désignent les lits qui peuvent accueillir des bénéficiaires et pour lesquels on dispose du personnel nécessaire pour fournir le niveau et le type de soins nécessaires. Les *lits approuvés* ou autorisés représentent les lits que les autorités sanitaires ont approuvés. Il s'agit des lits et de places inscrits au permis d'exploitation de tous les établissements publics et privés du réseau. La *capacité théorique en lits* désigne le nombre de lits que l'établissement a eu l'autorisation d'installer, en fonction de la superficie de sol fixée par lit. Les normes en vigueur peuvent varier d'une province à une autre, ainsi qu'au sein d'une même province au cours des années [3].
- La capacité théorique en lits constitue un maximum et peut être supérieure au nombre de lits approuvés par suite de restrictions budgétaires, de rénovations majeures ou d'autres facteurs. Les fermetures de lits peuvent durer de quelques semaines à quelques années. Le nombre de lits dressés dotés en personnel peut, quant à lui, être inférieur au nombre de lits approuvés à cause d'une fermeture temporaire d'unité ou de portion d'unité. Ceci est fréquent durant la période estivale, la période du temps des Fêtes ainsi que vers la fin de l'année financière; des réparations peuvent aussi entraîner ce type de fermeture de lits [4].
- Le nombre de lits et de places varie selon la catégorie d'établissement et est relié aux files d'attente dans les urgences, au nombre de civières occupées dans les urgences, à la qualité et à la continuité des soins [5].

Mises en garde :

- Aux fins de l'indicateur, les lits sont considérés identiques, ce qui n'est pas le cas. Le poids relatif des dépenses reliées à chacun des lits diffère. Les besoins des individus occupant chacun des lits varient. Les besoins, au chapitre du nombre de lits, peuvent différer selon les territoires géographiques, les caractéristiques des populations et des professionnels de la santé [6].
- La capacité de production de services reliée à un lit ou à une place dépend de la taille de l'établissement dans lequel se trouve ce lit ou cette place [7].
- L'indicateur ne tient pas compte des territoires de desserte, des vocations suprarégionales ou des spécialisations de certains établissements, ni de la mobilité interprovinciale et interrégionale des usagers ou de l'utilisation à des fins non prévues dans le permis [8].

- L'indicateur ne tient pas compte de la présence d'autres ressources de type familial, intermédiaire ou non institutionnel, telles les soins et le maintien à domicile et les soins infirmiers de jour [5].

Sources :

- Numérateur : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, MSSS, quotidien, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement du Canada, aux cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de lits et de places, pour une période donnée × 1000.  
Population totale au milieu de la période

Indicateur associé :

- Nombre de lits de soins de longue durée et de places d'hébergement pour 1000 personnes de 65 ans et plus : Rapport pour une période donnée, du nombre annuel moyen de lits de soins de longue durée, pour une période donnée, à la population de 65 ans et plus au milieu de cette période [6].

Catégories suggérées :

Unités de soins ou catégories d'établissement :

Soins de courte durée

- Soins physiques de courte durée
- Soins psychiatriques de courte durée
- Pouponnières

Soins de longue durée et hébergement

- Soins physiques de longue durée
- Soins psychiatriques de longue durée
- Places d'hébergement
- Soins de longue durée dans des unités de soins de courte durée

Valeurs observées : (pour 1000)

	1983- 1984[9]	Québec 1988- 1989[9]	1991- 1992[1]	1983- 1984[9]	Canada 1988- 1989[9]	1990 [5]
Soins de courte durée	4,3	4,2	3,9*	4,6	4,4	4,1*
Soins de longue durée et hébergement	11,5	10,8	8,4*	11,7	11,5	n.d.

Note : \* Ces valeurs représentent le nombre de lits dressés par 1000 habitants.

Références :

- ST-PIERRE, M.-A., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise. Les ressources matérielles*, Québec, MSSS, 13 p.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., pp. 205-206.
- MIX, P., (1991), «Les hôpitaux généraux publics - Tendances chronologiques», *Rapport sur la santé*, 3(1):59-78.
- DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
- TURGEON, J., (1991), *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : une analyse comparative*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 73 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;12).
- EVANS, R.G., (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 390 p.
- CARON, L., (1991), *Comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985-1986 et 1987-1988*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 46 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;14).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, (1991), Lits CD. *Bassins de desserte. POP/CLSC. 1990*, Document de travail, Québec, MSSS, Direction de la santé physique, 89 p.
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Indicateurs sur la santé*, Indicateur 101, Lits approuvés dans les établissements, Ottawa, Centre canadien d'information sur la santé, Tableau CANSIM no. 00060101 (produit électronique).

32 Nombre d’habitants par professionnel de la santé selon le type

Autres appellations : Ratio population-professionnel • Nombre d’habitants par dispensateur de services sanitaires.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, de la population totale au milieu de la période au nombre annuel moyen de professionnels de la santé [1].

— L’indicateur inclut les professionnels indépendamment de leur mode de rémunération (paiement à l’acte, salaire ou vacation) [1].

Interprétations :

- ◆ Le nombre d’habitants par professionnel de la santé représente une mesure de la disponibilité théorique des ressources sanitaires [2].
- ◆ Le nombre de professionnels de la santé peut être limité par la réglementation sanitaire ou établi périodiquement à un niveau local [1]. Ce nombre peut aussi être limité par la capacité qu’a une société de former certains types de dispensateurs.
- ◆ Un nombre plus élevé d’habitants par dispensateur peut signifier une réduction de la quantité, de la qualité et de la continuité des soins [3-4].
- ◆ Le nombre d’habitants par professionnel de la santé varie selon les régions, la densité urbaine et la présence d’une université (plus particulièrement celle avec une faculté de médecine) [5].

Mises en garde :

- ◇ Aux fins de l’indicateur, les dispensateurs sont considérés identiques; comme produisant une même quantité de services, d’égale qualité, de la même manière auprès des mêmes clientèles. Il a été montré que les pratiques diffèrent d’une région à une autre. Les caractéristiques des dispensateurs influencent leur pratique; les jeunes ont tendance à travailler plus d’heures, les pratiques diffèrent selon le sexe, le type de clientèle varie selon le dispensateur et la région [2,6-10]. Le mode de rémunération influence aussi la pratique des dispensateurs [9].
- ◇ L’indicateur ne tient pas compte de l’accessibilité des services. Les services ne sont pas également accessibles selon qu’ils sont offerts à certaines heures de la journée, certains jours de la semaine, à certains endroits géographiques ou dans certaines langues [5-7].
- ◇ Les besoins des individus sont définis comme identiques. L’indicateur ne tient pas compte des besoins qui peuvent différer selon les territoires géographiques, les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, scolarité, revenu, etc.) et sanitaires (répartition inégale de certaines pathologies) [5-7,11].
- ◇ L’indicateur ne tient pas compte de la mobilité interrégionale des bénéficiaires et des dispensateurs [3,4,7,8].
- ◇ Le type de dispensateurs traités varie selon les sources et peut inclure tant le personnel médical que tous les autres types de dispensateurs, tant professionnels que techniques; le personnel cadre, le personnel de recherche ainsi que le personnel administratif peuvent aussi être inclus [2]. Au Québec, seuls les dispensateurs inscrits à la RAMQ et ayant reçu des honoraires au cours de l’année sont intégrés au calcul [1].

Sources :

- Numérateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources.
- Dénominateur : Fichier des dispensateurs de services, RAMQ, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population totale au milieu de la période  
Nombre annuel moyen de professionnels pour une période donnée

Indicateur associé :

- Nombre de professionnels de la santé par 10 000 habitants : Rapport pour une période donnée, du nombre de professionnels de la santé, à la population totale au milieu de cette période [3].

Catégories suggérées :

Type de professionnels :

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| - Ensemble des médecins                                  | - Ensemble des dentistes            |
| . Spécialités médicales                                  | . Dentistes                         |
| . Spécialités chirurgicales                              | . Spécialistes en chirurgie buccale |
| . Spécialités psychiatriques                             | . Denturologistes                   |
| . Spécialités en hygiène publique et santé communautaire | - Optométristes                     |
| . Spécialités de la radiologie                           | - Pharmaciens propriétaires*        |

Valeurs observées : (habitants/professionnel)

	1986[12]	Québec 1990[1]	1992[1]	Canada[13]	
Ensemble des médecins	521	510	503	556	514
Ensemble des dentistes	2033	1992	1886	1926	1851
Optométristes	7697	7053	6744	10248	9862
Pharmaciens-propriétaires	5556	5781	5389	n.d.	n.d.

Note : \* Les pharmaciens propriétaires incluent les médacins propriétaires de pharmacie, les médecins propharmaciens et les pharmaciens propriétaires situés hors Québec (dans la mesure où ces derniers sont inscrits à la RAMQ et ont fourni des biens et services à des bénéficiaires du Québec pour l’année à l’étude) [1].

Références :

1. RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1993), *Statistiques annuelles 1992*, Québec, RAMQ, 308 p.
2. DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
3. SCHIEBER, G.J., POULLIER, J.-P., GREENWALD, M., (1991), «Health care systems in twenty-four countries», *Health Affairs*, 10(3):22-38.
4. NAIR, C., KARIM, R., (1993), «Aperçu des systèmes de santé du Canada et de certains pays de l’OCDE», *Reports sur la santé*, 5(3):269-279.
5. BLAIS, R., (1989), «L’étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé», *L’Union médicale du Canada*, 118:226-234.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Cadre de référence pour l’évaluation des plans régionaux d’effectifs médicaux couvrant la période du 1er avril 1990 au 31 mars 1993*, Québec, MSSS, 108 p.
7. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., FOURNIER, M.-A., (1992), *Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1972 à 1990 et projections pour 1995*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 135 p.
8. ESCARCE, J.J., (1993), «Would eliminating differences in physician practice style reduce geographic variations in cataract surgery rates?», *Medical Care*, 31(12):1106-1118.
9. DEBOLEER, N., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DESJARDINS, S., FOURNIER, M.-A., (1991), *Comportements professionnels des femmes et des hommes médecins du Québec*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de Recherche interdisciplinaire en santé, 69 p.
10. AUBIN, J., FOURNIER, M.-A., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., (1993), *Profil de pratique des médecins omnipraticiens et spécialistes selon la région*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de Recherche interdisciplinaire en santé, 103 p.
11. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *Le personnel de la santé au Canada 1990*, Ottawa, Approvisionnements et services Canada, 38 p.
12. ST-PIERRE, M.-A., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise. Les ressources humaines*, Québec, MSSS, 18 p.
13. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Indicateurs sur la santé*, Indicateur 205 - Personnel de la santé, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, Tableau CANSIM no. 00060205 (Produit électronique).

33 Dépenses per capita consacrées au domaine de la santé et des services sociaux

Autre appellation : Dépenses per capita par composante de la structure d'activité.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, de la moyenne annuelle des dépenses brutes générées par le système sociosanitaire, par composante de la structure d'activités, à la population totale au milieu de la période [1].  
— Les dépenses brutes sont celles qui représentent l'ensemble des dépenses sans toutefois tenir compte des revenus réalisés par les établissements ni des déficits d'exploitation [2].

Interprétations :

- ◆ Les dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux représentent un indicateur de la disponibilité et de la capacité théoriques de production des ressources sanitaires. Les sommes investies dans la santé et les services sociaux sont sensées produire des améliorations de la santé physique, sociale et émotionnelle des populations ainsi que des améliorations de la qualité de vie des bénéficiaires et de leur famille [3].
- ◆ L'essentiel des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux dépend de la localisation des établissements dans les municipalités [4].
- ◆ Les dépenses per capita nous renseignent sur l'ampleur des disparités intra et interrégionales de ressources de santé et de services sociaux. En d'autres termes, elles fournissent des indications qui permettent d'estimer le manque à gagner de certains territoires en transferts fiscaux dans le secteur de la santé et des services sociaux (établissement seulement) [4].
- ◆ Les dépenses de santé varient selon les régions, la densité urbaine, le nombre de professionnels de la santé et le nombre d'établissements [5].

Mises en garde :

- ◇ L'indicateur ne nous renseigne pas complètement sur l'utilisation des sommes; nous ne savons pas dans quelles proportions les budgets sont utilisés pour produire des services, administrer des programmes, financer de la recherche, etc. [6].
- ◇ L'indicateur ne tient pas compte des caractéristiques de la population (la répartition de la population selon l'âge, par exemple), des caractéristiques des dispensateurs de services (l'âge, le sexe, le nombre d'années de pratique, par exemple) ni des caractéristiques des établissements (par exemple, la vocation suprarégionale ou la spécialisation de certains établissements) [1].
- ◇ L'indicateur repose sur le postulat selon lequel chaque dollar dépensé produit une quantité équivalente de services; c'est-à-dire, que l'efficacité, l'efficience et le rendement de chaque dollar est égal quels que soient la composante d'activité, le programme sanitaire, le type d'établissement, le type de personnel, la région ou les caractéristiques de la population [7,8].
- ◇ L'indicateur ne permet pas de savoir si les sommes consenties sont suffisantes ou non, si la répartition des sommes entre les différents programmes et services est adéquate ni si les services produits avec ces sommes sont alloués aux «bonnes» personnes [7].
- ◇ Dans le cas des comparaisons géographiques, il faut noter que les dépenses sont attribuées à la région qui dispense le service plutôt qu'à la région de résidence du bénéficiaire [5].
- ◇ Les comparaisons temporelles doivent être effectuées en monnaie constante (elles doivent tenir compte de l'inflation) [6].

Sources :

- Numérateur : Fichier des rapports financiers des établissements, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, au cinq ans, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Dépenses annuelle moyennes brutes, pour une période donnée .  
population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Types de soins :

- Soins de santé personnels
  - Services en établissements et services connexes
  - Services professionnels
  - Médicaments et appareils
- Autres dépenses de santé
- Dépenses totales

Valeurs observées : (dollars par personne \*)

	Québec			Canada		
	1982	1987	1991-	1982	1987	1991
	[9]	[9]	1992 [5]	[9]	[9]	[10]
Soins de santé personnels	1086,0	1559,2	n.d.	1101,0	1643,1	n.d.
— Services en établissements et connexes	757,2	1010,7	n.d.	692,6	957,2	n.d.
— Services professionnels	216,6	322,2	n.d.	271,3	426,4	n.d.
— Médicaments et appareils	112,2	226,3	n.d.	137,1	259,5	n.d.
Autres dépenses de santé	119,4	210,7	n.d.	163,3	226,1	n.d.
Dépenses totales	1205,4	1769,9	2000,2	1264,3	1869,3	2446,1

Note : \* Les valeurs exprimées n'ont pas été traduites en monnaie constante.

Références :

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), SIFO *Système d'information financière et opérationnelle. Méthodologie*, Québec, MSSS, Service des études opérationnelles et données statistiques, 61 p.
2. ST-PIERRE, M.-A., (1990), *SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Synthèse statistique 1981-1982 à 1987-1988*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 100 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;5).
3. DRUMMOND, S., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W., (1987), *Methods for the Evaluation of Health Care Programmes*, New York, Oxford University Press, 182 p.
4. CÔTÉ, C., (1991), *Désintégration des régions. Le sous-développement durable au Québec*, Chicoutimi, Édition JCL, Chicoutimi, 261 p.
5. ST-PIERRE, M.-A., (1993), *SIFO Système d'information financière et opérationnelle, Statistique 1985-1986 et 1991-1992*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 124 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;22).
6. PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agenc d'Arc inc., p. 211.
7. EVANS, R.G., (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 390 p.
8. DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, pp. 208-215,246-249,419-436.
9. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Indicateurs sur la santé 1992*, Ottawa, Statistique Canada et Centre canadien d'information sur la santé, tableau 201 (Produit électronique).
10. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1993), *Les dépenses en matière de santé au Canada*, Ottawa, SBESC, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, 9 p.



34 Durée moyenne d’hospitalisation selon la cause

Autre appellation : Séjour moyen d’hospitalisation.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre de journées d’hospitalisation, pour une cause spécifique, au nombre d’hospitalisations, pour la même cause, durant la même période [1].

- Les statistiques d’hospitalisation sont établies d’après les fiches de départ fournies par les hôpitaux de soins de courte durée. Les départs sont occasionnés par le décès, la fin de l’hospitalisation ou le transfert vers un autre établissement. Une personne apparaît autant de fois dans le fichier qu’il y a de départs établis à son nom [1-2].
- Le nombre de journées d’hospitalisation correspond à la durée totale du séjour dans l’installation hospitalière, incluant le jour de l’admission et les jours de congé temporaire, mais excluant le jour de sortie [3].
- Les hospitalisations dans les unités de longue durée, dans les centres hospitaliers de réadaptation, dans les centres hospitaliers psychiatriques, dans les unités de soins d’un jour ainsi que les hospitalisations de longue durée sont exclues [3].
- La cause retenue correspond au diagnostic principal ou primaire. Ce diagnostic représente l’affection la plus importante du malade durant son hospitalisation ou le diagnostic ayant requis la plus grande part des ressources médicales [1,3]. Les diagnostics sont actuellement définis selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l’OMS [1].

Interprétations :

- La durée moyenne d’hospitalisation représente un indicateur de la disponibilité ainsi que de l’utilisation des services de santé [4].
- La durée de séjour dépend des facteurs reliés aux bénéficiaires, de ceux reliés aux professionnels de la santé et de ceux reliés à l’organisation des soins. Les facteurs reliés aux bénéficiaires incluent le type de pathologie et sa gravité, les caractéristiques sociodémographiques ainsi que la volonté de guérir. Les facteurs associés aux professionnels incluent les caractéristiques socioculturelles, les préférences et les pratiques particulières. Les facteurs organisationnels (ou systémiques) incluent la disponibilité de ressources de rechange, le type d’établissement, la disponibilité des services à domicile (post-sortie), la disponibilité des services diagnostiques, les politiques de l’établissement, les protocoles de soins, la disponibilité des lits, l’ampleur de la file d’attente, le taux d’occupation des lits, la période de l’année ainsi que le mode de paiement des frais médicaux [4-7].
- Cet indicateur est aussi utile à des fins de recherche évaluative sur les services de santé [8].
- Le choix des causes d’hospitalisation à partir du diagnostic principal peut se faire selon leur importance relative, leurs liens avec les objectifs de santé, le caractère évitable, etc. [9].
- La croissance des coûts hospitaliers est inversement proportionnelle à la durée moyenne d’hospitalisation [7].
- Les durées moyennes d’hospitalisation sont plus longues pour les femmes, les personnes âgées et les personnes défavorisées socio-économiquement [1,3,10].

Mises en garde :

- Une personne peut être hospitalisée plus d’une fois au cours d’une année ou plus d’une fois pour un même épisode de soins; l’indicateur ne représente donc pas un séjour moyen par épisode [1,2,4].
- Le fait de ne retenir que le diagnostic principal dans le calcul selon la cause entraîne une distorsion qui peut être plus importante pour les affections les moins sérieuses que pour les maladies chroniques [1].
- Les statistiques provinciales sur les hospitalisations sont basées sur la province où le patient a été traité, ce qui, dans environ 2 % des cas, ne correspond pas à la province de résidence du patient [1]. Pour les régions limitrophes, où une partie importante des hospitalisations ont lieu dans une province voisine, la sous-déclaration serait beaucoup plus importante [11].

- Les hospitalisations pour troubles mentaux sont très partielles puisque les centres psychiatriques sont exclus des fichiers [1,3].
- La fiabilité du diagnostic varie selon la cause. Plus le diagnostic est spécifique, plus sa fiabilité diminue [4].

Sources :

Fichier MED-ÉCHO, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de journées d’hospitalisations, pour une période donnée, pour une cause spécifique .  
Nombre d’hospitalisations durant la même période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-34, 35-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85 et plus, total.  
Cause : Selon la classification CIM-9 (voir les valeurs observées).

Valeurs observées : (en journées)

	Québec				Canada			
	1987-1988 [12]		1990-1991 [1]		1987-1988 [12]		1990-1991 [1]	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Tumeurs (140-239)	18,8	16,5	17,4	15,9	16,1	14,4	14,8	13,4
Appareil circulatoire (390-459)	19,4	26,4	18,8	25,9	16,9	25,0	15,3	22,1
Appareil respiratoire (460-519)	8,9	10,2	11,0	11,8	8,4	8,4	7,9	8,3
Appareil digestif (520-579)	8,3	10,3	7,5	9,3	7,1	8,6	6,6	7,7
Organes génito-urinaires (580-629)	8,7	6,7	8,4	6,5	7,5	6,2	6,9	6,0
Système ostéo-musculaire (710-739)	9,9	15,0	11,0	15,3	9,3	14,3	8,9	13,4
Traumatismes (E800-E999)	11,2	19,4	11,9	18,7	9,0	13,5	8,9	12,8

Références :

- STATISTIQUE CANADA, (1993), *La morbidité hospitalière 1990-91*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, n.p. (Cat 82-217).
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 151-153 (Cat. 82-543F).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Statistiques MED-ÉCHO 1984-1985 à 1988-1989 : hospitalisations pour les soins de courte durée au Québec*, Québec, MSSS, pp. 1-35.
- SCHIEBER, G.J., POULLIER, J.P., GREENWALD, L.M., (1991), «Health care systems in twenty-four countries», *Health Affairs*, 10(3):22-38.
- NAIR, C., KARIM, R., (1993), «Aperçu des sytèmes de santé du Canada et de certains pays de l’OCDE», *Rapports sur la santé*, 5(3):259-279.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d’Arc inc., 480 p.
- EVANS, R.G., (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 390 p.
- PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F., FOURNIER, P., (1988), «L’exploitation de grandes bases de données sur la morbidité pour l’évaluation des services de santé», *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 36:267-272.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, (1993), *Healthy People 2000 Review 1992*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 154 p.
- FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Lits Cd. Bassins de desserte 1990*, Québec, MSSS, Direction de la santé physique, 89 p.
- STATISTIQUE CANADA, (1990), *La morbidité hospitalière 1987-88*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, n.p. (Cat 82-217).

35 Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées par la vaccination

Autre appellation : Fréquence annuelle des nouveaux cas de MADO visées par la vaccination.

Définitions :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de maladies transmissibles faisant l'objet d'un programme de vaccination systématique chez les enfants, à la population totale au milieu de la période.

- Une maladie transmissible est une maladie contagieuse d'origine virale ou bactérienne dont certaines peuvent occasionner des séquelles permanentes graves ou entraîner la mort [1].
- Les maladies transmissibles visées par un programme systématique de vaccination des enfants sont: la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole et les infections causées par Haemophilus influenzae de type B [2]. Ce sont toutes des maladies à déclaration obligatoire (MADO), c'est-à-dire qu'elles doivent légalement faire l'objet d'un signalement de la part des médecins ou des laboratoires [3].

Interprétations :

- Cet indicateur fournit des indications sur l'efficacité des programmes de vaccination des enfants pour chacune des maladies transmissibles visées par de tels programmes [4].
- La vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus rentables en vue de réduire ou d'éliminer la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles [5].

Mises en garde :

- L'interprétation des variations temporelles et spatiales des données d'incidence doit tenir compte de la spécificité de chacune des maladies, comme par exemple le fait qu'elles peuvent présenter des différences au niveau de leurs groupes et facteurs de risque ou encore dans leurs cycles d'apparition. Il faut aussi s'assurer que ces variations ne sont pas associées à un effort visant une meilleure déclaration ou à l'amélioration de la couverture vaccinale ni à des changements dans l'accès aux services médicaux ou dans la sensibilité et la spécificité des tests diagnostiques ou à la définition elle-même de la maladie. On doit aussi tenir compte de facteurs comme la saison, l'ajout de nouvelles sources de déclaration ainsi que les variations dans les pratiques de déclaration entre les provinces et au niveau infra-provincial [2,3,6,7].
- Les données représentent des événements et non des individus. Pour un individu, on peut déclarer plus d'une maladie. Cependant, il est possible que pour un même épisode de la maladie, un individu soit enregistré plus d'une fois malgré les procédures mises en place par certaines provinces en vue de la détection des cas déclarés en double [7,8].
- Le niveau de sous-déclaration des MADO varie énormément en fonction de la maladie, de l'accès aux services médicaux et de laboratoire, selon la source de déclaration et d'un territoire à l'autre [9].

Sources :

- Numérateur : Fichier central des maladies à déclaration obligatoire, Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), annuel Santé et Bien-être social Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, au cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre de nouveaux cas annuels moyens d'une maladie visée par la vaccination à l'enfance, pour une période donnée x 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Indicateur associé :

- La densité d'incidence : Rapport pour une période donnée, du nombre de nouveaux cas déclarés, à la population à risque au milieu de la période, multiplié par 52 semaines et divisé par le nombre de semaines de la période observée, multiplié par 100 000 [10].

Catégories suggérées :

- Sexe : Masculin, féminin, total.
- Âge : Moins d'un an, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 et plus, total.
- Causes : Diphtérie (032.0-032.9), Coqueluche (033.0-033.9), Tétanos (037.0-037.9), Poliomyélite (045.0-045.9), Rougeole (055.0-055.9), Rubéole (056.0-056.9), Oreillons (072.0-072.9), Haemophilus inf.B (320.0)

Valeurs observées : (taux pour 100 000)

	Canada [11]		Québec [11]	
	1986	1991	1986	1991
Coqueluche	9,20	10,10	3,20	9,30
Diphtérie	0,02	0,01	0,00	0,00
Haemophilus inf.B	2,10	1,40	0,50	2,30
Oreillons	2,30	1,50	0,00	0,90
Poliomyélite	0,00	0,00	0,00	0,00
Rougeole	58,40	22,90	1,20	4,20
Rubéole	9,70	2,60	1,70	0,80
Tétanos	0,02	0,01	0,00	0,01

Références :

- ROTHMAN, K.J., (1986), *Modern Epidemiology*, Boston, Little Brown, p. 24.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1993), «Lignes directrices pour l'évaluation de la couverture vaccinale chez les enfants», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Ottawa, 19 (21):180-182.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1989), *Maladies à déclaration obligatoire, Rapport annuel 1988*, Québec, MSSS, 106 p.
- LAST, L.M., (1986), *Public Health and Preventive Medicine*, Twelfth edition, Norwalk, Connecticut, ACC, pp. 107-108.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1993), «Programme élargi de vaccination : partie I, Relevé Épidémiologique Hebdomadaire», 68:1-6.
- SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1993), *Monographies en maladies infectieuses (excluant MTS-sida)*, Montréal, Groupe de travail provincial sous la coordination du docteur Richard Massé de l'hôpital Général de Montréal, p. 55.
- PARENT, R., ALARY, M., (1994), *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydose, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-92*, Québec, Centre Québécois de Coordination sur le sida, pp. 12, 17.
- LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1994) Fichier MADO, Librairie technique, Duplications des dossiers MADO, 7 février, 5 p.
- THACKER, S.B., CHOI, K., BRACHMAN, P.S., (1983), «The surveillance of infections diseases», *JAMA*, 249(9): 1181-1185.
- MORGENSTERN, H., KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L., (1980) «Measures of disease incidence used in epidemiologic research» *International Journal of Epidemiology*, 9: 97-104.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1991), *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1991*, Ottawa, SBESC, 75 p.

2. ÉTAT DE SANTÉ

*État de santé subjectif*

*État de santé objectif*

*Morbidité extra-hospitalière*  
*Morbidité hospitalière*  
*Mortalité*



36 Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé

Autre appellation : Proportion de la population se percevant en moyenne ou mauvaise santé.

Définition :

Proportion de la population de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés [1-3].

- Le répondant doit qualifier son état de santé comparativement aux autres personnes du même âge [1-3].
- Les personnes ne se percevant pas en bonne santé sont celles qui ont déclaré un état de santé moyen ou mauvais [1].

Interprétations :

- ♦ La perception de l'état de santé est un indicateur global de l'état de santé [1].
- ♦ L'indicateur est relié à la présence de problèmes de santé (aigus et chroniques; physiques et psychologiques) ainsi qu'à la mortalité générale, à l'utilisation de services de santé et aux limitations fonctionnelles et, ce, tant dans la population générale que chez les personnes âgées et chez celles présentant une affection particulière (notamment les problèmes cardiaques, l'infection par le VIH ou le diabète) [4-13].
- ♦ Il existe une concordance entre cet indicateur de santé subjective (mesurée par une seule question) et certains indices objectivés globaux de santé [1,13,14].
- ♦ La proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé est supérieure pour les femmes, pour les personnes âgées, les personnes de niveau socio-économique faible, les personnes les moins scolarisées ainsi que les personnes mariées [1,3,4].

Mises en garde :

- ◇ La perception de son propre état de santé peut être reliée à des symptômes aigus temporaires [9].
- ◇ La définition de la santé est laissée à la discrétion du répondant; elle peut donc varier d'un répondant à l'autre [15].
- ◇ Les réponses obtenues dans les enquêtes sont sensibles au mode d'administration des outils de collecte. Dans l'enquête de Santé Québec de 1987 les individus répondaient à un questionnaire auto-administré (QAA), tandis que dans les deux enquêtes de promotion Santé Canada (EPS85 et EPS90) les individus participaient à une entrevue téléphonique [1-3].
- ◇ Des différences culturelles importantes peuvent exister dans l'évaluation subjective de la santé. Le format des réponses (échelle de Likert) est culturellement biaisé [16]; chez les Inuit, seule la santé physique est reliée à l'évaluation subjective de la santé [17].
- ◇ Pour certaines populations (notamment pour les hommes), il peut exister un biais favorisant une évaluation plus positive de l'état de santé, ce qui entraîne une sous-estimation de l'indicateur [18].
- ◇ L'ordre des questions d'un outil de collecte peut avoir un effet sur la réponse [19]. Dans l'ESQ, la question servant de mesure à la santé subjective apparaît au tout début du questionnaire auto-administré (QAA); il en est de même pour l'EPS85 et l'EPS90 [1-3].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé / Population totale de 15 ans et plus dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 15-24 ans, 25-44, 45-64 et 65 et plus, total (15 ans et plus).

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 [2]	1987 [1]	1990 [3]
Québec	13,5	11,4	16
Canada	12,3	n.d.	13

Références :

1. LANGEVIN, C., (1988), «Perception de l'état de santé des québécois», dans MSSS (éd.), *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 152-156.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985), Description des données québécoises*, Québec, MSSS, p. 15.
3. ADAMS, O., (1993), «L'état de santé», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la Santé Canada, 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, p. 34.
4. ADAMS, O.B., (1988), «L'état de santé», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la Santé Canada, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 184-185.
5. KAPLAN, G.A., CAMACHO, T., (1983), «Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort», *American Journal of Epidemiology*, 117(3):292-304.
6. IDLER, E.L., KASL, S.V., LEMKE, J.H., (1990), «Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):91-103.
7. MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E., (1982), «Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly», *American Journal of Public Health*, 72(8):800-808.
8. ROCKWOOD, K., STOLEE, P., REBERTSON, D., SHILLINGTON, E.R., (1989), «Response bias in a health status survey of elderly people», *Age and Ageing*, 18(3):177-182.
9. JOHNSON, R.J., WOLINSKY, F.D., (1993), «The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health», *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2):105-121.
10. WANNAMETHEE, G., SHAPER, A.G., (1991), «Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men», *International Journal of Epidemiology*, 20(1):239-245.
11. PERMANYER-MIRALDA, G., ALONSO, J., ANTÓ, J.M., ALLUARDE-GUIMERA, M., SOLER-SOLER, J., (1991), «Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in stable patients with coronary artery disease», *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(8):779-786.
12. LIANG, J., BENNETT, J., WHITELAW, N., MAEDA, D., (1991), «The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan», *Medical Care*, 29(12):1161-1180.
13. WU, A.W., RUBIN, H.R., MATHEWS, W.C., WARE Jr, J.E., BRYSK, L.T., HARDY, W.D., BOZZETTE, S.A., SPECTOR, S.A., RICHMAN, D.D., (1991), «A health status questionnaire using 30 items from the Medical outcome study», *Medical Care*, 29(8):786-798.
14. SEGOVIA, J., BARTLETT, R.F., EDWARDS, A.C., (1989), «An empirical analysis of the dimensions of health status measures», *Social Science and Medicine*, 29(6):761-768.
15. DONAVAN, J.L., FRANKEL, S.J., EYLES, J.D., (1993), «Assessing the need for health status measures», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(2):158-162.
16. FLASKERUD, J.H., (1988), «Is the Likert scale format culturally biased?», *Nursing Research*, 37(3):185-186.
17. SANTÉ QUÉBEC, (1994), *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik*, 1992, Tome 1, Montréal, Santé Québec, 375p.
18. COLIN, C., LAVOIE, J.-P., POULIN, C., (1989), *Les personnes défavorisées. Et la santé ça va? numéro 3*, Québec, MSSS, pp. 27-30.
19. McCLENDON, M.J., O'BRIEN, D.J., (1988), «Question-order effects on the determinants of subjective well-being», *Public Opinion Quarterly*, 52(3):351-364.

37 Proportion de la population ayant au moins un problème de santé

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion des personnes ayant au moins un problème de santé par rapport à la population totale dans les ménages privés [1,2].

- Les problèmes ont été déclarés par un répondant, pour l'ensemble du ménage, en raison de leur chronicité ou parce qu'ils ont amené une consultation médicale, une consommation de médicaments ou une limitation d'activité [1,2].

Interprétations :

- ♦ La proportion de la population ayant au moins un problème de santé représente un indicateur général de l'état de santé d'une population. Cet indicateur permet d'estimer la proportion de personnes pour lesquelles au moins un problème de santé physique ou mentale (toutes gravités confondues) a été signalé [1,2].
- ♦ La déclaration des problèmes sanitaires est reliée à une série de facteurs : les femmes déclarent de tels problèmes davantage que les hommes, les personnes âgées davantage que les personnes plus jeunes, les personnes plus scolarisées davantage que les personnes moins scolarisées, les personnes socio-économiquement défavorisées moins que les autres [1-10]. Le type d'emploi [3] et l'affiliation religieuse [11] jouent également un rôle.
- ♦ Indépendamment de la déclaration elle-même, les personnes les plus susceptibles d'avoir au moins un problème de santé sont les personnes âgées, les femmes et les personnes de milieux défavorisés [1].

Mises en garde :

- ◇ Tous les problèmes de santé ne sont pas inclus; les problèmes aigus n'ayant pas entraîné une consultation médicale, une limitation d'activité ou une consommation de médicaments sont exclus [1,2].
- ◇ Les problèmes de santé les plus bénins sont confondus avec les problèmes de santé les plus graves [1,2].
- ◇ Des biais de mémoire, de télescopage, de désirabilité sociale et de connaissance sont toujours possibles; la personne répondante étant souvent une tierce personne la possibilité de la présence d'au moins un de ces biais est accrue [4,6,7,9,12-15].
- ◇ Les femmes se souviennent davantage que les hommes des événements sanitaires et de la date à laquelle ces événements sont survenus. Par ailleurs, la sous-estimation est plus fréquente quant aux consultations médicales (en cabinet privé et en clinique externe), à la consommation de médicaments et à la sévérité des symptômes [8-10].
- ◇ Les données sont aussi susceptibles d'être biaisées par un effet d'intervieweur : selon les caractéristiques et de l'intervieweur et du répondant (sexe, âge, ethnie, etc.), les habiletés élocutoires du répondant, la formation spécifique ainsi que le «style» et les attentes de l'intervieweur [16,17].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population ayant au moins un problème de santé / Population totale dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 ans et plus, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1978-1979	1987
Québec [1]	50,8	54,5
Canada	54,4 [2]	n.d.

Références :

1. LEVASSEUR, M., (1988), «Fréquence et nature des problèmes de santé», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 94-105.
2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, p. 12, 115,196-207 (Cat 82-538F).
3. MacINTYRE, S., PRITCHARD, C., (1989), «Comparison between the self assessed and observed-assessed presence and severity of colds», *Social Science and Medicine*, 29(11):1243-1248.
4. MOSELEY II, R.R., ROLINSKY, F.D., (1986), «The use of proxies in health surveys», *Medical Care*, 24(6):496-510.
5. YUEN, P., MACHIN, D., BALARAJAN, R., (1990), «Inequalities in health: Socioeconomic differences in self-reported morbidity», *Public Health*, 104:65-71.
6. KELLEY, J.P., ROSENBERG, L., KAUFMAN, D.W., SHAPIRO, S., (1990), «Reliability of personal interview data in a hospital-based case-control study», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):79-80.
7. BLAIR, J., MENON, G., BICKART, B., (1991), «Measurement effects in self vs. proxy response to survey questions: An information-processing perspective», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 145-166.
8. AURIAT, N., (1993), «My wife knows best: A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register», *Public Opinion Quarterly*, 57(2):165-190.
9. HATCH, M.C., MISRA, D., KABAT, G.C., KARTZMER, S., (1991), «Proxy respondents in reproductive research: A comparison of self and partner-reported data», *American Journal of Epidemiology*, 133(8):826-831.
10. FIKREE, F.F., GRAY, R.H., SHAH, F., (1993), «Can men be trusted? A comparison of pregnancy histories reported by husbands and wives», *American Journal of Epidemiology*, 138(4):237-242.
11. MACKENBACH, J.P., KUNST, A.E., DE VRIJ, J.H., VAN MEEL, D., (1993), «Self-reported morbidity and disability among Trappist and Benedictine monks», *American Journal of Epidemiology*, 138(8):569-573.
12. CLEARY, P.D., JETTE, A.M., (1984), «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9):796-803.
13. HAYES, M.V., TAYLOR, S.M., BAYNE, L.R., POLAND, B.D., (1990), «Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies», *Social Science and Medicine*, 31(4):455-460.
14. EISENHOWER, D., MATHIOWETZ, N.A., MORGANSTEIN, D., (1991), «Recall error: Sources and bias reduction techniques», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 127-144.
15. TENNANT, A., BADLEY, E.M., SULLIVAN, M., (1991), «Investigating the proxy effect and the saliency principle in household based postal questionnaire», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(4):312-316.
16. HOX, J.J., DE LEEUW, E.D., KREFT, I.G.G., (1991), «The effect of interviewer and respondent characteristics on the quality of survey data: A multilevel model», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S., *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 439-461.
17. CHEVALIER, S., (1994), «Aspects de l'effet d'intervieweur dans les questionnaires d'enquête», dans ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, *Recueil des résumés de communications*, Montréal, ACFAS, p. 548.

38 Prévalence des principaux problèmes de santé

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion de la population présentant un problème de santé donné par rapport à la population totale dans les ménages privés[1].

- Les problèmes ont été déclarés par un répondant, pour l'ensemble du ménage, en raison de leur chronicité ou parce qu'ils ont amené une consultation médicale, une consommation de médicaments ou une limitation d'activité [1].
- Les problèmes sont généralement classés selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS [1-2].

Interprétations :

- La prévalence des principaux problèmes de santé représente un indicateur de la morbidité ressentie dans la population. Cet indicateur permet d'estimer la proportion de personnes pour lesquelles un problème spécifique de santé physique ou mentale (toutes gravités confondues) a été déclaré [1,2].
- La déclaration des problèmes sanitaires est reliée à une série de facteurs : les femmes déclarent des problèmes sanitaires davantage que les hommes, les personnes âgées davantage que les personnes plus jeunes, les personnes plus scolarisées davantage que les personnes moins scolarisées, les personnes socio-économiquement défavorisées moins que les autres [1-10]; le type d'emploi [3] et l'affiliation religieuse [11] joue également un rôle.
- Les personnes les plus susceptibles d'avoir un problème de santé sont les personnes âgées, les femmes et les personnes de milieux défavorisés [1].
- Les principaux problèmes de santé déclarés sont, par ordre d'importance, l'arthrite et les rhumatismes, les troubles mentaux, les maux de tête et l'hypertension [1-2].

Mises en garde :

- Tous les problèmes de santé ne sont pas inclus; les problèmes aigus n'ayant pas entraîné une consultation médicale, une limitation d'activité ou une consommation de médicaments sont exclus [1,2].
- Les problèmes de santé les plus bénins ne sont pas distingués des problèmes de santé les plus graves [1,2].
- Les catégories de problèmes retenues (soit dans les réponses proposées ou par codage) peuvent différer d'une source de données à l'autre [1,2]. Lorsqu'un problème de santé n'est pas spécifiquement inscrit au questionnaire, une sous-déclaration de ce problème peut s'ensuivre [1].
- L'identification subjective d'un problème spécifique de santé peut s'avérer peu fiable par comparaison avec un diagnostic posé par un professionnel de la santé [3,10].
- Des biais de mémoire, de télescopage, de désirabilité sociale et de connaissance sont toujours possibles; la personne répondante étant souvent une tierce personne la possibilité de la présence d'au moins un de ces biais est accrue [4,6,7,9,12].
- Les femmes se souviennent davantage que les hommes des événements sanitaires et de la date à laquelle ces événements sont survenus. Par ailleurs, la sous-estimation est plus fréquente quant aux consultations médicales (en cabinet privé et en clinique externe), à la consommation de médicaments et à la sévérité des symptômes [8-10].
- Les données sont aussi susceptibles d'être biaisées par un effet d'intervieweur; selon les caractéristiques et de l'intervieweur et du répondant (sexe, âge, ethnie, etc.), les habiletés élocutoires du répondant, la formation spécifique et le «style» et les attentes des intervieweurs [13,14].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Population ayant un problème de santé donné / Population totale dans les ménages privés × 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, Féminin, total.

Âge : 0-14 ans, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 ans et plus, total.

Causes : Inspirées de la CIM-9.

Valeurs observées : (en pourcentage)	Québec 1987 [1]	Canada 1978-1979 [2]
Arthrite et rhumatisme	10,6	10,6
Troubles mentaux	8,8	4,3
Maux de tête	8,3	4,8
Maux de dos	7,2	n.d.*
Hypertension	6,3	6,7

Note : \* Cette catégorie n'existe pas sous cette forme dans l'ESC.

Références :

- LEVASSEUR, M., (1988), «Fréquence et nature des problèmes de santé», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 94-106.
- SANTÉ BIEN ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, p. 12,115,196-207 (Cat 82-538F).
- MacINTYRE, S., PRITCHARD, C., (1989), «Comparison between the self assessed and observed-assessed presence and severity of colds», *Social Science and Medicine*, 29(11):1243-1248.
- MOSELEY II, R.R., ROLINSKY, F.D., (1986), «The use of proxies in health surveys», *Medical Care*, 24(6):496-510.
- YUEN, P., MACHIN, D., BALARAJAN, R., (1990), «Inequalities in health: Socioeconomic differences in self-reported morbidity», *Public Health*, 104:65-71.
- KELLEY, J.P., ROSENBERG, L., KAUFMAN, D.W., SHAPIRO, S., (1990), «Reliability of personal interview data in a hospital-based case-control study», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):79-80.
- BLAIR, J., MENON, G., BICKART, B., (1991), «Measurement effects in self vs. proxy response to survey questions: An information-processing perspective», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement errors in surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 145-166.
- AURIAT, N., (1993), «My wife knows best: A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register», *Public Opinion Quarterly*, 57(2):165-190.
- HATCH, M.C., MISRA, D., KABAT, G.C., KARTZMER, S., (1991), «Proxy respondents in reproductive research: A comparison of self and partner-reported data», *American Journal of Epidemiology*, 133(8):826-831.
- FIKREE, F.F., GRAY, R.H., SHAH, F., (1993), «Can men be trusted? A comparison of pregnancy histories reported by husbands and wives», *American Journal of Epidemiology*, 138(4):237-242.
- MACKENBACH, J.P., KUNST, A.E., DE VRIJ, J.H., VAN MEEL, D., (1993), «Self-reported morbidity and disability among Trappist and Benedictine monks», *American Journal of Epidemiology*, 138(8):569-573.
- TENNANT, A., BADLEY, E.M., SULLIVAN, M., (1991), «Investigating the proxy effect and the saliency principle in household based postal questionnaire», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(4):312-316.
- HOX, J.J., DE LEEUW, E.D., KREFT, I.G.G., (1991), «The effect of interviewer and respondent characteristics on the quality of survey data: A multilevel model», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 439-461.
- CHEVALIER, S., (1994) «Aspects de l'effet d'intervieweur dans les questionnaires d'enquête», dans ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, *Recueil des résumés de communications*, Montréal, ACFAS, p. 548.

39 Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et indemnisées

Autre appellation : Fréquence relative des lésions professionnelles déclarées et indemnisées

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et indemnisées, à la population de travailleurs de 15 ans et plus occupés au milieu de la période [1].

- Une lésion professionnelle se définit comme étant un accident de travail ou une maladie professionnelle [1].
- Une lésion professionnelle déclarée et indemnisée est une lésion qui a été admise par l'organisme payeur et pour laquelle des déboursés ont été inscrits dans le dossier, à titre d'indemnités de remplacement de revenu, d'indemnités pour dommages corporels, d'indemnités de décès, de frais d'assistance médicale ou de frais de réadaptation [1-2].

Interprétations :

- ♦ Le taux d'incidence des lésions professionnelles renseigne sur les risques relatifs de lésions auxquelles sont exposés les travailleurs [3].
- ♦ Le taux d'incidence représente l'incidence relative des nouveaux événements (lésions) dans un groupe de travailleurs et non pas la proportion des individus ayant subi une lésion dans ce même groupe [4].
- ♦ Les accidents de travail représentent environ 97% de l'ensemble des lésions professionnelles déclarées et indemnisées [5].
- ♦ Le dos et les membres supérieurs sont les principaux sièges de lésions en ce qui concerne les accidents de travail. La surdité et les atteintes du système musculosquelettique sont les principales lésions déclarées et indemnisées pour les maladies professionnelles [6].
- ♦ L'on retrouve cinq grandes catégories de facteurs de risque liés aux accidents de travail: les facteurs liés au matériel, au milieu, à l'organisation, à la tâche et aux individus [3].
- ♦ Le taux d'incidence varie selon la durée d'exposition, le secteur d'activité, la profession, l'âge, le quart de travail et la syndicalisation [1,7-9]. Le taux est huit fois plus élevé chez les travailleurs manuels que chez les travailleurs non manuels. Parmi les 19 professions les plus à risque, au moins huit sont clairement liées au secteur de la construction [3,10].

Mises en garde :

- ◇ Le taux correspond à des événements et non des individus. Un travailleur peut être victime de plus d'une lésion au cours d'une même année [1].
- ◇ Les données ne tiennent pas compte de la durée d'exposition au risque [1].
- ◇ Certains secteurs sont mal couverts au chapitre de l'indemnisation, puisqu'ils comprennent un grand nombre de travailleurs autonomes ou de propriétaires-opérateurs qui ne souscrivent à aucun régime de sécurité au travail [1,3].
- ◇ Il existe des facteurs encourageant ou décourageant la déclaration des lésions. De ce fait, il existe une sous-déclaration des lésions professionnelles qui peut varier d'un secteur à l'autre ou d'une profession à l'autre [3].
- ◇ Étant donné la période de latence plus ou moins longue de certaines maladies, la lésion peut être reliée à un emploi antérieur à celui occupé au moment de l'événement [11].
- ◇ La conception de cet indicateur repose sur des conventions couramment admises, ce qui permet des comparaisons interprovinciales et internationales. Toutefois, ces comparaisons doivent tenir compte des lois et des règles de fonctionnement propres à chacune des instances ainsi que de la composition professionnelle et sectorielle de la main-d'oeuvre de chacun des territoires comparés [1].

Sources :

- Numérateur : Fichier des lésions professionnelles, CSST, annuel, Statistique Canada, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou enquête sur la population active, de Statistique Canada, mensuelle, ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et indemnisées pour une période donnée / Population de travailleurs de 15 ans et plus au milieu de la période × 100.

Catégories suggérées :

- Sexe : Masculin, féminin, total.
- Âge : 15-24 ans, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).
- Profession : Selon la Classification canadienne descriptive des professions (CCDP) de la Classification type des professions (CTP) [12].
- Secteur d'activité économique : Selon la Classification des activités économiques du Québec (CAEQ-84) [13] ou la Classification type des industries de Statistique Canada [14].
- Siège de la lésion : Selon le système de classification élaboré par l'American National Standard.

Valeurs observées : (Taux pour 100 travailleurs)

	1986 [15]	1991 [2]
Québec	8,0	5,9
Canada	5,1	4,0

Références :

1. HÉBERT, F., DUGUAY, P., MASSICOTTE, P., (1993), *L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs par secteur d'activité économique en 1986*, Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail, 187 p.
2. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Les accidents du travail 1990-1992*, Ottawa, Statistique Canada, tableau 1.
3. PÉRUSSE, M., (1991), «Les traumatismes liés au travail», dans BEAULNE, G., (éd.) *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 215-230.
4. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 63.
5. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Annexe statistique au rapport d'activité 1992*, Québec, CSST, 224 p.
6. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Statistiques sur les lésions professionnelles 1989*, Québec, CSST, 186 p.
7. STEWART, P., SCHAIRER, C., BLAIR, A., (1990), «Comparison of jobs, exposures, and mortality risks for short-term and long-term workers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(8):703-708.
8. HARRINGTON, J.M., SCHILLING, R.S.F., (1981), «Work and health», dans SCHILLING, R.S.F., (éd.), *Occupational Health Practices*, 2e édition, London, Butterworths, pp. 60-61.
9. DEBOBBELEER, N., CHAMPAGNE, F., GERMAN, P., (1990), «Safety performance among union and nonunion workers in the construction industry», *Journal of Occupational Medicine*, 32(11):1099-1103.
10. NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, (1989), *Injury Prevention, Meeting the Challenge*, New York, Oxford University Press, p. 179.
11. BRESNITZ, E., (1990), «A model system for occupational disease surveillance activities applying centers for disease control guideline to poison control centers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(3):255-259.
12. EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA, (1989), *Classification canadienne descriptive des professions (CCDP), Guide*, 9e édition, Ottawa, Emploi et Immigration Canada, 354p.
13. BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1984), *Classification des activités économiques du Québec*, Québec, BSO.
14. STATISTIQUE CANADA, (1980), *Classification type des industries 1980*, Ottawa, Statistique Canada, Division des normes, 550 p.
15. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Les accidents du travail 1985-1987*, Ottawa, Statistique Canada, tableau 1.

40 Taux d'intoxication

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen d'intoxications signalées à la population totale au milieu de cette période.

- Une intoxication est une action nocive qu'exerce une substance toxique (poison) sur l'organisme [1,2].
- L'intoxication est aiguë lorsque l'exposition à une substance est unique ou répétée pendant un intervalle de temps court (heures, jours), peu importe la voie de pénétration, la quantité, les circonstances, etc. L'exposition répétée pendant un intervalle de temps plus long (semaines, mois, années) correspond à ce qu'il est convenu d'appeler une intoxication chronique [2-5].

Interprétations :

- ◆ Cet indicateur permet d'évaluer l'ampleur du phénomène d'intoxication signalée. Le taux d'intoxication ventilé selon le type, les populations à risque et la nature des produits peut servir à développer des mesures préventives adéquates [3].
- ◆ Les intoxications sont surtout dues à l'absorption orale d'un produit toxique (près de 75% des cas), mais elles peuvent aussi survenir par une exposition cutanée, nasale ou oculaire [3,6,7].
- ◆ La composition du produit (ingrédients, concentration) et sa formulation (solide, liquide, gazeux) peuvent déterminer le type et la gravité de l'intoxication [3,5].
- ◆ Les enfants, surtout ceux âgés de 0 à 5 ans, constituent le groupe à risque le plus important parmi les cas d'intoxication [3,6-9].
- ◆ Les intoxications peuvent être de type intentionnel, accidentel ou encore de nature thérapeutique, liées au milieu de travail ou autres [3,6,8,9].
- ◆ La nature du traitement de l'intoxication donne un bon aperçu de la gravité d'un cas. À cet effet, que ce soit aux États-Unis ou au Québec, environ 75% des cas sont traités à domicile, 20% à l'hôpital, les autres étant traités à la fois à la maison et à l'hôpital [3,6].
- ◆ Les médicaments représentent près de la moitié des cas d'intoxication. Toutefois, les produits à l'origine de l'intoxication sont en étroite relation avec l'âge. Ainsi, les parfums et les plantes sont les principales causes des intoxications des enfants, alors que le monoxyde de carbone, le chlore de piscine et les pesticides expliquent une large part des intoxications des adultes [3,6,8,9]. De plus, les intoxications sont très liées aux saisons et aux modalités de remisage des produits [3,6].

Mises en garde :

- ◆ Les cas signalés au Programme de lutte antipoison ne sont pas tous des cas réels d'intoxication confirmés par des signes et des symptômes d'intoxicité suivant l'ingestion d'une substance potentiellement nocive [10].
- ◇ Les cas signalés ne constituent pas l'ensemble des cas d'intoxication, mais uniquement ceux pour lesquels le Centre Anti-Poison a été mis à contribution. Le Centre Anti-Poison du Québec n'existe que depuis novembre 1986. C'est pourquoi il n'est pas suffisamment connu du public, pour qui le premier réflexe est encore de se diriger directement à l'urgence la plus proche [3]. À partir des données des centres antipoison américains, on peut estimer qu'il y aurait un minimum de 56 000 cas d'intoxication au Québec [3,11].
- ◇ L'indicateur ne permet pas de distinguer les intoxications aiguës des intoxications chroniques [2-5].
- ◇ Le groupe des personnes âgées est probablement sous-évalué parce que beaucoup d'erreurs thérapeutiques, en institution notamment, ne sont pas rapportées [3].
- ◇ Il est hasardeux d'établir des comparaisons entre les provinces puisque les programmes varient considérablement d'une province à l'autre [10].

Sources :

- Numérateur : Données du Centre Anti-Poison du Québec, annuel, et autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen d'intoxications pour une période donnée x 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Âge : Moins de 5 ans, 6-15, 16 et plus, total.  
Type d'intoxication : Accidentelle, volontaire, autres, total.  
Nature du produit : Médicament, pesticide, produit domestique, produit industriel, total.

Valeurs observées: (taux pour 100 000)

	1987 [10]	1991 [6]	1992 [6]
Québec	401,6	509,3	559,2
Canada	300,3*	n.d.	n.d.

Note : ★ En 1987, le Canada comptait six centres antipoison provinciaux (Québec, Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba et deux en Ontario).

Références :

1. SCHLATTER, J., (1993), «Substances toxiques dans les aliments et dans l'eau potable», dans WEISS, W.(éd.), *La santé en Suisse*, Lausanne, Payot, pp. 461-468.
2. DOMART, A., BOURNEUF, J., (1989), *Nouveau Larousse médical*, Paris, Larousse, pp. 540-541.
3. SANFAÇON, G., BLAIS, R. (1991), «Les intoxications», dans BEAULNE, G. et al., *Les traumatismes au Québec - Comprendre pour prévenir*, Québec, Publications du Québec, pp. 177-190.
4. LAUWREYS, R.R., (1982), *Toxicologie industrielle et intoxication professionnelle*, 2e éd., Paris, Masson, p. 262.
5. HARRISON, T.R., (1992), *Principes de médecine interne*, 5e édition, Paris, Médecine-Sciences/Flammarion, p. 2163.
6. CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, (1993), *Rapport annuel 1992*, Québec, Centre Anti-Poison du Québec, 29 p.
7. LITOVITZ, T.L., HOLM, K.C., CLANCY, C. et coll., (1993), «1992 Annual report of the American association of poison control centers toxic exposure surveillance system», *American Journal of Emergency Medicine*, 11(5):494-555.
8. CENTRE SUISSE D'INFORMATION TOXICOLOGIQUE, (1991), *Rapport annuel de jubilé 1966-1991*, Zurich, Centre Suisse d'information toxicologique, 44 p.
9. CENTRE SUISSE D'INFORMATION TOXICOLOGIQUE, (1993), *Rapport annuel 1992*, Zurich, Centre Suisse d'information toxicologique, 44 p.
10. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1987), *Statistiques de lutte anti-poison*, Ottawa, SBESC, 114 p.
11. LITOVITZ, T.L., SCHMITZ, B.F., MATYUNAS, N. et al., (1988), «1987 Annual report of the American association of poison control centers national data collection system», *American Journal of Emergency Medicine*, 6(5):479-515.

41 Taux d’incidence des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Autres appellations : Fréquence des nouveaux cas de MADO.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen des nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) à la population totale au milieu de la période.

- Les MADO sont des maladies transmissibles (contagieuses) d’origine virale ou bactérienne dont certaines peuvent occasionner des séquelles permanentes graves ou entraîner la mort [1].
- Ces maladies comprennent les maladies pouvant être évitées par la vaccination systématique des enfants (par exemple la rougeole), les maladies pouvant être évitées par la vaccination de groupes cibles au sein de la population (par exemple l’hépatite B) et les maladies pour lesquelles il existe un traitement ou des mesures préventives qui peuvent empêcher les épidémies (les maladies transmissibles sexuellement, les maladies entériques, les toxi-infections, la tuberculose, certaines maladies transmissibles par les animaux et le sida) [2].
- Ce sont toutes des maladies à déclaration obligatoire (MADO), c’est-à-dire qu’elles doivent légalement faire l’objet d’une déclaration de la part des médecins ou des laboratoires [3].

Interprétations :

- Cet indicateur est une mesure de l’état de santé d’une population et de l’efficacité de l’infrastructure du réseau de soins préventifs d’un territoire donné [4].

Mises en garde :

- L’interprétation des variations temporelles et spatiales des données d’incidence doit tenir compte de la spécificité de chacune des maladies, comme par exemple le fait qu’elles peuvent présenter des différences au niveau de leurs groupes et facteurs de risque ou encore dans leurs cycles d’apparition. Il faut aussi s’assurer que ces variations ne sont pas associées à un effort visant une meilleure déclaration ou à l’amélioration de la couverture vaccinale ni à des changements dans l’accès aux services médicaux ou dans la sensibilité et la spécificité des tests diagnostiques ou à la définition elle-même de la maladie. On doit aussi tenir compte de facteurs comme la saison, l’ajout de nouvelles sources de déclaration ainsi que les variations dans les pratiques de déclarations entre les provinces et au niveau infra-provincial [4-6].
- Les données représentent des événements et non des individus. Pour un individu, on peut déclarer plus d’une maladie. Cependant, il est possible que pour un même épisode de la maladie, un individu soit enregistré plus d’une fois malgré les procédures mises en place par certaines provinces en vue de la détection des cas déclarés en double [6,7].
- Les listes provinciales des causes de maladies à déclaration obligatoire ne sont pas toutes identiques [8].
- Le niveau de sous-déclaration des MADO varie énormément en fonction de la maladie, de l’accès aux services médicaux et de laboratoire, selon la source de déclaration et d’un territoire à l’autre [9].

Sources :

- Numérateur : Le fichier central des maladies à déclaration obligatoire du Laboratoire de Santé Publique du Québec (LSPO) et Santé et Bien-être social Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM).
- Dénominateur : Recensement du Canada ou autres sources fournissant un dénombrement de la population.

Méthode de calcul :

Nombre de nouveau cas d’une MADO, pour une période donnée x 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins d’un an, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 et plus, total.  
Cause : Infections gonococciques (098), infections à méningocoques (036), hépatite A (070.0, 070.1), hépatite B (070.2,070.3), sida (042-044), syphilis symptomatique récente (091), syphilis autres (090, 092-097), tuberculose (010-018).

Indicateur associé :

- Densité d’incidence : Rapport du nombre de nouveaux cas déclarés pendant une période donnée sur la population à risque au milieu de la période, multiplié par 52 semaines et divisé par le nombre de semaines de la période observée, multiplié par 100 000 [10].

Valeurs observées : (pour 100 000) [2]

	Québec		Canada	
	1986	1991	1986	1991
Infections gonococciques	88,0	20,0	138,0	46,0
Infections à méningocoques	0,9	2,4	1,0	1,6
Hépatite A	1,3	9,9	5,6	11,2
Hépatite B	11,6	13,6	9,0	9,9
Sida	2,0	4,1	1,7	3,8
Syphilis symptomatique récente	2,5	0,6	2,3	1,4
Syphilis autres	8,6	2,2	6,3	3,9
Tuberculose	6,2	5,8	8,0	7,6

Références :

- ROTHMAN, K.J., (1986), *Modern Epidemiology*, Boston, Little Brown, p. 24.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1991), *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1991*, Ottawa, SBESC, 75p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1989), *Maladies à déclaration obligatoire, Rapport annuel 1988*, Québec, MSSS, 106 p.
- LAST, L.M., (1986), *Public Health and Preventive Medicine*, 12e édition, Norwalk, ACC, pp. 103-107.
- SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1993), *Monographies en maladies infectieuses (excluant mts-sida)*, Montréal, Groupe de travail provincial sous la coordination du docteur Richard Massé de l’hôpital Général de Montréal, p. 65.
- PARENT, R., ALARY, M., (1994), *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydiose, d’infection par le virus de l’hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-92*, Québec, Centre Québécois de Coordination sur le sida, pp. 12,17.
- LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1994) *Fichier MADO*, Librairie technique, Duplications des dossiers MADO, 7 février, 5 p.
- CARTER, A.O. (1992) «Setting priorities: The canadian experience in communicable disease surveillance», *MMWR*, décembre, vol. 41 (supplément) pp.79-84.
- THACKER, S.B., CHOI, K., BRACKMAN, P.S., (1983), « The surveillance of infectious diseases», *JAMA*, 249(9):1181-1185.
- MORGENSTERN, H., KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L., (1980), «Measures of disease incidence used in epidemiologic research», *International Journal of Epidemiology*, 9: 97-104.



42 Taux d’hospitalisation selon la cause

Autres appellations : Taux de morbidité hospitalière • Taux de radiation • Taux d’admission/sortie.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen d’hospitalisations, pour une cause spécifique, à la population totale au milieu de la période [1].

- Les statistiques d’hospitalisation sont établies d’après les fiches de départ fournies par les hôpitaux de soins de courte durée. Les départs sont occasionnés par le décès, la fin de l’hospitalisation ou le transfert vers un autre établissement. Une personne apparaît autant de fois dans le fichier qu’il y a de départs établis à son nom [1-2].
- Les hospitalisations dans les unités de soins de longue durée, dans les centres hospitaliers de réadaptation, dans les centres hospitaliers psychiatriques, dans les unités de soins d’un jour ainsi que les hospitalisations de longue durée sont exclues [3].
- La cause retenue correspond au diagnostic principal ou primaire. Ce diagnostic représente l’affection la plus importante du malade durant son hospitalisation ou le diagnostic ayant requis la plus grande part des ressources médicales [1,3]. Les diagnostics sont actuellement définis selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l’OMS [1].

Interprétations :

- Les statistiques sur les hospitalisations permettent d’identifier les problèmes de santé prioritaires [2]. Ces statistiques sont aussi utiles à des fins de recherche évaluative sur les services de santé [4].
- Les fichiers d’hospitalisations représentent la source la plus complète et la plus accessible se rapportant à la morbidité. Ils renseignent sur la morbidité hospitalière qui ne représente qu’une partie de la morbidité [4].
- La répartition et le niveau de l’hospitalisation varient notamment en fonction de l’âge, du sexe, du lieu de résidence et du niveau socio-économique [5-8].
- La consommation de cigarettes représente la première source de morbidité évitable [9].

Mises en garde :

- Le fichier des hospitalisations ne peut être utilisé pour mesurer la prévalence d’une cause puisque les données se rapportent à des hospitalisation plutôt qu’à des personnes hospitalisées. Une personne peut être hospitalisée plus d’une fois au cours d’une année [1-2,4].
- Le fait de ne retenir que le diagnostic principal dans le calcul des taux selon la cause entraîne une sous-évaluation qui est plus importante pour les affections les moins sérieuses que pour les maladies chroniques. À l’inverse, la surévaluation en raison d’hospitalisations multiples au cours d’une année est plus grande dans le cas de diagnostics de maladies chroniques [1].
- Les statistiques provinciales sur les hospitalisations sont basées sur la province où le patient a été traité, ce qui, dans environ 2 % des cas, ne correspond pas à la province de résidence du patient [1]. Pour les régions limitrophes, où une partie importante des hospitalisations ont lieu dans une province voisine, la sous-déclaration serait beaucoup plus importante [10].
- Les données sur les hospitalisations pour troubles mentaux sont très partielles puisque les centres psychiatriques sont exclus des fichiers [1,3].
- La fiabilité du diagnostic varie selon la cause. Plus le diagnostic est spécifique, plus sa fiabilité diminue [4].
- Les statistiques d’hospitalisation subissent de nombreuses distorsions sous l’effet de facteurs autre que l’état de santé. Ces facteurs comprennent la disponibilité des soins, leur accessibilité physique et financière, les décisions administratives et la spécialisation des hôpitaux. Cela peut influencer les comparaisons géographiques et temporelles [2,4,11].

Sources :

- Numérateur : Fichier MED-ÉCHO, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen d’hospitalisations, pour une période donnée, pour une cause spécifique × 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-34, 35-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85 et plus, total.  
Cause : Selon la classification CIM-9 (voir les valeurs observées).

Valeurs observées : (Taux pour 100 000)

	Québec				Canada			
	1987-1988 [12]		1990-1991 [1]		1987-1988 [12]		1990-1991 [1]	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Tumeurs (140-239)	827	876	864	975	907	1052	897	1014
Troubles mentaux (290-319)	533	570	538	574	571	679	558	649
Système nerveux (320-389)	564	679	535	662	625	740	514	624
Appareil circulatoire (390-459)	1681	1237	1669	1237	1914	1472	1851	1415
Appareil respiratoire (460-519)	1202	898	1104	851	1649	1320	1476	1217
Appareil digestif (520-579)	1436	1270	1402	1207	1682	1588	1586	1500
Organes génito-urinaires (580-629)	613	1347	589	1164	833	1477	760	1255
Système ostéo-musculaire (710-739)	519	530	471	511	707	769	645	712
Traumatismes (E800-E999)	944	684	881	679	1393	1030	1252	981

Références :

- STATISTIQUE CANADA, (1993), *La morbidité hospitalière 1990-91*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, n.p. (Cat. 82-217).
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 151-153 (Cat.82-543F).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Statistiques MED-ÉCHO 1984-1985 à 1988-1989 : hospitalisations pour les soins de courte durée au Québec*, Québec, MSSS, pp. 1-35.
- PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F., FOURNIER, P., (1988), «L’exploitation de grandes bases de données sur la morbidité pour l’évaluation des services de santé», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 36:267-272.
- FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
- RILEY, R., (1992), «Morbidité hospitalière, 1989-90», *Rapports sur la santé*, 4(2):195-197.
- RILEY, R., PADDON, P., (1989), «Les accidents au Canada : décès et hospitalisation», *Rapports sur la santé*, 1(1):23-50.
- MCGOVERN, P.G., BURKE, G.L., SPRAFKA, M., XUE, S., FOLSOM, A.R., BLACKBURN, H., (1992), «Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990», *JAMA*, 268(6):753-759.
- GORSKY, R.D., SCHWARTZ, E., DENNIS, D., (1990), «The morbidity, mortality, and economic costs of cigarette smoking in New Hampshire», *Journal of Community Health*, 15(3):175-183.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Lits CD. Bassins de desserte 1990*, Québec, MSSS, Direction de la santé physique, Service de technologie biomédicale, 89 p.
- SCHIEBER, G.J., POULLIER, J.-P., GREENWALD, L.M., (1991), «Health care systems in twenty-four countries», *Health Affairs*, 10(3):22-38.
- STATISTIQUE CANADA, (1990), *La morbidité hospitalière 1987-88*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, pp. 2-9 (Cat. 82-217).



43 Taux d’incidence du cancer

Autre appellation : Taux d’incidence des tumeurs malignes.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer à la population au milieu de cette période.

- L’incidence précise le nombre de nouveaux cas d’un type de cancer donné, diagnostiqués au cours d’une période spécifiée. L’unité de déclaration de base est le nouveau cas de tumeur primaire plutôt que l’individu atteint [1].
- Le terme cancer comprend près d’une soixantaine de tumeurs malignes très différentes du point de vue de leur nature et de leur étiologie comprises à l’intérieur des codes CIM-9 140 à 208. Les tumeurs bénignes (211-226), les tumeurs à évolution imprévisible (235-239) et les carcinomes *in situ* (230-234) et ceux de la peau sans mélanome (173) sont exclus [2].

Interprétations :

- ♦ L’évolution du taux d’incidence du cancer peut refléter les tendances dans les facteurs de risque, alors que les comparaisons ou variations selon différents groupes peuvent contribuer à l’identification de facteurs environnementaux pour certains cancers [3].
- ♦ Pour le cancer dans son ensemble, l’incidence est en constante augmentation depuis plus de 20 ans et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes [4].
- ♦ Quelques causes expliquent plus de la moitié des nouveaux cas. Les sièges présentant les incidences les plus élevées sont, pour les femmes : le sein, le colon et rectum et le poumon et pour les hommes : le poumon, la prostate, le colon et rectum [4,5]. Ces cancers occupent également les premiers rangs selon le nombre absolu de nouveaux cas et le taux d’années potentielles de vie perdues [5]. Parmi ceux-ci, le cancer du poumon est le plus meurtrier tandis que ceux du sein, du côlon et rectum présentent des taux de survie plus élevés [5].
- ♦ Pour les cancers importants mentionnés plus haut, les principaux facteurs de risque sont le tabagisme, une diète forte en gras saturés, l’exposition professionnelle et les facteurs génétiques [5,6].
- ♦ On estime à environ 50 % les nouveaux cas de cancer qui pourraient être évités [5].
- ♦ La grande majorité des nouveaux cas et des décès liés aux divers types de cancers se retrouvent chez les personnes plus âgées (surtout à partir de 55 ans) [1].

Mises en garde :

- ◇ Dans le calcul du taux d’incidence, certains auteurs proposent d’utiliser au dénominateur la population totale moins les personnes qui ont déjà contracté le cancer plutôt que la population totale dans son ensemble [1].
- ◇ Le fichier des hospitalisations dans les CHSCD (MED-ÉCHO), incluant les soins d’un jour, constitue la seule source de déclaration des nouveaux cas de cancer au Québec [7].
- ◇ Les cas de cancer décelés et traités uniquement en clinique externe, dans les hôpitaux ou en cabinet de médecin, ne sont pas déclarés, comme le cancer de la peau autre que le mélanome [1,4,7,8].
- ◇ Certains cas déclarés seulement lors du décès ne sont pas enregistrés, ce qui entraîne une sous-déclaration pour certains sièges de cancer présentant un faible taux de survie, comme le cancer du pancréas [9]. De plus, les cas déclarés et traités en dehors du Québec ne sont pas enregistrés, ce qui explique le faible taux de cancer relevé dans la région de l’Outaouais [7].
- ◇ L’intégralité de la déclaration et la qualité des données varient selon la province et le siège du cancer. La confirmation des cas par examen microscopique, le certificat de décès comme seule source de déclaration et le rapport mortalité-incidence constituent des indicateurs de la qualité des données [4].

- ◇ Quant aux données chronologiques, au Québec, c’est depuis 1984 que les données d’incidence du cancer reflètent assez fidèlement la réalité [9].
- ◇ Des erreurs de classification dans les lieux de résidence peuvent aussi fausser les taux estimés [10].
- ◇ Les taux pour certains sièges sont influencés par l’utilisation accrue de nouvelles méthodes diagnostiques en raison d’une meilleure identification ou d’une détection plus précoce des cas [4,11].

Sources :

- Numérateur : Fichier des tumeurs du Québec, MSSS, annuel, Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada; aux 5 ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer pour une période donnée × 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 0-24 ans, 25-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 et plus, total.  
Siège : Poumon, sein, côlon-rectum, prostate, total.

Valeurs observées : (taux pour 100 000) [12,13]

	MASCULIN				FÉMININ			
	Québec		Canada		Québec		Canada	
	1986	1989	1986	1989	1986	1989	1986	1989
Poumon (162)	101,5	103,5	84,1	85,3	31,5	37,3	33,2	38,1
Sein (174)	-	-	-	-	90,6	100,3	90,9	103,9
Côlon-rectum (153-154)	53,5	53,4	54,6	55,7	53,8	50,7	51,2	50,7
Prostate (185)	61,5	65,1	68,7	78,2	-	-	-	-
Total (140-208, sauf 173)	401,0	409,4	388,2	407,4	342,4	353,1	341,9	362,3

Références :

1. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, (1993), *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, INCC, p. 67.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1975), *Classification internationale des maladies*. 9e révision, Genève, OMS, pp. 98-125.
3. JENSEN, O.M., STORM, H.H., (1991), «Purposes and uses of cancer registration», dans JENSEN, O.M. et al. (éds), *Cancer Registration, Principles and Methods*, Lyon, IARC, pp. 7-21 (Scientific publications;95).
4. BAND, P.R., GAUDETTE, L.A., HILL, G.B., HOLOWATY, E.J., HUTCHROFT, S.A., JOHNSTON, G.M., MAKOMASKILLING, E.M., (1993), *Développement du registre canadien du cancer : incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes, 1969 à 1988*, Ottawa, SBESC et Statistique Canada, pp. 35-39, 124-135. (Cat. C52-42/1992).
5. MILLER, A.B., (1992), «Planification des stratégies de lutte contre le cancer», *Maladies chroniques au Canada*, 13(1 supplément):51-541.
6. VESSEY, M.P., GRAY, M., (éds), (1987), *Cancer: Risks and Prevention*, New York, Oxford University Press, pp. 1-13.
7. BEAUPRÉ, M., (1993), *Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec, Année 1989 et année 1990*, Québec, MSSS, Direction de la planification et de l’évaluation, pp. 1-38.
8. KRICKER, A., ARMSTRONG, B.K., PARKIN, D.M., (1993), «Mesure de l’incidence du cancer de la peau», *Rapports sur la santé*, 5(1):63-66.
9. BEAUPRÉ, M., (1993), «Améliorations apportées à la qualité des données au fichier des tumeurs du Québec depuis 1975», dans PELLETIER, G., *La survie reliée au cancer. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985 et 1986*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l’évaluation, pp. 153-157.
10. MARRETT, L.D., WEIL, E., (1993), «Précision des renseignements sur le lieu de résidence au niveau des municipalités dans le registre du cancer de l’Ontario : résultats d’une étude pilote», *Rapports sur la santé*, 5(1):11-16.
11. MAO, Y., DESMEULES, M., SEMENCIW, R.M., HILL, G., GAUDETTE, L., WIGLE, D.T., (1991), «Increasing brain cancer rates in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, 145(12):1583-1591.
12. STATISTIQUE CANADA, (1991), «Le cancer au Canada, 1985, 1986», *Rapports sur la santé*, 3(2, suppl. 8):133-144.
13. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Le cancer au Canada*, 1989, pp. 2-45 (Cat. 82-218).

44      Espérance de vie

Autre appellation : Vie moyenne.

Définition :

Nombre moyen d’années additionnelles à vivre à un âge donné dans l’hypothèse que les taux de mortalité par âge observés durant une année ou une période déterminée sont demeurés stables dans le temps [1-3].

— Dans le calcul de l’espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif arbitraire de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée [4].

Interprétations :

- ◆ L’espérance de vie représente un indicateur du niveau de mortalité et de l’état de santé des populations [5-7].
- ◆ Il est possible de mesurer l’espérance de vie perdue selon la cause de décès. Au Canada, les maladies de l’appareil circulatoire, les cancers et les traumatismes représentent dans l’ordre les trois causes de décès ayant le plus d’impact sur l’espérance de vie [8].
- ◆ Une espérance de vie plus basse peut être associée à certains facteurs de risque comme la consommation de tabac, l’hypertension artérielle, le poids corporel. La consommation de tabac serait le facteur le plus important associé à une réduction de l’espérance de vie [9-15].
- ◆ Par le passé, la diminution de la mortalité infantile a joué un rôle prédominant dans l’augmentation de l’espérance de vie. De nos jours, une part importante des gains en espérance de vie, d’une période à l’autre, dépend de la baisse de la mortalité chez les personnes de 65 ans et plus [1,16].
- ◆ L’espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, chez les riches que chez les pauvres, chez les personnes mariées que chez les célibataires [8,16-19].

Mises en garde :

- ◇ Dans les comparaisons géographiques, deux régions peuvent avoir la même espérance de vie à la naissance et présenter des taux par âge très différents [20].
- ◇ Les disparités géographiques de l’espérance de vie peuvent varier selon l’âge. Les comparaisons géographiques de l’espérance de vie à 65 ans peuvent différer grandement de celles de l’espérance de vie à la naissance [16].
- ◇ Les espérances de vie calculées pour une période donnée ne reflètent pas uniquement la mortalité de cette période. Elles peuvent être influencées par des conditions passées, par des séquelles laissées par des événements antérieurs (guerres, épidémies, etc.). Ceci peut entraîner temporairement une hausse de la mortalité aux âges élevés [4,21].
- ◇ Le calcul de l’espérance de vie est basé sur l’hypothèse d’une stabilisation de la mortalité par âge observée durant une période donnée. Lorsque la mortalité diminue dans le temps, l’espérance de vie obtenue sous-estime la longévité moyenne véritable [4].
- ◇ Une augmentation de l’espérance de vie n’entraîne pas nécessairement une augmentation de l’espérance de vie en bonne santé [22].

Sources :

- Numérateur : Fichier des décès, BSO, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Méthode actuarielle (voir annexe 4).

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Âge : 0 an, 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85.

Valeurs observées : (en années)

	1980-1982 [23]		1985-1987 [23]		1988-1990 [24]	
	M	F	M	F	M	F
Québec	71,0	78,8	72,0	79,4	73,2	80,5
Canada	71,9	79,1	73,0	79,7	73,7	80,6

Références :

1. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p.45.
2. PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, 265 pages (Cat. 82-543 F).
3. HENRY, L., (1972), *Démographie, analyse et modèles*, Paris, Librairie Larousse, p. 176.
4. PRESSAT, R., (1985), «La table de mortalité», dans INSTITUT NATIONAL D’ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Manuel d’analyse de la mortalité*, Paris, INED, pp. 31-46.
5. D’SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds). *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
6. VIRGANSKAYA, IM., DMITRIEV, VI., (1992), «Some problems of medicodemographic development in the former USSR», *World Health Statistics Quarterly*, 45:4-14.
7. DOLL, R., (1992), «Health and the environment in the 1990’s», *American Journal of Public Health*, 82(7):933-941.
8. ADAMS, O., (1990), «Espérance de vie au Canada: un aperçu», *Rapports sur la santé*, 2(4):361- 376.
9. YUDKIN, J.S., (1993), «How can we best prolong life? Benefits of coronary risk factor reduction in non-diabetic and diabetic subjects», *British Medical Journal*, 306:1313-1318.
10. MAO, Y., GIBBONS, L., WONG, T., (1992), «The impact of the decreased prevalence of smoking in Canada», *Canadian Journal of Public Health*, 83(6):413-416.
11. COHEN, B.L., (1991), «Catalog of risks extended and updated», *Health Physics*, 61(3):317-335.
12. TSEVAT, J., WEINSTEIN, M.C., WILLIAMS, L.W., TOSTESON, A.N., GOLDMAN, L., (1991), «Expected gains in life expectancy from various coronary hearth disease risk factor modifications», *Circulation*, 84(6):1452-1455.
13. ROSE, G., SHIPLEY, M., (1990), «Effects of coronary risk reduction on the pattern of mortality», *The Lancet*, 335 (8684):275-277.
14. ROGERS, R.G., POWELL-GRINER, E., (1991), «Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States», *Social Science and Medicine*, 32(10):1151-1159.
15. PETO, R., LOPEZ A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH, C., (1992), «Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics», *The Lancet*, 339(8804):1268-1278.
16. MYERS, G.C., (1989), «Mortality and health dynamics at older ages», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 189-214.
17. WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A., (1989), «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, 1(2):137-174.
18. POTTER, L.B., (1991), «Socioeconomic determinants of white and black males’life expectancy differentials, 1980», *Demography*, 28(2):303-321.
19. ROGOT, E., SORLIE, P.D., JOHNSON, N.J., (1992), «Life expectancy by employment status, income, and education in the national longitudinal mortality study», *Public Health Reports*, 107(4):457-460.
20. BROUARD, N., (1990), «Classification of developed countries according to cause-of-death patterns; a test of robustness during the period 1969-1974», dans VALLIN, J., D’SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 250-268.
21. CASELLI, G., (1990), «The influence of cohorts-effects on differentials and trends in mortality», dans VALLIN, J., D’SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 229-240.
22. ADAMS, O., WILKINS, R., (1992). «Développement et indices d’espérance de vie en santé, Réunion internationale du Réseau Espérance de Vie en Santé (REVES)», *Rapports sur la santé*, 4(1):67-72.
23. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Indicateurs sur la santé 1992*, Ottawa, Cente canadien d’information sur la santé. (Produit électronique).
24. PAMPALON, R., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise, l’état de santé*, Québec, MSSS, 14 p.

45 Taux de mortalité infantile

Autre appellation : Quotient de mortalité infantile.

Définition :

Rapport, pour un période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes [1-2].  
— Selon la définition de l'OMS, une naissance vivante est tout produit de conception, expulsé ou extrait complètement du corps de la mère, peu importe la durée de la gestation, qui respire ou montre des signes vitaux tels que le battement du cœur, la pulsation du cordon ombilical ou tout mouvement d'un muscle volontaire [1,3].

Interprétations :

- ◆ Le taux de mortalité infantile représente un indicateur du niveau de mortalité et de l'état de santé et du développement sanitaire d'un pays, de l'efficacité de son système de prévention, de l'attention portée à la santé de la mère et de son enfant [4-7].
- ◆ Auparavant, les décès d'enfants de moins d'un an survenaient principalement chez les enfants âgés de plus d'un mois, tandis que depuis les années 60, ils se concentrent chez les enfants de moins d'un mois qui présentent à la naissance un très faible poids [8-11].
- ◆ Le faible poids à la naissance représente le facteur de risque principal associé à la mortalité infantile. Les facteurs associés aux naissances de faible poids et indirectement à la mortalité infantile sont le tabagisme, une alimentation déficiente pendant la grossesse, la maigreur avant la grossesse, la pauvreté, le très jeune âge ou l'âge élevé de la mère. [7,8,12-16].

Mises en garde :

- ◇ Dans les comparaisons internationales, il est recommandé de ne retenir que les naissances de 1000 grammes et plus ou, si le poids est inconnu, les naissances de 28 semaines et plus de gestation [1].
- ◇ Les différences de mortalité infantile entre pays peuvent dépendre de différences dans la définition de naissances vivantes et de mortinaissances [17].
- ◇ Certains experts estiment qu'il faut plus de 10 000 naissances au dénominateur pour obtenir une estimation précise de la mortalité infantile [18].

Sources :

- Numérateur : Fichier des décès, BSQ annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Fichier des naissances, BSQ, Statistique Canada, annuel ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an, pour une période donnée × 1000.  
Total des naissances vivantes durant la même période

Catégories suggérées : (voir annexe 5)

Âge : Moins de 7 jours (décès néonataux précoces), 7 à 27 jours (décès néonataux tardifs), 28 jours à moins d'un an (décès post-néonataux), total (moins d'un an).  
Sexe : Masculin, féminin, total.

Valeurs observées : (taux pour 1000 naissances vivantes) [19-20]

	1986	1991
Québec	7,1	5,9
Canada	7,9	6,4

Références :

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1990), «Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité foetale», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43:220-227.
2. PERON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*. Ottawa, Statistique Canada, pp. 196-216 (Cat. 82-543 F).
3. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 75.
4. D'SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
5. HANSLUWKA, H.E., (1985), «Measuring the health of populations, indicators and interpretations», *Social Science and Medicine*, 20(12):1207-1224.
6. MONNIER, A., (1985), «Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile», dans INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris, INED, pp. 47-59.
7. NORDSTROM, M.L., CNATTINGIUS, S., HAGLUND, B., (1993), «Social differences in Swedish infant mortality by cause of death, 1983 to 1986», *American Journal of Public Health*, 83(1):26-30.
8. LUKE, B., WILLIAMS, C., MINOGUE, J., KEITH, L., (1993), «The changing pattern of infant mortality in the US: The role of prenatal factors and their obstetrical implications», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40(3):199-212.
9. WADHERA, S., STRACHAN, J., (1992), «Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistique connexe, Canada, 1921-1990», *Rapport sur la santé*, 4(4):429-434.
10. IYASU, S., BECERRA, J.E., ROWLEY, D.L., HOUGUE, C.J., (1992), «Impact of very low birthweight on the black-white infant mortality gap», *American Journal of Preventive Medicine*, 8(5):271-277.
11. OVERPECK, M.D., HOFFMAN, H.J., PRAGER, K., (1992), «The lowest birth-weight infants and the US infant mortality rate: NCHS 1983 linked birth/infant death data», *American Journal of Public Health*, 82(3):441-444.
12. FOSTER, H.W., THOMAS, D.J., SEMENYA, K.A., THOMAS, J., (1993), «Low birthweight in African Americans: Does intergenerational well-being improve outcome?», *Journal of the National Medical Association*, 85(7):516-520.
13. MICHIELUTTE, R., ERNEST, J.M., MOORE, M.L., MEIS, P.J., SHARP, P.C., WELLS, H.B., BUESCHER, P.A., (1992), «A comparison of risk assessment models for term and preterm low birthweight», *Preventive Medicine*, 21(1):98-109.
14. TRESSERRAS, R., CANELA, J., ALVAREZ, J., SENTIS, J., SALLERAS, L., (1992), «Infant mortality, per capita income, and adult illiteracy: An ecological approach», *American Journal of Public Health*, 82(3):436-438.
15. NANDI, C., NELSON, M.R., (1992), «Maternal pregravid weight, age, and smoking status as risk factors for low birth weight births», *Public Health Reports*, 107(6):658-662.
16. WILKINS, R., SHERMAN, G.J., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapport sur la santé*, 3(1):7-31.
17. NOBILE, A., (1990), «Recent trends in infant mortality in developed countries», *Genus*, 66(1/2):79-107.
18. VAN DE WALLE, E., (1990), «The IFORD surveys», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 35-47.
19. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Naissances et décès 1986, La statistique de l'état civil, volume 1*, 73 p. (Cat. 84-204).
20. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Naissances 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 43 p. (Cat. 84-210).

46 Taux de mortalité périnatale

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, de la somme des mortinaissances (pesant au moins 500 grammes ou dont l'âge gestationnel est de plus de 22 semaines) et des décès d'enfants de moins de 7 jours aux naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes) [1-3].

- Une mortinaissance (ou mort fœtale) est définie comme un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation. Le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que le battement du coeur, la pulsation du cordon ombilical ou la contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté [1].
- Selon la définition de l'OMS, une naissance vivante est tout produit de conception, expulsé ou extrait complètement du corps de la mère, peu importe la durée de la gestation, qui respire ou montre des signes vitaux tels que le battement du coeur, la pulsation du cordon ombilical ou tout mouvement d'un muscle volontaire [1,4].

Interprétations :

- ◆ Le taux de mortalité périnatale représente un indicateur du niveau de mortalité et de l'état de santé des populations [5-7].
- ◆ Le faible poids à la naissance représente le facteur de risque principal associé à la mortalité périnatale. Les facteurs associés aux naissances de faible poids et indirectement à la mortalité périnatale sont le tabagisme, une alimentation déficiente pendant la grossesse, la maigreur avant la grossesse, la pauvreté, le très jeune âge ou l'âge élevé de la mère [7-13].

Mises en garde :

- ◇ Dans les comparaisons internationales, il est recommandé de ne retenir que les naissances de 1000 grammes et plus ou, si le poids est inconnu, les naissances de 28 semaines et plus de gestation [1].
- ◇ Les différences de mortalité périnatale entre pays peuvent dépendre de différences dans la définition de naissances vivantes et de mortinaissances [14].
- ◇ Une augmentation des naissances de très faible poids liée au progrès médical peut entraîner un ralentissement artificiel dans la baisse de la mortalité périnatale [15-17].

Sources :

- Numérateur : Fichier des décès et des mortinaissances, BSQ, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Fichier des naissances et des mortinaissances, BSQ, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de 7 jours pour une période donnée × 1000.  
Total des naissances vivantes et des mortinaissances durant la même période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.

Valeurs observées : (taux pour 1000 naissances)

	1986 [18]	1991 [19]
Québec	8,0	6,7
Canada	8,4	6,8

Références :

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1990), «Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité fœtale», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, 43:220-227.
2. PÉRON, Y.; STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 196-216 (Cat.82-543 F).
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Les banques de données du MSSS. Numéro 2. Statistiques démographiques*, Québec, MSSS p. 129.
4. LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 75.
5. D'SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
6. HANSLUWKA, H.E, (1985), «Measuring the health of populations, indicators and interpretations», *Social Science and Medicine*, 20(12):1207-1224.
7. NORDSTROM, M.L., CNATTINGIUS, S., HAGLUND, B., (1993), «Social differences in Swedish infant mortality by cause of death, 1983 to 1986», *American Journal of Public Health*, 83(1):26-30.
8. FOSTER, H.W., THOMAS, D.J., SEMENYA, K.A., THOMAS, J., (1993), «Low birthweight in African Americans: Does intergenerational well-being improve outcome?», *Journal of the National Medical Association*, 85(7):516-520.
9. MICHIELUTTE, R., ERNEST, J.M., MOORE, M.L., MBIS, P.J., SHARP, P.C., WELLS, H.B., BUESCHER, P.A., (1992), «A comparison of risk assessment models for term and preterm low birthweight», *Preventive Medicine*, 21(1):98-109.
10. LUKE, B., WILLIAMS, C., MINOGUE, J., KEITH, L., (1993), «The changing pattern of infant mortality in the US: The role of prenatal factors and their obstetrical implications», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40(3):199-212.
11. TRESSERRAS, R., CANELA, J., ALVAREZ, J., SENTIS, J., SALLERAS, L., (1992), «Infant mortality, per capita income, and adult illiteracy: An ecological approach», *American Journal of Public Health*, 82(3):435-438.
12. NANDI, C., NELSON, M.R., (1992), «Maternals pregravid weigth, age, and smoking status as risk factors for low birth weight births», *Public Health Reports*, 107(6):658-662.
13. WILKINS, R., SHERMAN, G.J., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapport sur la santé*, 3(1):7-31.
14. NOBILE, A., (1990), «Recent trends in infant mortality in developed countries», *Genus*, 66(1/2):79-107.
15. IYASU, S., BECERRA, J.E., ROWLEY, D.L., HOUGUE, C.J., (1992), «Impact of very low birthweight on the black-white infant mortality gap», *American Journal of Preventive Medicine*, 8(5):271-277.
16. OVERPECK, M.D., HOFFMAN, H.J., PRAGER, K., (1992), «The lowest birth-weight infants and the US infant mortality rate: NCHS 1983 linked birth/infant death data», *American Journal of Public Health*, 82(3):441-444.
17. ELLINGS, J.M., NEWMAN, R.B., HULSEY, T.C., BIVINS, R., H.A. KEENAN, A., (1993), «Reduction in very low birth weight deliveries and perinatal mortality in a specialized multidisciplinary twin clinic», *Obstetrics and Gynecology*, 81(3):387-391.
18. STATISTIQUE CANADA, (1988), *Naissances et décès 1986, La statistique de l'état civil, volume 1*, 73 p. (Cat. 84-204).
19. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Naissances 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 43 p. (Cat. 84-210).

47 Taux de mortalité selon la cause

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès, pour une cause spécifique, à la population totale au milieu de la période [1-2].

- La cause retenue dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les causes de décès sont actuellement définies selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS [3].

Interprétations :

- Les statistiques sur les causes de décès permettent d'expliquer les tendances et les différences de la mortalité générale et d'identifier les problèmes de santé prioritaires [4].
- L'utilisation des données de mortalité comme mesure de l'état de santé des populations présentent plusieurs avantages par rapport aux données d'hospitalisation. La disponibilité des données de mortalité est plus grande que celle des hospitalisations. Le décès est un événement unique et clairement défini, ce qui en facilite le traitement statistique [2,4].
- La consommation de tabac serait le facteur de risque le plus important associé à la mortalité prématurée [5].
- La répartition et le niveau de la mortalité selon la cause varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du niveau socio-économique, du lieu de résidence, etc. [4,6-8].

Mises en garde :

- L'identification d'une cause initiale sur l'acte de décès est imprécise, surtout à des âges avancés. Certaines causes (cancer) ont plus de probabilités d'être identifiées comme la cause initiale que d'autres (diabète). Le fait de ne retenir qu'une seule cause par décès peut jouer sur l'importance des différentes causes de décès. Certaines études utilisent une classification des décès en causes multiples [9-11].
- La mortalité ne renseigne que sur les maladies mortelles. Elle ne fournit pas d'information sur le nombre d'individus malades et sur l'importance des maladies qui n'aboutissent pas à un décès [4,9].
- Dans le calcul des taux ajustés de mortalité selon la cause, le fait de retenir une population de référence présentant une structure par âge «vieille» a pour effet de donner plus de poids aux causes de décès prévalant à des âges avancés [12].
- L'amélioration dans la précision des diagnostics médicaux peuvent rendre difficile les comparaisons temporelles ou internationales [4].
- Pour les régions ou les pays comprenant moins de 500 000 personnes, il est recommandé d'agréger les données sur des périodes de plusieurs années et de calculer les taux par âge pour des groupes ayant une amplitude de 10 à 15 ans [4].
- Les comparaisons géographiques et temporelles peuvent être affectées par des différences dans le classement des décès selon la cause. Il est donc recommandé de s'assurer de l'homogénéité des modes de déclaration, de sélection et de classement des causes de décès [4,13-15].

Sources :

- Numérateur : Fichier des décès, BSQ, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthodes de calcul :

Nombre annuel moyen de décès, pour une cause spécifique, pour une période donnée × 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins d'un an, 1-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-64, 65-74, 75 et plus, total.  
Cause : Selon la classification CIM-9 (voir les valeurs observées).

Valeurs observées : (taux pour 100 000)

	Québec		Canada	
	1986[16]	1991[17]	1986[16]	1991[17]
Appareil circulatoire (390-459)	300,7	269,5	313,2	281,7
Cardiopathies ischémiques (410-414)	174,2	159,8	187,5	163,0
Maladies vasculaires cérébrales (430-438)	60,5	45,9	55,4	52,6
Tumeurs (140-239)	198,7	218,6	189,7	202,9
Cancer du poumon (162)	53,3	62,5	46,8	52,8
Cancer du sein (femmes) (174)	33,1	36,1	33,8	34,0
Appareil respiratoire (460-519)	55,2	58,6	59,0	62,3
Traumatismes (E800-E999)	55,9	49,7	54,3	49,0
Accidents de la route (E810-E819)	14,9	13,8	15,5	12,8
Suicide (E950-E959)	17,6	16,3	14,5	13,3

Références :

- LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, p. 35.
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 154-155. (Cat.F2-543 F)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1975), *Classification internationale des maladies, 9e révision, Volume 1*, Genève, OMS, 781 p.
- RUZICKA, L.T., LOPEZ, A.D., (1990), «The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: National and international experiences», *World Health Statistics Quarterly*, 43:249-258.
- PETO, R., LOPEZ, A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH C., (1992), «Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics», *The Lancet*, 339(8804):1268-1278.
- FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
- ADLER, N.E., BOYCE, W.T., CHESNEY, M.A., FOLKMAN, S., SYME, S.L., (1993), «Socioeconomic inequalities in health. No easy solution», *JAMA*, 269(24):3140-3145.
- BROUARD, N., (1990), «Classification of developed countries according to cause-of-death patterns; a test of robustness during the period 1969-1974», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 250-268.
- NAM, C., (1990), «Mortality differentials from a multiple-cause of death perspective», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 328-342.
- GRAY, R.H., (1989), «The integration of demographic and epidemiologic approaches to studies of health in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 36-63.
- ADAMS, O., (1990), «Espérance de vie au Canada: un aperçu», *Rapports sur la santé*, 2(4):361-376.
- D'SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
- LOPEZ, A.D., (1990), «Causes of death: An assesment of global patterns of mortality around 1985», *World Health Statistics Quarterly*, 43:91-104.
- VALLIN, J., MESLÉ, F., (1990), «The causes of death in France, 1925-1978: Reclassification according to the eighth revision of the international classification diseases», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 295-327.
- WOOD, P.H.N., (1990), «Applications of the international classification of diseases», *World Health Statistics Quarterly*, 43:263-268.
- STATISTIQUE CANADA, (1988), *Causes de décès 1986. La statistique de l'état civil, volume IV*, Ottawa, Statistique Canada, 246 p. (Cat. 84-203).
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Causes de décès, 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 228 p. (Cat. 84-208)

48 Taux de mortalité par suicide

Autre appellation : Taux de suicide.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès par suicide, à la population totale au milieu de la période.

- Le suicide est un traumatisme que la personne s’inflige volontairement afin d’y trouver la mort [1].
- Les données sur les suicides peuvent être obtenues à partir de deux sources, le fichier des décès et le fichier du bureau du coroner [1-4].
- Dans les fichiers des décès, les suicides sont classés d’après les codes de causes extérieures (code E) de la neuvième Classification internationale des maladies (CIM-9). Le suicide correspond aux codes E950.0 à E959.9 de la CIM-9 [1].
- Dans le fichier du coroner, les suicides correspondent à une mort violente suite à un geste d’autodestruction déterminé quant à l’intention [2].
- Le fichier des décès permet de suivre le phénomène du suicide sur une plus longue période que les données du coroner [3-4]. Par contre, les données du coroner fournissent plus d’informations sur les circonstances de l’événement, l’endroit où s’est produit l’événement et les moyens utilisés [2,5].

Interprétations :

- La mortalité par suicide est un indicateur de santé mentale et de désintégration sociale [6-7].
- Cet indicateur ne montre que la conséquence finale du phénomène du suicide. Les suicides complétés ne représentent qu’une faible proportion de l’ensemble des tentatives de suicide. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes mais ces derniers se suicident en plus grand nombre. Les armes à feu et la pendaison représentent les principaux moyens utilisés dans les cas de suicide tandis que les intoxications par drogue, médicaments ou poisons constituent le moyen le plus souvent employé dans les cas de tentative de suicide [8-10].
- Au Canada, les suicides représentent la première cause de décès chez les hommes âgés de 25 à 44 ans et la troisième cause d’années potentielles de vie perdues chez ceux de moins de 75 ans [11-12].
- On retrouve pour les suicides et les tentatives de suicide les mêmes facteurs de risque: les antécédents de tentatives de suicide, le désordre affectif, la dépendance à l’alcool et aux drogues, l’accès à des armes à feu, etc. [10,13-17].

Mises en garde :

- Des facteurs d’ordre médico-légal, socioculturel et religieux peuvent influencer la déclaration du suicide entraînant une sous-estimation affectant les comparaisons internationales et temporelles [18-21].
- La sous-estimation des décès par suicide serait de l’ordre de 18% chez les femmes et de 12% chez les hommes. La majorité des suicides non identifiés se retrouveraient dans la catégorie des causes indéterminées quant à l’intention [3]. Chez les jeunes adultes, certains suicides pourraient être classés parmi les accidents de la circulation [22].
- Auparavant, les fichiers du coroner assuraient une couverture plus complète des suicides que les fichiers des décès. Au cours des dernières années au Québec, la fermeture du fichier des décès, a été reportée afin que soit inclus dans le fichier le plus grand nombre de cas soumis aux coroners [23].

Sources :

- Numérateur : Fichier du bureau du coroner, fichier des décès, BSQ et Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de décès par suicide durant une période donnée × 100 000.  
Population totale au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées: (taux pour 100 000)

	1986 [24]	1991 [11]
Québec	17,6	16,3
Canada	14,5	13,3

Références :

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1975), *Classification internationale des maladies, 9e révision, Volume 1*, Genève, OMS, 781 p.
- BOUCHARD, L.M., CHAPDELAINE, A., MIREAULT, G., MAURICE, P., (1991), «Les suicides dans les régions de Québec et Chaudière-Appalaches: une approche multifactorielle pour la prévention des suicides», *Maladies chroniques au Canada*, 12(6):108-113.
- SPEECHLEY, M., STAVRAKY, K.M., (1991), «The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health», *Canadian Journal of Public Health*, 82:38-42.
- DYCK, R.J., NEWMAN, S.C., THOMPSON, A.H., (1988), «Suicide trends in Canada», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 77:411-419.
- BUREAU DU CORONER, (1992), *Rapport annuel 1991*, Québec, Les Publications du Québec, 145 p.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, (1993), *Healthy People 2000 Review 1992*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, p. 45.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, pp. 112-116.
- BIRKHEAD, G.S., GALVIN, V.G., MEEHAN, P.J., O’CARROLL, P.W., MERCY, J.A., (1993), «The emergency department in surveillance of attempted suicide: Findings and methodological considerations», *Public Health Reports*, 108(3):323-331.
- CHOINIERE, R., ROBITAILLE, Y., DORVAL, D., SAUVAGEAU, Y., (1993), *Profil des traumatismes au Québec: disparités régionales et tendances de la mortalité (1976-1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*. Québec, MSSS, pp. 241-257.
- BAKER, S., O’NEILL, B., GINSBURG, M., LI, G., (1992), *The Injury Fact Book*, New York, Oxford University Press, pp. 65-77.
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Causes de décès, 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 228 p. (Cat. 84-208).
- WILKINS, K., MARK, E., (1992), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1990», *Maladies chroniques au Canada*, 13(6):122-127.
- GROSSMAN, D.C., (1992), «Risk and prevention of youth suicide», *Pediatric Annals*, 21(7):448- 449.
- VAN AALST, J.A., SHOTTS, S.D., VITSKY, J.L., BASS, S.M., MILLER, R.S., MEADOR, K.G., MORRIS, J.A., (1992), «Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: Risk factors for subsequent attempts», *Journal of Trauma*, 33(3):457-464.
- GARRISON, C.Z., MCKEOWN, R.E., VALOIS, R.F., VINCENT, M.L., (1993), «Agression, substance use, and suicidal behaviors in high school students», *American Journal of Public Health*, 83(2):179- 188.
- KELLERMANN, A.L., RIVARA, F.P., SOMES, G., REAY, D.T., FRANCISCO, J., BANTON, J.G., PRODZINSKI, J., FLIGNER, C., HACKMAN, B.B., (1992), «Suicide in the home in relation to gun ownership», *New England Journal of Medicine*, 327(7):467-472.
- FELTS, W.M., CHERNIER, T., BARNES, R., (1992), «Drug use and suicide ideation and behavior among North Carolina public school students», *American Journal of Public Health*, 82(6):870-872.
- LOPEZ, A.D., (1990), «Causes of death: An assesment of global patterns of mortality around 1985», *World Health Statistics Quarterly*, 43:91-104.
- ROBERTSON, L.S., (1992), *Injury Epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 53.
- POLLARD, J.H., (1990), «Cause of death and expectation of life: Some international comparisons», dans VALLIN, J., D’SOUZA, S., PALLONI, A., (éds) *Measurement and Analysis of Mortality*. IUSSP, pp. 269-291.
- STRACHAN, J., JOHANSEN, H., NAIR, C., NARGUNDKAR, M., (1990), «Taux de mortalité par suicide au Canada. Première génération d’immigrants et personnes nées au Canada», *Rapports sur la santé*, 2(4):327-341.
- GROSSMAN, D.C; SODERBERG, R., RIVARA, F.P., (1993), «Prior injury and motor vehicle crash as risk factors for youth suicide», *Epidemiology*, 4(2):115-119.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1992), *Rapport sur la qualité des fichiers de 1990 du Registre de la population*, Québec, 58 p.
- STATISTIQUE CANADA, (1988), *Causes de décès 1986. La statistique de l’état civil, volume IV*. Ottawa, Statistique Canada, 246 p. (Cat. 84-203).



49      Espérance de vie en bonne santé

Autres appellations : Espérance de vie en santé • Espérance de vie sans incapacité.

Définition :

Nombre moyen d’années à vivre en bonne santé, à partir d’un âge donné, dans l’hypothèse d’une stabilisation des taux d’incapacité et de mortalité par âge observés durant une année ou une période déterminée [1].

- La mesure de l’incapacité doit permettre la mise en évidence des difficultés rencontrées par les individus au cours des activités de la vie courante [2].
- Il existe plusieurs méthodes pour mesurer l’espérance de vie en bonne santé. La méthode de Sullivan qui utilise l’incapacité observée est la plus simple et la plus utilisée [3-5].

Interprétations :

- ♦ L’espérance de vie en bonne santé est un indicateur de l’évolution des conditions de santé et de bien-être de la population [3,5-7].
- ♦ Les mesures de l’espérance de vie en bonne santé peuvent être utilisées pour estimer le rapport coût-bénéfice de certains traitements médicaux, pour orienter l’allocation des ressources et évaluer les performances des systèmes de soins [8-11].
- ♦ Certains auteurs estiment l’espérance de vie ajustée selon la qualité de vie en attribuant un poids plus ou moins arbitraire aux différents types d’incapacité (légère, modérée, sévère) [12-13].
- ♦ Les valeurs que prend cet indicateur varient selon le sexe, le niveau socio-économique et le lieu de résidence. L’écart entre les hommes et les femmes est moins important pour l’espérance de vie en bonne santé que pour l’espérance de vie totale [3-5,14-16].

Mises en garde :

- ◇ Les définitions de l’incapacité et de l’institutionnalisation diffèrent selon les enquêtes et le pays, ce qui rend les comparaisons temporelles et géographiques quelquefois difficiles [2,3,17-18].
- ◇ La définition de l’incapacité utilisée dans l’Enquête sur la limitation des activités de 1986-1987 (ESLA) couvre l’ensemble de la population et est beaucoup plus large que celle comprise dans l’Enquête Santé Québec de 1987 (ESQ) qui s’adresse uniquement à la population dans les ménages privés [12].
- ◇ Lorsque l’incapacité est mesurée seulement pour la population dans les ménages privés, l’on doit tenir compte des taux d’institutionnalisation [15-19].
- ◇ En général, les mesures de l’incapacité sont basées principalement sur l’incapacité physique et sous-estiment les effets de la détérioration mentale [20].
- ◇ La méthode utilisée pour mesurer l’incapacité est imprécise. La prévalence du moment est estimée par la prévalence observée de l’incapacité. L’écart introduit par cette approximation étant inconnu, il est difficile d’interpréter les résultats dans les comparaisons temporelles [3].
- ◇ L’incapacité est une mesure subjective liée aux normes culturelles et aux caractéristiques du milieu [2].

Sources :

- ▶ Fichier des décès, BSQ et Statistique Canada, annuel.
- ▶ Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, ESLA, aux cinq ans ou autres enquêtes.
- ▶ Fichier établissements, MSSS, annuel, recensement de Statistique Canada, aux cinq ans ou autres sources.
- ▶ Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul : Méthode de Sullivan (voir annexe 6).

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : 0 an, 65.

Valeurs observées : (en années)

	Québec		Canada	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
1978 [21]*	60,4	63,1	59,2	62,8
1986 [12,14]**	62,4	66,3	61,3	64,9
1987 [19]***	64,0	68,7	n.d.	n.d.

Notes: \* Calculée à partir de l’Enquête Santé Canada (ESC). \*\* Calculée à partir de l’Enquête sur la santé et les limitations d’activité de 1986-1987 (ESLA). \*\*\* Calculée à partir de l’Enquête Santé Québec 1987.

Références :

1. PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 129-136 (Cat. 82-543 F).
2. MINAIRE, P., CHERPIN, J., WEBER, D., (1992), «Mesure de l’incapacité et caractéristique du milieu : influence sur le calcul de l’espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 147-156.
3. ROBINE, J.M., BUCQUET, D., RITCHIE, K., (1991), «L’espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l’évolution des conditions de santé au cours du temps: vingt ans de calcul», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):205-236.
4. ROBINE, J.M., RITCHIE, K., (1991), «Healthy life expectancy: Evaluation of a new global indicator of change in population health», *British Medical Journal*, 302:457-460.
5. ROBINE, J.M., (1991), «L’espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds) *Espérance de santé. Analyse et prospective*. Paris, INSERM, pp. 1-46.
6. BRUNELLE, Y., ROCHON, M., (1991), «Limites, avantages et utilisation des EVSI dans le contexte actuel de l’évolution des systèmes de soins», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):405-438.
7. MYERS, G.C., LAMB, V.L., (1992), «Sources de données pour l’évaluation de l’espérance de vie en bonne santé», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, Paris, pp. 223-236.
8. MAAS, A., STALPERS, L., (1992), «Assessing utilities by means of conjoint measurement : An application in medical decision analysis», *Medical Decision Making*, 12(4):288-297.
9. HAGEN, M.D., (1992), «Decision analysis: A review», *Family Medicine*, 24(5):349-354.
10. BAUM, M., EBBS, S.R., FALLOWFIELD, L.J., FRASER, S.C., (1992), «Measurement of quality of life in advanced breast cancer», *Acta Oncologica*, 29(3):391-395.
11. JONSSON, B., (1990), «Quality of life-economic aspect», *Scandinavian Journal of Primary Health Care Supplement*, 1:93-96.
12. WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1992), «Espérance de santé au Canada, 1986», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds.) *Espérance de santé. Analyse et prospective*. Paris, INSERM, pp. 111-116.
13. WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1992), «Espérance de vie ajustée sur la qualité : pondération des années dans chaque état de santé», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 141-146.
14. WILKINS, R., (1991), «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):367-382.
15. LAFONTAINE, P., PAMPALON, R., ROCHON, M., (1991), «L’espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):383-404.
16. CRIMMINS, E.M., SAITO, Y., INGEGNERI, D., (1992), «Valeurs récentes d’espérance de vie sans incapacité aux États-Unis», dans ROBINE, J.M; BLANCHET, M; DOWD, J.E., (éds) *Espérance de santé. Analyse et prospective*. Paris, INSERM, pp. 101-110.
17. THURIAUX, M., (1991), «L’espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l’incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):439-450.
18. COLVEZ, A., (1991), «Un point de vue sur l’avenir des indicateurs d’espérance de vie en santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2): 451-466.
19. WILKINS, R., (1992), «Espérance de santé au Québec, 1987», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 81-100.
20. RITCHIE, K., (1991), «La mesure de l’espérance de vie sans démence : étude préliminaire de faisabilité», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):263-268.
21. WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1983), *Healthfulness of Life*, Montréal, The Institute for Research on Public Policy, pp. 122-135.



50 Taux des années potentielles de vie perdues

Autre appellation : Taux de mortalité prématurée.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, de la somme des années de vie perdues avant 75 ans, à la population moyenne âgée de moins de 75 ans [1].

Les années potentielles de vie perdues (APVP) à la suite d'un décès sont estimées en multipliant, pour chaque groupe d'âge (<1, 1-4, 5-9...,70-74), le nombre de décès par la différence entre 75 ans et l'âge moyen dans chaque groupe d'âge. Les APVP correspondent à la somme des produits obtenus pour chaque groupe d'âge. Le taux des APVP est obtenu en divisant les APVP par l'effectif de la population âgée de moins de 75 ans [1].

Interprétations :

- Le taux des APVP est un indicateur de la mortalité prématurée. Il donne davantage de poids aux causes de décès qui surviennent à un jeune âge qu'à ceux qui se produisent à un âge avancé [1-4].
- La limite d'âge supérieure de 75 ans établie pour le calcul des APVP correspond approximativement à l'espérance de vie, sexes réunis, des Canadiens [1].
- Les principales causes de décès prématurés au Canada en 1990 sont par ordre chez les hommes, les cardiopathies ischémiques, les accidents de la route, les suicides et les cancers du poumon, et chez les femmes, les cancers du sein, les accidents de la route, les cardiopathies ischémiques et les anomalies congénitales [5].
- La consommation de tabac représente le facteur de risque le plus associé à la mortalité prématurée. Près de la moitié de tous les décès prématurés seraient reliés au tabac, à l'hypertension, à l'hypercholestérolémie, au diabète ou à la consommation d'alcool [1,6].
- Le taux des APVP varie en fonction de certaines caractéristiques : le sexe, le niveau socio-économique, la cause de décès, le lieu de résidence [1,4,5,7].

Mises en garde :

- Par le passé, le seuil supérieur était fixé à 65 ans et on excluait du calcul les décès d'enfants de moins d'un an puisque ceux-ci présentaient une étiologie différente [2-3].
- Le choix des limites d'âge peut dépendre des objectifs poursuivis: fin de l'âge adulte, âge normal à la retraite, espérance de vie, etc. [3].
- Dans les comparaisons géographiques et temporelles, il y a lieu d'ajuster les taux à partir d'une population de référence afin d'éliminer l'effet de structures par âge différentes [1-5].
- Dans le calcul des taux ajustés de mortalité selon la cause, le fait de retenir une population de référence présentant une structure par âge «vieille» a pour effet de donner plus de poids aux causes de décès prévalant aux âges avancés [8].
- L'amélioration dans la précision des diagnostics médicaux peut rendre difficile les comparaisons temporelles ou internationales [9].
- Les comparaisons géographiques et temporelles peuvent être affectées par des différences dans le classement des décès selon la cause. Il est donc recommandé de s'assurer de l'homogénéité des modes de déclaration, de sélection et de classement des causes de décès [9-12].

Sources :

- Numérateur : Fichier des décès, BSO et Statistique Canada, annuel.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul : (voir annexe 7).

Catégories suggérées :

- Sexe : Masculin, féminin, total.
- Cause : Selon la classification CIM-9 [3] (causes les plus fréquentes) :
- Appareil circulatoire (390-459)
    - Cardiopathies ischémiques (410-414)
    - Maladies vasculaires cérébrales (430-438).
  - Tumeurs (140-239)
    - Cancer du poumon (162).
    - Cancer du sein (femmes) (174).
  - Appareil respiratoire (460-519)
  - Traumatismes (E800-E999)
    - Accidents de la circulation sur la voie publique (E810-E819).
    - Suicide (E950-E959).
  - Total

Valeurs observées : (taux pour 1000)

	1986		1991	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Québec [13]	96,2	49,3	89,6	46,5
Canada [14-15]	91,2	49,7	83,3	45,7

Références :

- WIGLE, D.T., MAO, Y., SEMENCIW, R., McCANN, C., DAVIES, J.W., (1990), «Premature deaths in Canada: Impact, trends and opportunities for prevention», *Canadian Journal of Public Health*, 81:376-381.
- ROMEDER, J.M., McWHINNIE, J.R., (1978), «Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 26:97-115.
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 187-192 (Cat. 82-543 F).
- WILKINS, K., MARK, E., (1991), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1987-1988», *Maladies chroniques au Canada*, 12(2):pp. 13-17.
- WILKINS, K., MARK, E., (1992), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1990», *Maladies chroniques au Canada*, 13(6):122-127.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, COC, (1993), «Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life lost--United States, 1990», *MMWR*, 42(33):645-649.
- WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A., (1989), «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, 1(2):137-174.
- D'SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
- RUZICKA, L.T., LOPEZ A.D., (1990), «The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: National and international experiences», *World Health Statistics Quarterly*, 43:249-258.
- LOPEZ, A.D., (1990), «Causes of death: An assesment of global patterns of mortality around 1985», *World Health Statistics Quarterly*, 43:91-104.
- VALLIN, J., MESLÉ, F., (1990), «The causes of death in France, 1925-1978: Reclassification according to the eight revision of the international classification diseases», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds) *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 295-327.
- WOOD, P.H.N., (1990), «Applications of the international classification of diseases», *World Health Statistics Quarterly*, 43:263-268.
- BOUCHER, H., LAFONTAINE, P., LEGAULT, P., ST-LAURENT, D., (1993), *Statistiques sur les causes de mortalité au Québec 1971, 1976, 1980 à 1991*, Québec, MSSS, n.p.
- STATISTIQUE CANADA, (1988), *Causes de décès 1986. La statistique de l'état civil, volume IV*, Ottawa, Statistique Canada, 246 p. (Cat. 84-203).
- STATISTIQUE CANADA , (1993), *Causes de décès, 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 228 p. (Cat. 84-208).

51 Taux de victimes d’accidents de véhicules routiers

Autre appellation : Taux de victimes d’accidents de la route.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de victimes d’accidents de véhicules routiers à la population totale au milieu de cette période.

- Un accident de véhicule routier est défini comme étant un événement au cours duquel un dommage est causé par un véhicule routier en mouvement [1].
- Dans les statistiques québécoises compilées par la Société d’assurance automobile du Québec (SAAQ), les victimes sont réparties selon la nature des blessures subies : mortelles, graves ou légères. Une blessure est dite grave ou légère selon qu’elle nécessite ou non l’hospitalisation de la victime [1].
- Les données publiées par Transport Canada ne concernent que les personnes décédées et les personnes blessées sans distinction entre blessés graves et blessés légers. Les personnes blessées englobent celles qui souffrent d’une lésion visible ou qui se plaignent de douleurs [2].
- Les victimes sont réparties selon différentes catégories d’usagers, les principales sont : conducteurs ou passagers de véhicules automobiles, piétons, cyclistes et motocyclistes [1-3].

Interprétations :

- Le taux de victimes d’accidents de véhicules routiers est un indicateur du niveau de mortalité et de morbidité liée aux accidents de la route [4].
- Les statistiques fournies par la SAAQ et Transport Canada proviennent de rapports des policiers [1,3].
- Les principaux facteurs de risque associés aux traumatismes par accident de la route sont la consommation d’alcool, le jeune âge des conducteurs, l’inutilisation d’un dispositif de retenue, le poids du véhicule, la vitesse, le milieu rural, un niveau socio-économique faible, la consommation de médicaments chez les personnes âgées, l’omission de porter le casque chez les cyclistes et les motocyclistes, les ressources médicales disponibles [5-14].
- Certains phénomènes peuvent entraîner une variation des taux de victimes d’accidents de la route : les conditions économiques (récession), l’établissement de nouvelles lois (port de la ceinture, alcool au volant), l’implantation de nouvelles technologies (coussin gonflable), le développement du système de soins, la signalisation routière, la qualité du réseau routier [5,13,15-18].
- Au Canada, les accidents de la route représentent la première cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes et la deuxième cause d’années potentielles de vie perdues avant 75 ans [19-20].

Mises en garde :

- La forme et le contenu des rapports d’accidents peuvent varier dans le temps et d’une province à l’autre [3].
- En général, les personnes tuées comprennent les victimes qui meurent dans les trente jours suivant une collision à déclaration obligatoire. Les exceptions à cette règle sont le Québec (8 jours), l’Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest (12 mois) [2].
- Au Québec, la nature de la blessure (grave ou légère) est déterminée par le policier qui fait le rapport selon l’état physique apparent de la victime. Le policier peut classer une victime dans la catégorie blessé grave (nécessitant l’hospitalisation) sans que celle-ci soit ultérieurement hospitalisée [21].
- Au Québec, le policier qui se rend sur les lieux de l’accident doit, dans les huit jours, transmettre un rapport à la SAAQ [1]. La qualité des données est liée au suivi des destins des victimes par le policier [21]. Les personnes qui décèdent plusieurs semaines après l’accident peuvent être classées parmi les blessés, ce qui entraînent une sous-estimation des décès [3].
- Les données fondées sur les rapports d’accidents rédigés par les policiers sous-estimeraient de 5% les décès, de 20% les blessés graves et de 50% les blessés légers [4,22].
- Dans le calcul des taux, on peut utiliser au dénominateur d’autres données que la population, par exemple le nombre de permis de conduire, le nombre de véhicules immatriculés, le kilométrage parcouru, le nombre d’accidents de la route (dommages corporels et matériels) [2-4].

Sources :

- Numérateur : Registre des rapports d’accidents, SAAQ et Transport Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensements de Statistique Canada, aux cinq ans ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de victimes d’accidents de véhicules routiers durant une période donnée / Population totale au milieu de la période × 100 000.

Catégories suggérées :

- Sexe : Masculin, féminin, total.
- Âge : 0-4 ans, 5-14, 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65 et plus, total.
- Victimes : Morts, blessés graves, blessés légers, total.
- Usagers : Conducteurs de véhicules automobiles, passagers de véhicules automobiles, motocyclistes, cyclistes, piétons, total.

Valeurs observées : (taux pour 100 000)

	Québec		Canada [2]	
	1986 [4]	1992 [1]	1986	1992
Taux de mortalité	16,1	13,7	15,1	12,7
Taux de blessés	892,4	718,3	1045,2	908,5
Taux de blessés graves	108,8	101,7	n.d.	n.d.
Taux de blessés légers	783,6	616,6	n.d.	n.d.

Références :

- SOCIÉTÉ DE L’ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1993), *Bilan 1992. Accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, SAAQ, 189 pages.
- TRANSPORT CANADA, (1993), *1992. Statistiques sur les collisions de la route*. Feuillelet TP3322.
- BOURBEAU, R. (1983), Les accidents de la route au Québec 1926-1978. *Étude démographique et épidémiologique*. Montréal, Presses de l’Université de Montréal, pp. 74-88.
- BOURBEAU, R., CHAREST, S., LABERGE-NADEAU, C., LESAGE, D., JOLY, M.-F., DUSSAULT, C., (1991), «Les traumatismes routiers», dans BEAULNE, G., (éd.), *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 67-123.
- BAKER, S., O’NEILL, B., GINSBURG, M., LI, G., (1992), *The Injury Fact Book*, New York, Oxford University Press, pp. 211-231.
- EVANS, L., FRICK, M.C., (1992), «Alcohol’s effect on fatality risk from a physical insult», *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4):441-449.
- RUTLEDGE, R., STUTTS, J., (1993), «The association of helmet use with the outcome of motorcycle crash injury when controlling for crash/injury severity», *Accident Analysis Prevention*, 25(3):347-353.
- EVANS, L., FRICK, M.C., (1993), «Mass ratio and relative driver fatality risk in two-vehicle crashes», *Accident Analysis Prevention*, 25(2):213-224.
- HENRY, P.C., HAUBER, R.P., RICE, M., (1992), «Factors associated with closed head injury in a pediatric population», *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6):311-316.
- RAY, W.A., FOUGHT, R.L., DECKER, M.D., (1992), «Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers», *American Journal of Epidemiology*, 136(7):873-878.
- MAIO, R.F., GREEN, P.E., BECKER, M.P., BURNEY, R.E., COMPTON, C., (1992), «Rural motor vehicle crash mortality: The role of crash severity and medical resources», *Accident Analysis Prevention*, 24(6):631-642.
- PERNEGER, T., SMITH, G.S., (1991), «The driver’s role in fatal two-car crashes: A paired "case-control" study», *American Journal of Epidemiology*, 134(10):1138-1145.
- ZLAPOTER, T.J., (1991), «Determinants of motor vehicle deaths in the United States: A cross-sectional analysis», *Accident Analysis Prevention*, 23(5):431-436.
- ZADOR, P.L., (1991), «Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex», *Journal of Studies on Alcohol*, 52(4):302-310.
- KRAUS, J.F., (1993), «Epidemiology aspects of fatal and severe injury urban freeway crashes», *Accident Analysis Prevention*, 25(3):229-239.
- O’MALLEY, P.M., WAGENAAR, A.C., (1991), «Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987», *Journal of Studies on Alcohol*, 52(5):476-491.
- MILLAR, W., LAST, J., (1988), «Motor vehicle traffic accident mortality in Canada, 1921-1984», *American Journal of Preventive Medicine*, 4(4):220-230.
- LESTINA, D.C., WILLIAMS, A.F., LUND, A.K., ZADOR, P., KUHLMANN, T.P., (1991), «Motor vehicle crash injury patterns and the Virginia seat belt law», *JAMA*, 265(11):1409-1413.
- STATISTIQUE CANADA, (1993), *Causes de décès, 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 228 p. (Cat. 84-208)
- WILKINS, K., MARK, E., (1992), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1990», *Maladies chroniques au Canada*, 13(6):122-127.
- RÉGIE DE L’ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1988), *Guide de rédaction du rapport d’accident de véhicules routiers*, Québec, RAAQ, n.p.
- HAUER, E., HAKKERT, A.S., (1988), «Extent and some implications of incomplete accident reporting», *Transportation Research Record*, 1185:1-10.



### 3. CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ

*Incapacité*

*Utilisation des services*

*Consommation de médicaments*

52 Durée moyenne d’indemnisation par lésion professionnelle

Autre appellation : Nombre moyen de jours indemnisés par lésion professionnelle.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre total de jours indemnisés pour des lésions professionnelles, au nombre total de lésions professionnelles déclarées et indemnisées pendant cette même période [1].

- La durée moyenne d’indemnisation est comptabilisée en jours de calendrier et non en jours ouvrables [1].
- Une lésion professionnelle se définit comme étant un accident de travail ou une maladie professionnelle [1].
- Une lésion professionnelle déclarée et indemnisée est une lésion qui a été acceptée par l’organisme payeur et pour laquelle des déboursés ont été inscrits dans le dossier, soit comme indemnités de remplacement de revenu, indemnités en dommages corporels, indemnités de décès, de frais d’assistance médicale ou de frais de réadaptation [1-2].

Interprétations :

- ♦ La durée moyenne d’indemnisation est un indicateur de la gravité des nouveaux événements (lésions) survenus dans un groupe de travailleurs au cours d’une année [1,3].
- ♦ Les accidents de travail représentent environ 97% de l’ensemble des lésions professionnelles déclarées et indemnisées [4].
- ♦ Le dos et les membres supérieurs sont les principaux sièges de lésion en ce qui concerne les accidents de travail. La surdité et les atteintes du système musculo-squelettique sont les principales lésions déclarées et indemnisées pour les maladies professionnelles [5].
- ♦ L’on retrouve cinq grandes catégories de facteurs de risque liés aux accidents de travail: les facteurs liés au matériel, au milieu, à l’organisation, à la tâche et aux individus [6].
- ♦ Dans environ 65% des dossiers d’accidents de travail et 60% des dossiers de maladies professionnelles, les absences du travail sont de moins de 15 jours. La durée d’indemnisation est trois fois plus élevée pour les maladies professionnelles que pour les accidents de travail [5].
- ♦ Parmi les 19 professions les plus à risque, au moins huit sont clairement liées au secteur de la construction [3,7].

Mises en garde :

- ◊ La durée moyenne d’absence est calculée par rapport à un nombre de lésions et non de travailleurs. Un travailleur peut être victime de plus d’une lésion au cours d’une même année [1].
- ◊ Les données ne tiennent pas compte de la durée d’exposition au risque [1].
- ◊ Certains secteurs sont mal couverts au chapitre de l’indemnisation, puisqu’ils comprennent un grand nombre de travailleurs autonomes ou de propriétaires-opérateurs qui ne s’assurent pas auprès d’un régime de sécurité au travail [1,3].
- ◊ Pour certaines maladies professionnelles (surdité), la durée moyenne d’indemnisation n’est pas un bon indicateur de la gravité de la lésion, car ces maladies n’entraînent pas nécessairement de perte de temps de travail [1].
- ◊ Puisque certaines lésions peuvent occasionner des périodes d’absence prolongées, il est souhaitable d’accorder aux données une période de latence de 24    30 mois avant d’utiliser cet indicateur [1].
- ◊ Il existe des facteurs encourageant ou décourageant la déclaration des lésions. De ce fait, il existe une sous-déclaration des lésions professionnelles qui peut varier d’un secteur à l’autre ou d’une profession à l’autre [3].
- ◊ étant donné la période de latence plus ou moins longue de certaines maladies, la lésion peut être reliée à un emploi antérieur à celui occupé au moment de l’événement [8].

Sources :

- Numérateur : Fichier des lésions professionnelles, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou Enquête sur la population active de Statistique Canada, mensuelle ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre total de jours indemnisés pour des lésions professionnelles déclarées et indemnisées durant une période donnée

Nombre total de lésions professionnelles déclarées et indemnisées survenues dans l’année de référence

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
  ge : 15-24 ans, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 et plus, total (15 ans et plus).  
Profession : Selon la Classification canadienne descriptive des professions (CCDP) pu la Classification type des professions (CTP) [9].

Secteur d’activité économique : Selon la Classification des activités économiques du Québec (CAEQ-84) [10] ou la Classification type des industries de Statistique Canada [11].

Siège de la lésion professionnelle : Selon le système de classification élaboré par l’American National Standard Institute (ANSI Z16.2).

Valeurs observées : (en journées)

	1986 [4]	1991 [5]
Québec	39,9	47,8
Canada	n.d.	n.d.

Références :

1. HÉBERT, F., DUGUAY, P., MASSICOTTE, P., (1993), *L’inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs par secteur d’activité économique en 1986*, Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail, 187 p.
2. STATISTIQUE CANADA, (1993), *Les accidents du travail 1990-1992*, Ottawa, Statistique Canada, tableau 1 (Cat. 72-208).
3. PÉRUSSE, M., (1991), «Les traumatismes liés au travail», dans BEAULNE, G., (  d.), *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 215-230.
4. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Annexe statistique au rapport d’activité 1992*, Québec, CSST, 224 p.
5. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Statistiques sur les lésions professionnelles 1989*, Québec, CSST, 186 p.
6. STEWART, P., SCHAIRER, C., BLAIR, A., (1990), «Comparison of jobs, exposures, and mortality risks for short-term and long-term workers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(8):703-708.
7. NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, (1989), *Injury Prevention, Meeting the Challenge*, New York, Oxford University Press, p. 179.
8. BRESNITZ, E., (1990), «A model system for occupational disease surveillance activities applying centers for disease control guideline to poison control centers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(3):255-259.
9. EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA, (1989), *Classification canadienne descriptive des professions (CCDP). Guide, 9e édition*, Ottawa, Emploi et Immigration Canada, 354 p.
10. BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1984), *Classification des activités économiques du Québec*, Québec, BSQ.
11. STATISTIQUE CANADA, (1980), *Classification type des industries 1980*, Ottawa, Statistique Canada, Division des normes, 550 p.

53 Proportion de la population ayant une incapacité à long terme

Autres appellations : Taux d'incapacité • Prévalence de l'incapacité • Limitations des activités • Restriction des activités.

Définition :

Proportion de la population ayant une incapacité à long terme par rapport à la population totale dans les ménages privés [1-2].

- Selon Santé Québec, les personnes ayant une incapacité sont celles qui, au moment de l'enquête, étaient restreintes dans le genre ou la quantité d'activités, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé [2].
- L'enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) couvre l'ensemble de la population (y compris les personnes en institution) et la définition utilisée, qui correspond à celle retenue par l'OMS, est beaucoup plus large que celle de Santé Québec [3-4].
- L'OMS définit l'incapacité comme étant toute réduction (résultant d'une déficience) totale ou partielle de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain [3].

Interprétations :

- ♦ La prévalence de l'incapacité est un indicateur de l'état de santé de la population et est utile à la planification des besoins et des services de santé [5-9].
- ♦ La mesure de l'incapacité doit permettre la mise en évidence des difficultés rencontrées par les individus au cours des activités de la vie courante [10].
- ♦ Les taux d'incapacité selon l'âge, combinés aux probabilités de survie et aux taux d'institutionnalisation, permettent le calcul de l'espérance de vie en bonne santé [6-8].
- ♦ L'incapacité peut être décomposée selon la gravité (légère, modérée ou sévère) [3,4,8,11].
- ♦ La prévalence de l'incapacité varie selon l'âge, le sexe, le niveau socio-économique et le lieu de résidence [1,3,5,8,12-18].

Mises en garde :

- ◇ La définition de l'incapacité et les méthodes de collectes de l'information diffèrent selon les enquêtes et le pays, ce qui rend les comparaisons temporelles et géographiques quelquefois difficiles [1,5,10,17-21]. Ainsi, les taux d'incapacité obtenus par ESLA et Santé Québec ne peuvent être comparés [4].
- ◇ En général, dans les enquêtes, les mesures de l'incapacité sont basées principalement sur l'incapacité physique et ne tiennent pas compte suffisamment de la détérioration mentale [22].
- ◇ La méthode utilisée pour mesurer l'incapacité est imprécise. La prévalence du moment est estimée par la prévalence observée de l'incapacité. L'écart introduit par cette approximation étant inconnu, il est difficile d'interpréter les résultats dans les comparaisons temporelles [19].
- ◇ L'incapacité est une mesure subjective qui est liée aux normes culturelles et aux caractéristiques du milieu de référence [10].
- ◇ Il convient de distinguer incapacité, déficience et handicap. La déficience est une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale psychologique. Conséquente à une déficience, l'incapacité est la restriction ou le manque d'habileté pour accomplir une activité et la maintenir à l'intérieur des limites considérées comme normales pour un être humain. Le handicap correspond à une limite, un empêchement, un désavantage, découlant généralement d'une déficience ou d'une incapacité. Le handicap constitue un phénomène social [23].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, ESLA, aux cinq ans ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population présentant une incapacité à long terme × 100.  
Population totale dans les ménages privés

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 et plus, total.  
Gravité : Légère, modérée, sévère, total.

Valeurs observées\* : (en pourcentage)

	1978-1979 [12]**	1986 [3]***	1987 [18]**	1991 [3]***
Québec	10,3	11,2	7,4	12,5
Canada	11,3	13,2	n.d.	15,5

Note : \* La mesure et la définition de l'incapacité varient selon les enquêtes. Cas données ne sont donc pas nécessairement comparables. \*\* Population dans les ménages privés. \*\*\* Ensemble de la population, incluant les personnes en institution.

Références :

1. YU, Y.C., (1991), «The demography of disability», *Population Bulletin of the United Nations*, 30:61-78.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Tome 1*, Québec, MSSS p. 278.
3. STATISTIQUE CANADA, (1992), «Enquête de 1991 sur la santé et la limitation des activités», *Le Quotidien*, 13 octobre:1-13.
4. WILKINS, R., (1991), «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):367-382.
5. POPE, A.M., TARLOV, A.R., (1991), *Disability in America. Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, Institute of Medicine, 362 p.
6. ROBINE, J.M., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*. Paris, INSERM, pp. 1-46.
7. WILKINS, R., (1992), «Espérance de santé au Québec, 1987», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 81-100.
8. COLVEZ, A., (1992), «Classement des incapacités observées pour plusieurs rôles de survie en trois niveaux : l'espérance de vie sans incapacité sévère, modérée ou légère», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 135-139.
9. STATISTIQUE CANADA, (1988), *The Health and Activity Limitation Survey. User's Guide*, Ottawa, Statistique Canada, 51 p.
10. MINAIRE, P., CHERPIN, J., WEBER, D., (1992), «Mesure de l'incapacité et caractéristique du milieu : influence sur le calcul de l'espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 147-156.
11. LAFONTAINE, P., PAMPALON, R., ROCHON, M., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):383-404.
12. WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1983), *Healthfulness of Life*, Montréal, The Institute for Research on Public Policy, pp. 122-135.
13. OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, (1992), *Caractéristiques socio-économiques des personnes ayant des incapacités*, Drummondville, OPHO, 32 pages.
14. ELSTON, M.J., KOCH, G.G., WEISSERT, W.G., (1991), «Regression-adjusted small area estimates of functional dependency in the noninstitutionalized american population age 65 and over», *American Journal of Public Health*, 81(3):335-343.
15. SAUCIER, A., LAFONTAINE, P., (1991), *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986. Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'enquête sur la santé et les limitations d'activité*, Québec, MSSS, pp. 11-44.
16. STATISTIQUE CANADA, (1990), *Enquête sur la santé et la limitation d'activités. Faits saillants. Personnes ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, n.p. (Cat. 82-602).
17. LAPLANTE, M.L., (1991), «The demographics of disability», *The Milbank Quarterly*, 69(supp 1-2):55-77.
18. WILKINS, R., SAUVAGEAU, Y., (1988), «Incapacité», dans MSSS, *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Tome 1*, Québec, MSSS pp. 175-192.
19. ROBINE, J.M., BUCQUET, D., RITCHIE, K., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps: vingt ans de calcul», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):205-236.
20. THURIAUX, M., (1991), «L'espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):439-450.
21. COLVEZ, A., (1991), «Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):451-466.
22. RITCHIE, K., (1991), «La mesure de l'espérance de vie sans démence : étude préliminaire de faisabilité», *Cahiers québécois de démographie*, 20 2):263-268.
23. PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les éditions Agence d'Arc inc, pp. 173-175.

54 Proportion d’enfants handicapés

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Proportion, pour une période donnée, des enfants de moins de 18 ans recevant une allocation pour enfant handicapé par rapport à l’ensemble des enfants de moins de 18 ans, au milieu de la période.

- Un enfant est considéré handicapé s’il est atteint d’une déficience visuelle, auditive, motrice ou mentale ou d’une maladie chronique ou psychopathique importante et permanente [1,2]. De plus, son état doit nécessiter la mise en place de mesures spécialisées en matière de traitement, de réadaptation, de rééducation ou de scolarisation [1,3].

Interprétations :

- ♦ La proportion d’enfants handicapés est un indicateur de l’état de santé des jeunes et est utile à la planification des besoins et des services de santé. En plus de nous permettre d’évaluer le nombre d’enfants handicapés, elle nous renseigne sur l’origine, la nature ainsi que le genre de mesures à prendre pour faciliter leur intégration [1,3,4].
- ♦ Le handicap peut découler d’une anomalie congénitale, d’un accident ou d’une maladie. Toutefois, les accidents ne sont la cause que de 1% de l’ensemble des handicaps observés chez les enfants [1].
- ♦ En 1990 au Québec, 51% des enfants handicapés souffraient d’une maladie chronique telle que le diabète, la fibrose kystique, l’hémophilie ou l’épilepsie. La déficience mentale et la déficience psychopathologique touchaient 19% des enfants handicapés et la déficience motrice en affectait aussi 19% [5].

Mises en garde :

- ♦ Pour être éligible à l’allocation pour enfant handicapé, il faut avant tout recevoir l’allocation familiale pour cet enfant [3].
- ♦ Le nombre d’enfants handicapés n’a cessé d’augmenter depuis l’instauration de cette allocation en 1980. Cette augmentation est en grande partie attribuable, en 1982, à l’ajout des maladies chroniques et psychopathiques, à l’assouplissement de certaines conditions d’attribution et à une meilleure connaissance du programme de la part des familles [1,3,5].
- ♦ L’admissibilité ainsi que la gravité du handicap, qu’il soit moteur, visuel, auditif, psychique ou organique, sont définies d’après des critères mentionnés dans le Règlement sur les allocations d’aide aux familles de la Régie des rentes du Québec (RRQ) [3,4,6]. Ces critères diffèrent et sont en quelque sorte plus restrictifs que la notion de l’incapacité de l’OMS. L’on ne tient donc pas compte de tous les enfants présentant un handicap. L’OMS définit d’ailleurs l’incapacité comme toute réduction ou absence (résultant d’une déficience) de la capacité d’exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale par un être humain [7,8]. Selon l’Enquête sur la limitation des activités (ESLA) de 1991, 5,6% des enfants de 0 à 14 ans du Québec et 7,0% de ceux du Canada avaient une incapacité [9,10]. Pour la même année, on enregistrait à la RRQ un taux de 1,6% [1].
- ♦ En ce qui a trait au caractère permanent du handicap, si l’enfant n’est plus atteint de la déficience ou de la maladie, la rente cesse d’être versée et par conséquent l’enfant est exclu de la banque de données [3,4,6].
- ♦ Les demandes qui sont les plus fréquemment refusées sont les handicaps légers et, en particulier, les cas de déficience mentale légère [3].

- ♦ Il convient de distinguer incapacité, déficience et handicap. La déficience est une perte, une malformation ou une anomalie d’un organe, d’une structure ou d’une fonction mentale psychologique. Conséquente à une déficience, l’incapacité est la restriction ou le manque d’habilité pour accomplir une activité et la maintenir à l’intérieur des limites considérées comme normales pour un être humain. Le handicap correspond à une limite, un empêchement, un désavantage, découlant généralement d’une déficience ou d’une incapacité. Le handicap constitue un phénomène social [11].

Sources :

- Numérateur : Fichier de l’allocation pour enfants handicapés, Régie des rentes du Québec, annuel, ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre d’enfants de moins de 18 ans recevant une allocation pour enfant handicapé, pour une période donnée x 100.  
Population totale de moins de 18 ans, au milieu de la période

Catégories suggérées :

- Sexe : Masculin, féminin, total.
- Nature de la déficience : Auditive, mentale, motrice, visuelle, chronique, psychopathique, total.
- Origine de la déficience : Anomalie congénitale, accident, maladie, total.

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1986	1989	1990
Québec [1]	1,0	1,4	1,6
Canada	n.d.	n.d.	n.d.

Références :

1. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1993), *Les allocations d’aide aux familles - Statistiques 1991*, Québec, RRQ, pp. 51-58.
2. ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, (1985), *Codification administrative du Règlement sur les allocations familiales*, Québec, Assemblée nationale.(L.R.Q., C. A-17, R.1).
3. BOULIANE, M., (1991), «L’allocation pour enfant handicapé: quatre fois plus de bénéficiaires qu’en 1980», *Rentes-Actualités*, 6(1):3-4.
4. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1993), *Allocations d’aide aux familles du Québec*, Québec, RRQ (Brochure).
5. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1992), *Un million de familles*, Québec, RRQ, pp. 28-29.
6. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1986), «Deux rentes payables aux enfants» , *Rentes-Actualités*, novembre/décembre, pp. 7-9.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1980), *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*, Genève, OMS, p. 143.
8. ODERKIRK, J., (1993), «Les enfants ayant une incapacité», *Tendances sociales canadiennes*, 31:22-25.
9. STATISTIQUE CANADA, (1992), «Enquête de 1991 sur la santé et les limitations d’activités», *Le Quotidien*, 13 octobre 1992.
10. STATISTIQUE CANADA, (1992), *Enquête sur la santé et les limitations d’activités 1991, Tableaux d’appoint, Provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, n.p.
11. PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les éditions Agence d’Arc inc., pp. 173-175.



55 Taux de consultations médicales

Autres appellations : Taux de consommation de services médicaux • Taux de participation selon le type de services médicaux • Taux de contact médecin-patient.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre d’usagers aux bénéficiaires âgés de un an et plus au milieu de la période [1].

- Les bénéficiaires sont ceux inscrits à un régime d’assurance-maladie provincial à la RAMQ qui se sont prévalus du droit de consommer un ou plusieurs services médicaux au cours d’une période donnée [1].
- Un usager est dénombré une seule fois au numérateur quel que soit le nombre de consultations qu’il a eues au cours de la période de référence [1].

Interprétations :

- Le taux de participation aux services médicaux représente une mesure de l’accès, de la disponibilité et des besoins de services [2].
- L’utilisation de services de santé est déterminée par plusieurs facteurs : ceux reliés à la nature de la morbidité [3], aux bénéficiaires eux-mêmes [4], et aux dispensateurs de services [5,6], en plus de ceux reliés aux facteurs organisationnels et institutionnels [2].
- Chaque personne ayant obtenu un service auprès d’un médecin payé à l’acte possède un poids égal, indépendamment de la quantité de service dont elle bénéficie [1].
- Le taux de participation est calculé en fonction de la provenance du bénéficiaire et non du dispensateur du service. Un bénéficiaire qui consomme un service en dehors de sa région est quand même comptabilisé dans sa région d’origine [1].
- Le taux de consultations médicales varie selon les caractéristiques de la population, les caractéristiques des médecins et les modes de paiements [5,6].

Mises en garde :

- La première consultation auprès d’un médecin généraliste est générée par un besoin de santé ressenti par l’usager; les visites subséquentes, lorsqu’il y en a, sont dues à la nature du problème de santé et aux caractéristiques du médecin [4].
- Les taux de participation ne s’applique qu’aux actes médicaux posés par des médecins rémunérés à l’acte. Pour les autres services de médecine de laboratoire de même que pour les médecins salariés ou rémunérés par vacations, le taux ne peut être connu puisqu’aucune donnée sur les bénéficiaires n’est disponible [1].
- Depuis 1991, le taux de participation en médecine et en chirurgie ainsi que pour certains services de médecine de laboratoire est obtenu par le simple décompte des bénéficiaires pour un type de service donné plutôt que par échantillonnage [1].
- La consommation relative de services médicaux peut varier d’une région à une autre, notamment en raison de l’accès et de la disponibilité des services, de la productivité des dispensateurs et des caractéristiques d’âge, de sexe et d’état de santé spécifique à une population donnée [5-8].
- Les taux de consultation ne fournissent pas une mesure réelle du niveau d’activités cliniques des médecins installés dans les régions éloignées, puisqu’une partie importante de ces activités sont à salaire ou à vacation [9].

Sources :

- Numérateur : Fichier des actes médicaux, RAMQ, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Fichier d’inscription des bénéficiaires, RAMQ, annuel ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen d’usagers âgés d’un an et plus pour un type de service particulier, pour une période donnée × 100.  
Nombre total des bénéficiaires âgés de 1 an et plus au milieu de la période

Catégories suggérées :

Âge : Moins de 15 ans, 15-64, 65 et plus, total.  
Sexe : Masculin, féminin, total.  
Services médicaux :

- Examens de malades ambulatoires
  - Examens en cabinet
  - Examens de malades inscrits à la consultation externe ou à l’urgence
  - Examens à domicile
- Examens de malades admis en centre hospitalier de soins de courte durée
- Examens en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d’accueil
- Consultations
- Radio en cabinet privé
- Actes diagnostiques majeurs
- Actes diagnostiques mineurs
- Actes chirurgicaux majeurs
- Actes thérapeutiques majeurs
- Actes thérapeutiques mineurs
- Traitements psychiatriques
- Anesthésie-réanimation
- Assistance chirurgicale
- Total

Valeurs observées : (en pourcentage)

	1985 [10]	1992 [1]
Québec	77,9	78,5
Canada	n.d.	n.d.

Références :

- RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1993), *Statistiques annuelles 1992*, Québec, RAMQ, 308 p.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les éditions Agence d’Arc inc., p. 201.
- EVANS, R.G., (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 390 p.
- DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
- DEDOBBELEER, N., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DESJARDINS, S., FOURNIER, M.-A., (1991), *Comportements professionnels des femmes et des hommes médecins du Québec*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 69 p.
- AUBIN, J., FOURNIER, M.-A., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., (1993), *Profil de pratique des médecins omnipraticiens et spécialistes selon la région*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 103 p.
- ESCARCE, J.J., (1993), «Would eliminating differences in physician practice style reduce geographic variations in cataract surgery rates?», *Medical Care*, 31(12):1106-1118.
- BLAIS, R., (1989), «L’étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé», *L’Union médicale du Canada*, 118:226-234.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., FOURNIER, M.-A., (1992), *Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1972 à 1990 et projections pour 1995*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 135 p.
- RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1986), *Statistiques annuelles 1985*, Québec, RAMQ, 308 p.



56 Taux des journées d’hospitalisation selon la cause

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de journées d’hospitalisation, pour une cause spécifique, à la population totale au milieu de la période [1].

- Les statistiques d’hospitalisation sont établies d’après les fiches de départ fournies par les hôpitaux de soins de courte durée. Les départs sont occasionnés par le décès, la fin de l’hospitalisation ou le transfert vers un autre établissement. Une personne apparaît autant de fois dans le fichier qu’il y a de départs établis à son nom [1-2].
- Le nombre de journées d’hospitalisation correspond à la durée totale du séjour dans l’installation hospitalière, incluant le jour de l’admission et les jours de congé temporaire, mais excluant le jour de sortie [3].
- Les hospitalisations dans les unités de soins longue durée, dans les centres hospitaliers de réadaptation, dans les centres hospitaliers psychiatriques, dans les unités de soins d’un jour ainsi que les hospitalisations de longue durée sont exclus [3].
- La cause retenue correspond au diagnostic principal ou primaire. Ce diagnostic représente l’affection la plus importante du malade durant son hospitalisation ou le diagnostic ayant requis la plus grande part des ressources médicales [1,3]. Les diagnostics sont actuellement définis selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies de l’OMS [1].

Interprétations :

- Le taux des journées d’hospitalisation représente un indicateur de l’utilisation des services de santé et est fortement corrélé à la disponibilité des lits [4].
- Les statistiques sur les hospitalisations permettent d’identifier les problèmes de santé prioritaires [2]. Ces statistiques sont aussi utiles à des fins de recherche évaluative sur les services de santé [5].
- Les fichiers d’hospitalisations représentent la source la plus complète et la plus accessible se rapportant à la morbidité. Ils renseignent sur la morbidité hospitalière qui ne représente qu’une partie de la morbidité [5].
- La consommation de cigarettes représente la première source de morbidité évitable [6].
- La répartition et le niveau de l’hospitalisation varient notamment en fonction de l’âge, du sexe, du lieu de résidence et du niveau socio-économique [7-10].

Mises en garde :

- Le fait de ne retenir que le diagnostic principal dans le calcul des taux selon la cause entraîne une sous-évaluation qui est plus importante pour les affections les moins sérieuses que pour les maladies chroniques [1].
- Les statistiques provinciales sur les hospitalisations sont basées sur la province où le patient a été traité, ce qui dans environ 2 % des cas ne correspond pas à la province de résidence du patient [1]. Pour les régions limitrophes, où une partie importante des hospitalisations ont lieu dans une province voisine, la sous-déclaration serait beaucoup plus importante [11].
- Les données sur les hospitalisations pour troubles mentaux sont très partielles puisque les centres psychiatriques sont exclus des fichiers [1,3].
- La fiabilité du diagnostic varie selon la cause. Plus il est spécifique, plus sa fiabilité diminue [4].
- Les statistiques d’hospitalisation subissent de nombreuses distorsions sous l’effet de facteurs autres que l’état de santé. Ces facteurs sont la disponibilité des soins, les services à domicile, les caractéristiques des médecins, la période de l’année, leur accessibilité physique et financière, les décisions administratives et la spécialisation des hôpitaux. Cela peut influencer les comparaisons géographiques et temporelles [2,4,11].

Sources :

- Numérateur : Fichier MED-ÉCHO, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre annuel moyen de journées d’hospitalisations, pour une période donnée,  
pour une cause spécifique  
Population totale au milieu de la période

× 100 000.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-34, 35-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85 et plus, total.  
Cause : Selon la classification CIM-9 (voir valeurs observées).

Valeurs observées : (taux observés pour 100 000)

	Québec				Canada			
	1987-1988 [12]		1990-1991 [1]		1987-1988 [12]		1990-1991 [1]	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Tumeurs (140-239)	15556	16105	14820	15493	14594	15132	13246	13569
Troubles mentaux (290-319)	22884	25700	26743	31051	16214	23396	16408	23812
Système nerveux (320-389)	9043	10845	10911	13210	11672	14068	10891	13761
Appareil circulatoire (390-459)	32595	32639	31423	32005	32322	36763	28342	31306
Appareil respiratoire (460-519)	10643	9081	12128	10054	13821	11052	11647	10136
Appareil digestif (520-579)	11852	13101	10474	11215	11948	13701	10393	11513
Organes génito-urinaires (580-629)	5338	9073	4948	7581	6270	9197	5228	7503
Système ostéo-musculaire (710-739)	5145	7934	5198	7844	6565	10981	5731	9542
Traumatismes (E800-E999)	10583	13305	10273	12674	12552	13869	11196	12583

Références :

- STATISTIQUE CANADA, (1993), *La morbidité hospitalière 1990-91*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, n.p. (Cat. 82-216).
- PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 151-153 (Cat. 82-543 F).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Statistiques MED-ÉCHO 1984-1985 à 1988-1989 : hospitalisations pour les soins de courte durée au Québec*, Québec, MSSS, pp. 1-35.
- SCHIEBER, G.J., POULLIER, J.-P., GREENWALD, L.M., (1991), «Health care systems in twenty-four countries», *Health Affairs*, 10(3):22-38.
- PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F., FOURNIER, P., (1988), «L’exploitation de grandes bases de données sur la morbidité pour l’évaluation des services de santé», *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 36:267-272.
- RILEY, R., (1992), «Morbidité hospitalière, 1989-90», *Rapports sur la santé*, 4(2):195-197.
- RILEY, R., PADDON, P., (1989), «Les accidents au Canada : décès et hospitalisation», *Rapports sur la santé*, 1(1):23-50.
- MCGOVERN, P.G., BURKE, G.L., SPRAFKA, M., XUE, S., FOLSOM, A.R., BLACKBURN, H., (1992), «Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990», *JAMA*, 268(6):753-759.
- FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
- GORSKY, R.D., SCHWARTZ, E., DENNIS, D., (1990), «The morbidity, mortality, and economic costs of cigarette smoking in New Hampshire», *Journal of Community Health*, 15(3):175-183.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Lits CD. Bassins de desserte 1990*, Québec, MSSS, Direction de la santé physique, Service de technologie biomédicale, 89 p.
- STATISTIQUE CANADA , (1990), *La morbidité hospitalière 1987-88*, Ottawa, Centre canadien d’information sur la santé, pp. 2-9 (Cat. 82-217).

57 Taux de césarienne

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre de césariennes pratiquées à l'hôpital à l'ensemble des accouchements pratiqués à l'hôpital au cours de la période.

- L'accouchement par césarienne correspond aux codes suivants de la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* : 86.0, 86.1, 86.2, 86.8 et 86.9 [1].
- Le nombre total d'accouchements réfère aux hospitalisations dont un diagnostic correspond aux codes suivants de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9) : 640 à 659.

Interprétations :

- ♦ Le taux de césarienne constitue un indicateur de la qualité des soins et services offerts aux femmes, un taux élevé signifiant une approche plus médicalisée de l'accouchement [3].
- ♦ La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus fréquemment pratiquées chez la femme [4].
- ♦ Depuis vingt ans, le taux de césarienne n'a cessé de progresser dans les pays industrialisés et parmi ceux-ci, seul les États-Unis devancent le Canada [4-6]. À l'image du continent nord-américain, le Québec présente également un taux élevé, bien que ce taux soit à la baisse depuis la fin des années 1980 [3,7].
- ♦ L'OMS stipule qu'un taux de césarienne supérieur à 10 ou 15 % et une utilisation systématique de l'épisiotomie ne sont pas justifiés. De plus, cet organisme mentionne que même après une première césarienne, on devrait dans la mesure du possible encourager un accouchement vaginal [8].
- ♦ Les principales indications justifiant la pratique d'une césarienne sont une césarienne antérieure, une dystocie, une présentation du siège et la souffrance fœtale. De plus, les femmes les plus susceptibles de subir une césarienne sont celles âgées de 35 ans et plus, celles qui ont des naissances multiples et celles dont le poids du bébé à la naissance est élevé [4,9,10].

Mises en garde :

- ♦ La disponibilité des professionnels de la santé, la formation et la pratique médicale, les technologies médicales et les poursuites judiciaires pour négligences professionnelles sont tous des facteurs pouvant influencer le taux de césarienne [4,6,9-11]
- ♦ Les variations temporelles et géographiques des taux d'utilisation des actes obstétricaux semblent davantage liées à la pratique médicale et à la disponibilité des anesthésistes qu'à l'état de santé des femmes [4,7].
- ♦ Les taux ne comprennent pas les accouchements survenant à l'extérieur des hôpitaux. Ceci ne devrait pas influencer les taux, puisqu'au Canada la presque totalité des accouchements sont pratiqués dans des hôpitaux [4].
- ♦ Les données sont basées sur l'année financière, soit du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars.
- ♦ Les taux d'accouchement vaginal après césarienne sont influencés par le degré de spécialisation des hôpitaux ainsi que par les caractéristiques des médecins [12].

Sources :

Fichier MED-ÉCHO, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.

58 Taux de pontages coronariens

Autre appellation : Taux de pontages aortocoronariens.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de pontages coronariens, à la population totale au milieu de cette période [1-3].

- Les données sur le pontage coronarien proviennent des fichiers d’hospitalisation. Le pontage coronarien correspond aux codes de traitement 48.10 à 48.19 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux [1-4].
- Le pontage coronarien consiste à construire un nouveau conduit entre l’aorte (ou d’autres artères principales) et des sections d’artères coronariennes dans le but d’augmenter la circulation du sang au-delà des endroits obstrués [5-7].

Interprétations :

- Le taux de pontages coronariens constitue un indicateur d’accès au système de soins de santé puisque l’utilisation du pontage coronarien est limitée à quelques hôpitaux des grands centres urbains. [6-8].
- Le pontage coronarien constitue la procédure la plus efficace dans le soulagement et l’amélioration de la qualité de vie chez les personnes ayant eu des épisodes répétés d’ischémies du myocarde [5,9-11].
- Le pontage coronarien représente l’acte chirurgical le plus coûteux. Le coût du pontage coronarien augmente en fonction de l’âge du patient et du nombre de vaisseaux obstrués [12-13].
- La concentration de l’utilisation du pontage coronarien dans quelques hôpitaux situés dans les grands centres urbains a l’avantage de limiter les coûts et d’améliorer la qualité des soins mais a pour désavantage de diminuer l’accès pour les personnes résidant dans les régions éloignées [8].
- Le taux de survie post-opératoire varie selon la taille de l’hôpital, l’âge du patient, l’urgence de l’acte, la présence d’un pontage précédent et le nombre de vaisseaux obstrués [11,14-15].
- Le taux de pontages coronariens augmente dans le temps et varie en fonction du lieu de résidence et de l’âge. Le taux varie selon le niveau socio-économique aux États-Unis mais pas au Canada [2-3,16-19].

Mises en garde :

- Les données doivent être uniquement compilées à partir des hôpitaux pouvant effectuer les pontages coronariens, de sorte que l’on ne compte pas certains cas deux fois à la suite de transferts entre ces hôpitaux et d’autres établissement n’offrant pas ces services [3].
- Dans le calcul des taux à l’échelle des provinces et des régions, on doit tenir compte des déplacements des patients qui ne sont pas toujours traités dans leur province ou région de résidence. Ce phénomène affecte l’intégralité des données qui varient selon la région et la province [2,6].
- Pour chaque hospitalisation, on peut retrouver jusqu’à dix traitements. Un pontage coronarien peut être accompagné de plusieurs autres traitements. On doit donc chercher parmi ces dix traitements ceux se rapportant aux codes correspondant au pontage coronarien. Dans les cas où une hospitalisation comprend plus d’un code de pontage coronarien, on en retient un seul [3].
- Les variations géographiques et l’augmentation du taux de pontage dans le temps dépendraient de facteurs liés à la disponibilité et à l’accessibilité des soins et à une plus grande popularité du traitement à la fois chez les médecins et les patients [1,4,20].

Sources :

- Numérateur : Fichier MED-ÉCHO, MSSS, annuel, Statistique Canada, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Recensement de Statistique Canada, aux cinq ans, ou autres sources fournissant la structure par âge et par sexe de la population.

Méthode de calcul :

Nombre d’hospitalisations où apparaît un code de pontage coronarien pour une période donnée × 100 000.  
Population au milieu de la période

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 20 ans, 20-34, 35-54, 55-64, 65-74, 75 et plus, total.

Valeurs observées : (taux pour 100 000)

	1981-1982 [1]	1986-1987 [1]
Québec	31,2	49,3
Canada	31,1	43,2

Références :

- PETERS, S., CHAGANI, K., PADDON, P., NAIR, C., (1990), «Pontages aortocoronariens au Canada», *Rapport sur la santé*, 2(1):9-27.
- NAYLOR, D., UGNAT, A.M., WEINKAUF, D., ANDERSON, J.M., WIELGOSZ, A., (1992), «Coronary artery bypass grafting in Canada: What is its rate of use? Which rate is right?», *Canadian Medical Association Journal*, 146(6):851-859.
- UGNAT, A.M., NAYLOR, C.D., (1993), «Trends in coronary artery bypass grafting in Ontario from 1981 to 1989», *Canadian Medical Association Journal*, 148(4):569-575.
- STATISTIQUE CANADA, (1986), *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 189-190. (Cat. 82-562).
- SUBCOMMITTEE ON CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY, (1990), «ACC/AHA Guidelines and Indications for Coronary Artery Bypass Graft Surgery», *AHA Medical/Scientific Statement Special Report*, pp. 1125-1173.
- CONSEIL D’ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC, (1993), *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*, Montréal, Conseil d’évaluation des technologies de la santé du Québec, 59 p.
- BLUSTEIN, J., (1993), «High-technology cardiac procedures. The impact of service availability on service use in New York State», *JAMA*, 270(3):344-349.
- ROOS, L.L., SHARP, S.M., (1989), «Innovation, centralization, and growth. Coronary artery bypass graft surgery in Manitoba», *Medical Care*, 27(5):441-452.
- PASHOS, C.L., NEWHOUSE, J.P., McNEIL, B.J., (1993), «Temporal changes in the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction, 1987 through 1990», *JAMA*, 270(15):1832-1836.
- KO, W., GOLD, J.P., LAZZARO, R., ZELANO, J.A., LANG, S., ISOM, O.W., KRIEGER, K.H., (1992), «Survival analysis of octogenerian patients with coronary artery disease managed by elective coronary artery bypass surgery versus conventional medical treatment», *Circulation*, 86(5 suppl.):191-197.
- KILLIP, P., (1988), «Has coronary artery bypass surgery influenced mortality from cardiovascular disease in the United States», dans HIGGINS, M.W., LUEPKER, R.V., (éds), *Trends in Coronary Heart Disease Mortality. The Influence of Medical Care*, New York, Oxford University Press, pp 250-260.
- EVANS, S.A., (1993), «The economics of cardiac surgery», *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 4(2):340-348.
- KRUEGER, H., GONCALVES, J.L., CARUTH, F.M., HAYDEN, R.I., (1992), «Coronary artery bypass grafting: How much does it cost?», *Canadian Medical Association Journal*, 146(2):163-168.
- HANNAN, E.L., KILBURN, H., BERNARD, H., O’DONNELL, J.F., LUKACIK, G., SHIELDS, E.P., (1991), «Coronary artery bypass surgery: The relationship between inhospital mortality rate and surgical volume after controlling for clinical risk factors», *Medical Care*, 29(11):1094-1107.
- CHRISTAKIS, G.T., IVANOV, J., WEISEL, R.D., BIRNBAUM, P.L., DAVID, T.E., SALERNO, T.A., (1989), «The changing pattern of coronary artery bypass surgery», *Circulation*, 80(3 partie 1):151-161.
- ANDERSON, G.M., GRUMBACH, K., LUFT, H.S., ROOS, L.L., MUSTARD, C., BROOK, R., (1993), «Use of coronary artery bypass surgery in th United States and Canada. Influence of age and income», *JAMA*, 269(13):1661-1666.
- ANDERSON, G.M., NEWHOUSE, J.P., ROOS, L., (1989), «Hospital care for elderly patients with diseases of the circulatory system. A comparison of hospital use in the United States and Canada», *New England Journal of Medicine*, 321(21):1443-1448.
- FEINLEIB, M., HAVLIK, R.J., GILLUM, R.F., POKRAS, R., MCCARTHY, E., MOIEN, M., (1989), «Coronary heart disease and related procedures. National hospital discharge survey data», *Circulation*, 79(6 partie 2):13-18.
- ANDERSON, G.M., LOMAS, J., (1988), «Monitoring the diffusion of a technology: Coronary artery bypass surgery in Ontario», *American Journal of Public Health*, 78(3):251-254.
- LANGA, K.M., SUSSMAN, E.J., (1993), «The effect of cost-containment policies on rate of coronary revascularization in California», *New England Journal of Medicine*, 329(24):1784-1789.

59 Proportion de la population ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux derniers jours

Autre appellation : Proportion de la population ayant une consommation élevée de médicaments.

Définition :

Proportion de la population ayant consommé trois classes de médicaments différents et plus (prescrits ou non prescrits) au cours des deux jours précédant l'enquête sur l'ensemble de la population dans les ménages privés.

— Le terme médicament désigne à la fois les remèdes (gouttes, sirop, suppositoires, injections intraveineuses), les pilules (incluant les anovulants) ou les onguents (avec ou sans ordonnance) y compris les vitamines, les compléments minéraux et les suppléments alimentaires [1-3].

Interprétations :

- ♦ La proportion de la population ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux jours précédant l'enquête constitue un indicateur de polypharmacie [4,5] ou de surconsommation [2]. Les données sur la consommation de médicaments renseignent indirectement sur l'état et sur les problèmes de santé de la population [3].
- ♦ Une enquête auprès des ménages permet de cerner la consommation réelle contrairement à l'analyse des chiffres de ventes ou des ordonnances qui ne peuvent que rendre compte des médicaments prescrits ou achetés [6].
- ♦ L'usage de médicaments est davantage associé aux femmes [1,2,7], aux personnes âgées [1,8], à une détérioration de l'état de santé physique [1,9,10], aux problèmes de santé mentale [1] et au nombre élevé de visites chez le médecin [10].

Mises en garde :

- ◇ Les vitamines et les minéraux, les suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc. sont considérés dans l'Enquête Santé Québec comme des médicaments [3].
- ◇ L'Enquête Santé Canada a, par ailleurs, fait ressortir que la consommation de médicaments n'est pas toujours justifiée par un problème de santé [2].
- ◇ L'ignorance des comportements des autres, dans le cas où un individu doit répondre pour l'ensemble des membres du ménage, peut affecter la fiabilité des résultats [6,11,12].
- ◇ Des problèmes de fiabilité peuvent découler de la déclaration d'une consommation de médicaments par un tiers. Il est également possible qu'un biais de mémoire, un biais de télescopage (inclusion de problèmes antérieurs à la date de repère et exclusion de problèmes postérieurs à cette date) ou un biais de désirabilité sociale apparaissent [6,13-16].
- ◇ Le nombre d'ordonnances annuel peut varier en fonction des coûts, de la durée de traitement, des teneurs des doses, des caractéristiques du médecin, de la substitution de médicaments par des nouveaux ou par des médicaments de longue action [8,17-19].

Sources :

Enquêtes de Santé Québec, périodicité variable, enquêtes de Santé Canada, périodicité variable ou autres enquêtes.

Méthode de calcul :

Population ayant consommé trois classes de médicaments et plus (prescrits ou non prescrits) au cours des deux jours précédant l'enquête / Population totale dans les ménages privés x 100.

Catégories suggérées :

Sexe : Masculin, féminin, total.  
Âge : Moins de 15 ans, 15-24, 25-44, 45-64, 65 et plus, total.

Valeurs observées: (en pourcentage)

	1978-1979 [2]	1987
Québec	n.d.	6,2★
Canada	6,6	n.d.

Note : ★ Santé Québec, demande spéciale, donnée non publiée.

Références :

1. JOUBERT, P., LABERGE, A., CARBONNEAU, M., POIRIER, S., BEAUSÉJOUR, R., MARKOWSKI, F., LAURIER, C., (1988), «Recours aux services et consommation de médicaments», dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Et la santé ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 212-219.
2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa, SÆESC, pp. 169-185 (Cat. 82-538 F).
3. LEVASSEUR, M., (1987), *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, MSSS, Québec, pp. 38-39 (Cahier technique).
4. GRENIER, L., BARBEAU, G., (1991), «Les effets indésirables des médicaments», dans BARBEAU, G., GUIMOND, J., MALLET, L., *Médicaments et personnes âgées*, St-Hyacinthe, Édisem, p. 165.
5. CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE, (1992), «La pharmacothérapie chez les personnes âgées», *Info-Médicament*, (1):8 p.
6. LAURIER, C., DUMAS, J., GRÉGOIRE, J.-P., DUVAL, L., (1990), *L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 87, (Cahiers de recherche; 2) Québec, MSSS, pp. 42-44.
7. WEEDLE, P.B. et al., (1990), «Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom», *DICP The Annals of Pharmacotherapy*, 24:533-536.
8. FERGUSON, J.A., (1990), «Prescribing practices and patient sex differences», *Journal of the Royal Society of Health*, 110(2):45-53.
9. McKIM, W.A., STONES, M.J., KOZMA, A., (1990), «Factors predicting medicine use in institutionalized and non-institutionalized elderly», *Canadian Journal on Ageing*, 9(1):23-34.
10. KLAUKKA, T., MAKELA, M., SIPILA, J., MARTIKAINEN, J., (1993), «Multiuse of medicines in Finland», *Medical Care*, 31(5):445-450.
11. MOSELEY II, R.R., WOLINSKY, F.D., (1986), «The use of proxies in health surveys», *Medical Care*, 24(6):496-510.
12. KELLY, J.P., ROSENBERG, L., KAUFMAN, D.W., SHAPIRO, S., (1990), «Reliability of personal interview data in a hospital-based case-control study», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):79-90.
13. CLEARY, P.D., JETTE, A.M., (1984), «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9):796-803.
14. HAYES, M.V., TAYLOR, S.M., BAYNE, L.R., POLAND, B.D., (1990), «Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies», *Social Science and Medicine*, 31(4):455-460.
15. BABBIE, E., (1983), *The Practice of Social Research*, 3e édition, Belmont, Wadsworth Publishing Company, pp. 135-137.
16. YUEN, P., MACHIN, D., BALARAJAN, R., (1990), «Inequalities in health : Socioeconomic differences in self-reported morbidity», *Public Health*, 104:65-71.
17. MARTIN, P., (1993), *Évaluation de l'impact de la contribution-santé sur la consommation de médicaments*, Québec, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, Service de l'évaluation des programmes et des statistiques, Direction de l'évaluation et des enquêtes, pp. 1-12.
18. BIRNER, R., FARINA, G., ROCHELLE, A., WEINER, M., (1990), «Comparative prescription practices of family practice, internal medicine, and pediatrics residents», *Family Practice Research Journal*, 9(2):95-103.
19. HAAYER, F., (1982), «Rational prescribing and sources of information», *Social Science and Medicine*, 16:2017-2023.

60 Nombre annuel de jours d’ordonnances par personne de 65 ans et plus

Autre appellation : Aucune courante.

Définition :

Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de jours d’ordonnances, des personnes de 65 ans et plus, sur le nombre annuel moyen de personnes de 65 ans et plus, durant la période.

- Le nombre moyen de personnes de 65 ans et plus est obtenu en attribuant à chaque personne inscrite une pondération qui correspond à la fraction de l’année où, en raison de son âge, elle est devenue admissible au programme de médicaments et de services pharmaceutiques [1].
- La durée de traitement est exprimée en jours d’ordonnances, soit le nombre de jours correspondant à chacune des ordonnances [2].

Interprétations :

- ◆ Cet indicateur permet de mesurer le niveau de consommation de médicaments chez les personnes âgées. Il a l’avantage de ne pas être influencé par le prix, ni par les variations dans les teneurs et d’être peu influencé par les changements de normes concernant le pilulier [2]. Cet indicateur permet également de combiner au nombre d’ordonnances la notion de durée [3].
- ◆ Au Québec, depuis le 1er octobre 1977, la gratuité des médicaments est acquise pour l’ensemble des personnes de 65 ans et plus [1,4,5].
- ◆ Seuls les médicaments inscrits sur la Liste de médicaments et prescrits par un médecin, un résident en médecine ou un dentiste sont admissibles au programme de médicaments et de services pharmaceutiques [1].
- ◆ L’usage de médicaments chez les personnes âgées est plus fréquent chez les femmes [6,7], chez les plus âgées [6,8], et est davantage relié à la détérioration de l’état de santé physique [6,9,10], aux problèmes de santé mentale [6] et au nombre élevé de visites chez le médecin [10].
- ◆ Alors que le pilulier hebdomadaire de type *Dosett* influence à la hausse la consommation de médicaments, les normes administratives et le ticket modérateur tendent à la diminuer [2,11].
- ◆ Le nombre d’ordonnances annuel peut varier en fonction des coûts, de la durée de traitement, des teneurs des doses, des caractéristiques du médecin, de la substitution de médicaments par des nouveaux ou par des médicaments de longue action [2,8,12,13].

Mises en garde :

- ◇ Les médicaments sans ordonnance ou non inscrits sur la Liste de médicaments sont exclus du programme de médicaments et de services pharmaceutiques [1].
- ◇ Dans le programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la RAMQ, les personnes âgées séjournant en centre d’accueil ou en centre hospitalier sont considérées comme des personnes admissibles et elles sont incluses dans le dénominateur du présent indicateur. Par contre, les ordonnances faites à ces personnes ne sont pas comptabilisées dans le numérateur ce qui entraîne une sous-estimation de l’indicateur. En 1991, le nombre d’ordonnances par personne admissible était sous-estimé de 5,2% chez les personnes de 65 ans et plus [1].
- ◇ Le fait que certains médicaments sont reçus sur ordonnance ne signifie pas pour autant qu’ils sont effectivement consommés. L’on ne sait pas non plus à quel moment ces médicaments sont consommés ou s’ils sont consommés de façon appropriée [4].
- ◇ L’indicateur ne permet pas de déceler les ordonnances potentiellement non appropriées telles que le chevauchement thérapeutique, les doses quotidiennes élevées ou les interactions médicamenteuses nuisibles. De plus, il est impossible à partir des données annuelles d’évaluer la probabilité de problèmes iatrogènes [4].

Sources :

- Numérateur : Fichier des services pharmaceutiques, RAMQ, annuel ou autres sources.
- Dénominateur : Fichier d’inscription des bénéficiaires, RAMQ, annuel ou autres sources.

Méthode de calcul :

Nombre annuel de jours d’ordonnances, des personnes de 65 ans et plus .  
Nombre moyen de personnes de 65 ans et plus admissibles dans l’année

Catégories suggérées :

Total : Population de 65 ans et plus.  
Sexe : Masculin, féminin, total.

Types de médicaments [14]:

- |   |  |
|---|--|
| - Anti-infectieux (8:00)                          | - Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (28:24) |
| - Médicaments du système nerveux autonome (12:00) | - Autres médicaments du s.n.c. (28:20,28:28)     |
| - Cardio-vasculaire (24:00)                       | - Électrolytes-diurétiques (40:00)               |
| - Cardiotropes (24:04)                            | - Oreilles, nez, gorge et yeux (52:00)           |
| - Hypolipémiants (24:06)                          | - Gastro-intestinaux (56:00)                     |
| - Antihypertenseurs (24:08)                       | - Hormones et substituts (68:00)                 |
| - Vasodilatateurs (24:12)                         | - Peau et muqueuses (84:00)                      |
| - Médicaments du système nerveux central (28:00)  | - Spasmodiques (86:00)                           |
| - Analgésiques et antipyrétiques (28:08)          | - Tous les autres médicaments                    |
| - Anticonvulsivants (28:12)                       | Total  |
| - Psychotropes (28:16)                            |  |

Valeurs observées: (jours d’ordonnances)

	1991	1992
Québec	724,8*	737,8*
Canada	n.d.	n.d.

Note : \* Service de l’évaluation des programmes et des statistiques de la RAMQ.

Références :

1. RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), *Statistiques annuelles 1990*, Québec, RAMQ, pp. 221-229.
2. MARTIN, P., (1993), *Évaluation de l’impact de la contribution-santé sur la consommation de médicaments*, Québec, Régie de l’Assurance-maladie du Québec, Service de l’évaluation des programmes et des statistiques, Direction de l’évaluation et des enquêtes, pp. 1-12.
3. HELLING, D.K., YESALIS, C.E., NORWOOD, G.J., BURMEISTER, L.F., LIPSON, D.P., FISHER, W.P., JONES, M.E., (1981), «Effects of capitation payment for pharmacy services on pharmacist - dispensing and physical -prescribing behavior: I. Prescription quantity and dose analysis», *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 15:581-589.
4. COMITÉ D’ANALYSE DE LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE DES PERSONNES AGÉES, (1993), *Rapport du comité d’analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*, Québec, Régie de l’Assurance-maladie du Québec, pp. 16-48.
5. RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), *Statistiques annuelles 1991*, Québec, RAMQ, pp. 13-18.
6. JOUBERT, P., LABERGE, A., CARBONNEAU, M., POINIER, S., BEAUSÉJOUR, R., MARKOWSKI, F., LAURIER, C., (1988), «Recours aux services et consommation de médicaments», dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Et la santé ça va?, Rapport de l’enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 212-219.
7. WEEDLE, P.B., POSTON, J.W., PARISH, P.A., (1990), «Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom», *Drugs The Annals of Pharmacotherapy*, 24:533-536.
8. FERGUSON, J.A., (1990), «Prescribing practices and patient sex differences», *Journal of the Royal Society of Health*, 110(2):45-53.
9. McKIM, W.A., STONES, M.J., KOZMA, A., (1990), «Factors predicting medicine use in institutionalized and non-institutionalized elderly», *Canadian Journal on Ageing*, 9(1):23-34.
10. KLAUKKA, T., MAKELA, M., SIPILA, J., MARTIKAINEN, J., (1993), «Multiuse of medicines in Finland», *Medical Care*, 31(5):445-450.
11. RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), «Changements au régime d’assurance-maladie du Québec», *Communiqué*, Québec, RAMQ, 2 pages.
12. BIRRELL, R., FARINA, G., ROCHELLE, A., WEINER, M., (1990), «Comparative prescription practices of family practice, internal medicine, and pediatrics residents», *Family Practice Research Journal*, 9(2):95-103.
13. HAAYER, F., (1982), «Rational prescribing and sources of information», *Social Science and Medicine*, 16:2017-2023.
14. RÉGIE DE L’ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1993), *Liste de médicaments*, Québec, Les Publications du Québec, 377 p.

BIBLIOGRAPHIE

ABELIN, T., (1986), «Indicateurs positifs de la promotion et de la prévention de la santé», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, 39:353-364.

ADAMS, O, (1988), «L'état de santé», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la santé Canada 1990, Rapport Technique*, Ottawa, SBESC, pp. 184-185.

ADAMS, O, (1990), «Espérance de vie au Canada: un aperçu», *Rapports sur la santé*,2(4):361- 376.

ADAMS, O., (1993), «L'état de santé», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la Santé Canada, 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, p. 34, 184-185.

ADAMS, O., WILKINS, R., (1992), «Développement et indices d'espérance de vie en santé, Réunion internationale du Réseau Espérance de Vie en Santé (REVES)», *Rapports sur la santé*,4(1):67-72.

ADLAF, E., (1993), «L'usage de l'alcool des médicaments et des autres drogues», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 112-115,120,130-131,349.

ADLER, N.E., BOYCE, T., CHESNEY, M.A., COHEN, S., FOLKMAN, S., KAHN, R.L., SYME, S.L., (1994), «Socioeconomic status and health - The challenge of the gradient», *American Psychologist*, 49(1):15-24.

ADLER, N.E., BOYCE, W.T., CHESNEY, M.A., FOLKMAN, S., SYME, S.L., (1993), «Socioeconomic inequalities in health. No easy solution»,*JAMA*, 269(24):3140-3145.

AGGLETON, J.P., KENTRIDGE, R.W., NEAVE, N.J., (1993), «Evidence for longevity differences between left handed and right handed men : An archival study of cricketers», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(2):206-209.

AMLER, R.W., DULL, B.H., (éds), (1987), *Closing the Gap. The Burden of Unnecessary Illness*, New York, Oxford University Press, pp. 10-11,35-36,89-96,184.

ANDERSON, G.M., GRUMBACH, K., LUFT, H.S., ROOS, L.L., MUSTARD, C., BROOK, R., (1993), «Use of coronary artery bypass surgery in the United States and Canada. Influence of age and income», *JAMA*, 269(13):1661-1666.

ANDERSON, G.M., LOMAS, J., (1988), «Monitoring the diffusion of a technology: Coronary artery bypass surgery in Ontario», *American Journal of Public Health*, 78(3):251-254.

ANDERSON, G.M., NEWHOUSE, J.P., ROOS, L., (1989), «Hospital care for elderly patients with diseases of the circulatory system. A comparison of hospital use in the United States and Canada», *New England Journal of Medicine*, 321(21):1443-1448.

ANGLARET, P., (1993), «La fonction d'observation régionale», *Informations Sociales*, (27):72-77.

AQUILINO, W.S., LA SCINTO, A.L., (1990), «Effects of interview mode on self-reported drug use», *Public Opinion Quarterly*, (54): 362-395.

ARNOT, B., (1987), «Regard sur les canadiens ayant un faible niveau de scolarité, 1975 à 1985», *Tendances sociales canadiennes*, printemps, pp. 28-32.

ASSELIN, S., DALLAIRE, L., DUCHESNE, L., JEAN, S., LAROCHE, D., NOBERT, Y., (1992), *Statistiques sociales: portrait social du Québec*, Québec, Les publications du Québec, pp. 122-123,142-144.

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, (1985), *Codification administrative du Règlement sur les allocations familiales*, Québec, Assemblée nationale. (L.R.Q., C. A-17, R.1).

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, (1992), *Le tableau de bord, outil de pilotage au service du conseil d'administration*, Montréal, AHQ, 27 p.

ASVALL, J.E., YELLOWLEES, H., (1989), «Vers la santé pour tous dans la région européenne de l'OMS. Surveillance des progrès accomplis. I. Évaluation générale», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 37:287-293.

AUBIN, J., FOURNIER, M.-A., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., (1993), *Profils de pratique des médecins omnipraticiens et spécialistes selon la région*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 103 p.

AURIAT, N., (1993), «My wife knows best: A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register», *Public Opinion Quarterly*, 57(2):165-190.

AUSSILLOUX, C. et al., (1990), *La santé en Languedoc-Roussillon*, Montpellier, Observatoire régional de santé du Languedoc-Roussillon, pp. 274-275.



- BABBIE, E., (1983), *The Practice of Social Research*, 3e édition, Belmont, Wadsworth Publishing Company, pp. 135-137.
- BAKER, S., O'NEILL, B., GINSBURG, M., LI, G., (1992), *The Injury Fact Book*, New York, Oxford University Press, pp. 65-77, 211-231.
- BAND, P.R., GAUDETTE, L.A., HILL, G.B., HOLOWATY, E.J., HUTCHROFT, S.A., JOHNSTON, G.M., MAKOMASKI ILLING, E.M., (1993), *Développement du registre canadien du cancer : incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes, 1969 à 1988*, Ottawa, SBESC et Statistique Canada, pp. 35-39, 124-135. (Cat. C52-42/1992).
- BARIL, A., MORI, G.A., (1991), «Niveau de scolarité dans les différents groupes linguistiques au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (20):17-18.
- BARNARD, L., (1993), *L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 109 p.
- BARTLEY, M., (1988), «Unemployment and health : Selection or causation, a false antithesis?», *Sociology of Health and Illness*, 10(1):41-67.
- BATTISTA, R.N., GROVER, S.A., (1988), «Early detection of cancer: An overview», *Annual Review of Public Health*, 9:26-28.
- BAUM, M., EBBS, S.R., FALLOWFIELD, L.J., FRASER, S.C., (1992), «Measurement of quality of life in advanced breast cancer», *Acta Oncologica*, 29(3):391-395.
- BEAUDIN, A., CHAMARD, R., GERVAIS, E., LALANDE, D., (1990), *La pauvreté au Québec. Situation récente et évolution de 1973 à 1986*, Québec, Les publications du Québec et Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, p. 59.
- BEAUDRY, J., (1984), «L'évaluation de programme», dans GAUTHIER B., De la problématique à la collecte des données, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 391-401.
- BEAUMONT, J.P., LEMIRE, R., LÉONARD, C., BRETON, J.G., (1992), «Les transports», dans MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, *État de l'environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 491-519.
- BEAUPRÉ, M., (1993), *Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec, Année 1989 et année 1990*, Québec, MSSS, pp. 1-107.
- BEAUPRÉ, M., (1993), «Améliorations apportées à la qualité des données au fichier des tumeurs du Québec depuis 1975», dans PELLETIER, G., *La survie reliée au cancer. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984, 1985 et 1986*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, pp. 153-157.
- BELLEROSE, C., CADIEUX, É., JOHNSON, E., (1989), *Et la santé, ça va?, Numéro 4, Les familles monoparentales*, Québec, Les Publications du Québec, p. 30.
- BERKANOVIC, E., HURWICZ, M.L., LANDSVERK, J., (1988), «Psychological distress and the decision to seek medical care», *Social Science and Medicine*, 27(11):1215-1221.
- BERKMAN, L.F., (1987), «Assessing social networks and social support in epidemiologic studies», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, (35):46-53.
- BERNARD, P.M., LAPOINTE C., (1987), *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 314 p.
- BIRKHEAD, G.S., GALVIN, V.G., MEEHAN, P.J., O'CARROLL, P.W., MERCY, J.A., (1993), «The emergency department in surveillance of attempted suicide: Findings and methodological considerations», *Public Health Reports*, 108(3):323-331.
- BIRRE, R., FARINA, G., ROCHELLE, A., WEINER, M., (1990), «Comparative prescription practices of family practice, internal medicine, and pediatrics residents», *Family Practice Research Journal*, 9(2):95-103.
- BLAIR, J., MENON, G., BICKART, B., (1991), «Measurement effects in self vs. proxy response to survey questions: An information-processing perspective», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement errors in surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 145-166.
- BLAIS, R., (1989), «L'étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé», *L'Union médicale du Canada*, 118:226-234.
- BLALOCK, H.M., (1972), *Social Statistics, 2e édition*, McGraw-Hill, 583 p.
- BLOOR, M., (1991), «A minor office: The variable and socially constructed character of death certification in a Scottish city», *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3):273-287.
- BLUSTEIN, J., (1993), «High-technology cardiac procedures. The impact of service availability on service use in New York State», *JAMA*, 270(3):344-349.

- BOUCHARD, L., MORVAL, M., (1989), «Enquête sur le vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'Université de Montréal», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 7(1):53.
- BOUCHARD, L.M., CHAPDELAINÉ, A., MIREAULT, G., MAURICE, P., (1991), «Les suicides dans les régions de Québec et Chaudière-Appalaches: une approche multifactorielle pour la prévention des suicides», *Maladies chroniques au Canada*, 12(6):108-113.
- BOUCHARD, P., LAVOIE, L., MALENFANT, R., PAGEAU, M., ROCHETTE, L., ROY, B., (1992) *Profil de la population et des services sociosanitaires de la région de Québec*, CRSSS de Québec, DSC du CHUL, DSC de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, DSC de l'Hôpital du St-Sacrement, p.19.
- BOUCHER, H., LAFONTAINE, P., LEGAULT, P., ST-LAURENT, D., (1993), *Statistiques sur les causes de mortalité au Québec 1971, 1976, 1980 à 1991*, Québec, MSSS, n.p.
- BOUDON, R., BOURRICAUD, F., (1990), *Dictionnaire critique de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 432 p.
- BOULIANE, M., (1991), «L'allocation pour enfant handicapé: quatre fois plus de bénéficiaires qu'en 1980», *Rentes-Actualités*, 6(1):3-4.
- BOURBEAU, R., (1983), Les accidents de la route au Québec 1926-1978. *Étude démographique et épidémiologique*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 74-88.
- BOURBEAU, R., CHAREST, S., LABERGE-NADEAU, C., LESAGE, D., JOLY, M.F., DUSSAULT, C., (1991), «Les traumatismes routiers», dans BEAULNE, G., (éd.), *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 67-123.
- BOURBEAU, R., ROBITAILLE, N., (1980), «Bilan démographique des francophones au Québec et dans le reste du Canada», *Critère*, (27):175-204.
- BOYER, R., BLAIS, L., (1988), «Idées suicidaires et tentatives de suicide», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 129-133.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., PERREAULT, C., LÉGARÉ, G., (1992), *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Enquête Santé Québec 1987. (Cahiers de recherche;8), Québec, MSSS, pp. 31-44,56.
- BRASSARD, D., (1991), *L'assistance sociale: la pointe de l'iceberg*, Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Justine, p. 45.
- BRESNITZ, E., (1990), «A model system for occupational disease surveillance activities applying centerts for disease control guideline to poison control centers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(3):255-259.
- BROUARD, N., (1990), «Classification of developed countries according to cause-of-death patterns; a test of robustness during the period 1969-1974», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 250-268.
- BROWN, J., KRANZLER, H.R., DEL BOCA, F.K., (1992), «Self-reports by alcohol and drug abuse inpatients: Factors affecting reliability and validity», *British Journal of Addiction*, (87):1013-1024.
- BRUNELLE, Y., (1992), *La qualité des soins et services. Un cadre conceptuel*, Québec, MSSS, 123 p.
- BRUNELLE, Y., ROCHON, M., (1991), «Limites, avantages et utilisation des EVSI dans le contexte actuel de l'évolution des systèmes de soins», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):405-438.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1984), *Classification des activités économiques du Québec*, Québec, BSG.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1992), *Rapport sur la qualité des fichiers de 1990 du Registre de la population*, Québec, 58 p.
- BUREAU DU CORONER, (1992), *Rapport annuel 1991*, Québec, Les Publications du Québec, 145 p.
- BURKE, M.A., (1991), «Conséquences du vieillissement démographique», *Tendances sociales canadiennes*, 20:6-8.
- BURKE, M.A., SPECTOR, A., (1991), «Une catégorie de personnes défavorisées : les femmes âgées de 55 à 64 ans qui vivent seules», *Tendances sociales canadiennes*, 23:14-17.
- CALCOEN, F., (1993), «Observateurs et décideurs», *Informations Sociales*, (27):114-118.
- CAMIRAND, J., BLAIS, R., BÉLAND, F., (1993), *How reliable are health surveys to assess medical care use?*, Présentation à l'American Public Health Association, San Francisco, 9 p.
- CARMINES, E.G., ZELLER, R.A., (1979), *Reliability and Validity Assessment*, Beverly Hills, Sage Publications, 79 p.
- CARON, L., (1991), *Comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985-1986 et 1987-1988*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 46 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;14).



- CARTER, A.O. (1992) «Setting priorities: The canadian experience in communicable disease surveillance» *MMWR*, décembre, vol. 41 (supplément) pp.79-84.
- CASELLI, G., (1990), «The influence of cohorts-effects on differentials and trends in mortality», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 229-240.
- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, (1993), *Rapport annuel 1992*, Québec, Centre Anti-Poison du Québec, 29 p.
- CENTRE SUISSE D'INFORMATION TOXICOLOGIQUE, (1991), *Rapport annuel de jubilé 1966-1991*, Zurich, Centre Suisse d'information toxicologique, 44 p.
- CENTRE SUISSE D'INFORMATION TOXICOLOGIQUE, (1993), *Rapport annuel 1992*, Zurich, Centre Suisse d'information toxicologique, 44 p.
- CHARBONNEAU, L., FORGET, G., FRAPPIER, J.Y., GAUDREAU, A., GUILBERT, E., MARQUIS, N., (1989), *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale, Avis sur la grossesse à l'adolescence*, Québec, MSSS, 128 p. (Périnatalité au Québec;2).
- CHASE-LANSDALE, P.L., BROOKS-GUNN, J., PAIKOFF, R.L., (1992), «Research and programs for adolescent mothers», *American Behavioral Scientist*, 35(3):290-312.
- CHAWLA, R., (1991), «Une société vieillissante: un autre point de vue. Rapports de dépendance». *Tendances sociales canadiennes*, 20:2-5.
- CHE-ALFORD, J., (1992), «Les Canadiens et le déménagement», *Tendances sociales canadiennes*, 25:32-34.
- CHÉNARD, P., LÉVESQUE, M., (1992), «La démocratisation de l'éducation: succès et limites», dans DAIGLE, G., ROCHER, G.(éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, chapitre 14, p. 388.
- CHEVALIER, S., CHOINIÈRE, R., BERNIER, L., SAUVAGEAU, Y., MASSON, I., CADIEUX, É., (1992), *Guide d'utilisation de 40 Indicateurs sociosanitaires*, Ottawa, SBESC, 161 p.
- CHEVALIER, S., (1994) «Aspects de l'effet d'intervieweur dans les questionnaires d'enquête», dans ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, *Recueil des résumés de communications*, Montréal, ACFAS, p. 548.
- CHEVALIER, S., COURTEMANCHE, R., JETTÉ, M., (1992), «La méthodologie», dans SANTÉ QUÉBEC, *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes québécois âgés entre 15 et 29 ans*, Montréal, Santé Québec, p. 10.
- CHEVALIER, S. et al., (1992), *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, 1991, Montréal, Santé Québec, pp. 20-46, 63-69.
- CHOINIÈRE, R., (1991), «Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-88 : études écologiques des liens avec les conditions économiques, sociales et culturelles», *Les cahiers québécois de géographie*, 20(1):117-146.
- CHOINIÈRE, R., ROBITAILLE, N., (1988), «La fécondité des Inuit du Nouveau-Québec depuis 1931 : passage d'une fécondité naturelle à une fécondité contrôlée», *Population*, 2:427-450.
- CHOINIÈRE, R., ROBITAILLE, N., (1990), «The aging of ethnic groups in Quebec», dans HALLI, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L., (éds.), *Ethnic Demography, Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 253-271.
- CHOINIÈRE, R., ROBITAILLE, Y., DORVAL, D., SAUVAGEAU, Y., (1993), *Profil des traumatismes au Québec: disparités régionales et tendances de la mortalité (1976-1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*. Québec, MSSS, pp 35,53,84,92,241-257.
- CHRISTAKIS, G.T., IVANOV, J., WEISEL, R.D., BIRNBAUM, P.L., DAVID, T.E., SALERNO, T.A., (1989), «The changing pattern of coronary artery bypass surgery», *Circulation*, 80(3 pt 1):151-161.
- CLEARY, P.D., JETTE, A.M., (1984), «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9):796-803.
- COHEN, B.L., (1991), «Catalog of risks extended and updated», *Health Physics*, 61(3):317-335.
- COHEN, S., WILLS, A., (1985), «Stress, social support and the buffering hypothesis», *Psychological Bulletin*, 98(2):310-357.
- COLIN, C., DESROSNIERS, H., (1989), *La périnatalité au Québec, Numéro 3, Naître égaux et en santé*, Québec, MSSS, p. 19.
- COLIN, C., LAVOIE, J-P., POULIN, C., (1989), *Les personnes défavorisées. Et la santé ça va? numéro 3*, Québec, MSSS, pp. 27-30.
- COLLISHAW, N.E., LEAHY, K., (1991), «Mortalité attribuable au tabagisme au Canada, 1989», *Maladies chroniques au Canada*, 12:50.
- COLVEZ, A., (1991), «Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):451-466.

- COLVEZ, A., (1992), «Classement des incapacités observées pour plusieurs rôles de survie en trois niveaux : l'espérance de vie sans incapacité sévère, modérée ou légère», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 135-139.
- COLVEZ, A., GARDENT, H., (1990), *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie*, Montpellier, Centre Technique National de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 111 p.
- COMITÉ D'ANALYSE DE LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE DES PERSONNES ÂGÉES, (1993), *Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*, Québec, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, pp. 16-48.
- COMITÉ DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DU QUÉBEC, (1993), *Mieux vivre avec nos déchets : la gestion des déchets solides municipaux et la santé publique*, Québec, CSEO, 140 p. et annexes.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Statistiques sur les lésions professionnelles 1989*, Québec, CSST, 186 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, (1993), *Annexe statistique au rapport d'activité 1992*, Québec, CSST, 224 p.
- COMMUNITY HEALTH INFORMATION SYSTEMS, WORKING GROUP, ALBERTA HEALTH, (1993), *Community health organizations — the information and systems that they require to make a difference*, Ottawa, National Health Information Council, 19 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, (1978), *La question des indicateurs sociaux*, Québec, MSSS, 64 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, (1984), *Objectif : santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé*, Québec, MSSS, p. 15.
- CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA, CONTRÔLEUR GÉNÉRAL, (1981), *Guide sur la fonction de l'évaluation de programme*, Ottawa, Ministère des approvisionnements et services, 238 p.
- CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE, (1992), «La pharmacothérapie chez les personnes âgées», *Info-Médicament*, (1):8 p.
- CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC, (1993), *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*, Montréal, Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 59 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES, (1989), *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur et Gouvernement du Québec (éds), pp. 52-55,106-109.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA, (1992), *Les nouveaux visages de la pauvreté, La sécurité du revenu des familles canadiennes*, Ottawa, CEC, 74 p.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1992), *Profil de la pauvreté,1980 à 1990*, Ottawa, CNBES, 82 p.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1993), *Profil de la pauvreté, mise à jour pour 1991*, Ottawa, CNBES, 26 p.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, (1993), *Revenus de bien-être social - 1992*, Ottawa, CNBES, p. 26.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., (1985), «Économie du système de la santé», dans *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 443-479.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., FOURNIER, M.-A., (1992), *Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1972 à 1990 et projections pour 1995*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 135 p.
- CORBER, S., (1993), «Breast cancer», *Canadian Journal of Public Health*, 84(1):9-12.
- CÔTÉ, C., (1991), *Désintégration des régions. Le sous-développement durable au Québec*, Chicoutimi, Édition JCL, Chicoutimi, 261 p.
- CÔTÉ, L., ROSS, C., PRONOVOST, J., BOYER R., (1992), *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans*, Enquête Santé Québec 1987, (Cahiers de recherche;9), Québec, MSSS, pp. 26-33,40.
- CRAIG, C.L., (1993), «L'alimentation», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé Canada 1990. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 134-135,145.
- CRAIG, J., (1992), «Recent fertility trends in Europe», *Population Trends*, 68:20-23.
- CRIMMINS, E.M., SAITO, Y., INGEGNERI, D., (1992), «Valeurs récentes d'espérance de vie sans incapacité aux États-Unis», dans ROBINE, J.M; BLANCHET, M; DOWD, J.E., (éds) *Espérance de santé. Analyse et prospective*. Paris, INSERM, pp. 101-110.
- CROTEAU, N., LACHANCE, C., O'LOUGHLIN, J., (1988), «Comportements préventifs chez les femmes», dans MSSS (éd.), *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 56-63.
- CULYER, A.J., (1983), *Health Indicators: An International Study for European Science Fondation*, Oxford, Martin Robertson, 223 p.

- DANDURAND, R.B., (1992), «La famille n'est pas une île. Changements de société et parcours de vie familiale», dans DAIGLE, G., ROCHER, G.(éds), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, pp. 357-383.
- DANDURAND, R.B. (1994), «Divorce et nouvelle monoparentalité», dans DUMONT,F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 519-544.
- DE COURCY, G., (1989), *Systèmes interactifs d'aide à la décision*, Montréal, Éditions Agence D'Arc inc., 126 p.
- DEDOBBELEER, N., CHAMPAGNE, F., GERMAN, P., (1990), «Safety performance among union and nonunion workers in the construction industry», *Journal of Occupational Medicine*, 32(11):1099-1103.
- DEDOBBELEER, N., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DESJARDINS, S., FOURNIER, M.-A., (1991), *Comportements professionnels des femmes et des hommes médecins du Québec*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 69 p.
- DE GUERNY, J., GUIRIER, J.C., LAVERGNE, J., (1986), *Principes et mises en place du tableau de bord de gestion*, Paris, Delmas.
- DE KONINCK, M., (1987), «La multiplication des césariennes : phénomène chirurgical ou officine de laboratoire?», dans SAILLANT, F., O'NEILL, M., *Accoucher autrement*, Montréal, Éditions Saint-Martin, pp. 239-259.
- DEUSLE, M.A., (1988), «Que signifie la solitude pour les personnes âgées?», *La revue canadienne du vieillissement*, 7(4):342,346.
- DEMAN, A.F., (1988), «Suicide ideation, stress, social support, and personal variables in French Canadians: A structural analysis of relationship», *Journal of Social Behavior and Personality*, 3(1):127-134.
- DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE LANAUDIÈRE, (1992), «Objectif 10 : réduire de 15 % la consommation d'alcool per capita d'ici l'an 2000», Joliette, DSC de Lanaudière, p. 14.
- DESLAURIERS, J., GAGNÉ, P., BEAULIEU, C., HARDY, M., LANCTÔT, P., (1993), *De l'aide sociale à la sécurité du revenu: rapport statistique 1991-92*, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 217 p.
- DESPRÉS, J.P., (1992), «Évaluation de l'obésité: au-delà de l'IMC», *Le Point Inn*, 7(2 supplément):1-4.
- DESROSIERES, H., COLIN, C., (1988), «Portrait démographique des grossesses en milieu défavorisé», *Cahiers québécois de démographie*, 17(1):93-101.
- DEVER, G.E., CHAMPAGNE, F., (1985), *Epidemiology of Health Services Management*, Rockville, Aspen, 399 p.
- DE VRIES, J., (1990), «Ethnic language maintenance and shift», dans HALLI, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L., (éds.), *Ethnic Demography, Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 163-178.
- DIEKSTRA, R.F.W., MARIS, R., PLATT, S., SCHMIDTKE, A., SONNECK, G., (1989), *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*, World Health Organization, p. 48,51-54.
- DOLL, R., (1992), «Health and the environment in the 1990's», *American Journal of Public Health*,82(7):933-941.
- DOMART, A., BOURNEUF, J., (1989), *Nouveau Larousse médical*, Paris, Larousse, pp. 540-541.
- DONABEDIAN, A., (1973), *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
- DONABEDIAN, A., (1989), «Institutional and professional responsibilities in quality assurance», *Quality Assurance in Healthcare*, 1(1):3-11.
- DONOVAN, J.L., FRANKEL, S.J., EYLES, J.D., (1993), «Assessing the need for health status measurement», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(2):158-162.
- DRUMMOND, S., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W., (1987), *Methods for the Evaluation of Health Care Programmes*, New York, Oxford University Press, 182 p.
- D'SOUZA, S., (1989), «Preventable deaths in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 79-101.
- DUCHESNE, L., (1992), *Statistiques démographiques - La situation démographique au Québec*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 93-99.
- DUGAS, P. et al., (1992), «L'environnement et la ville», dans MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, *État de l'environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 413-444.
- DUGAS, P. et al., (1992), «La gestion intégrée des résidus et des déchets solides», dans MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, *État de l'environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp. 471-489.
- DYCK, R.J., NEWMAN, S.C., THOMPSON, A.H., (1988), «Suicide trends in Canada», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 77:411-419.

- ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE, (1986), *Tableau de bord de gestion*, Montréal, ÉNAP, 91 p.
- EISENHOWER, D., MATHOWETZ, N.A., MORGANSTEIN, D., (1991), «Recall error: Sources and bias reduction techniques», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 127-144.
- ELIANY, M., (1989), *Les drogues licites et illicites au Canada*, Ottawa, SBESC, p. VI, 9-31.
- ELIANY, M., (1991), «La consommation d'alcool et de drogues», *Tendances sociales canadiennes*, pp. 24-26.
- ELIANY, M., WATLEY, S., ADLAF, E.M., (1992), *La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes canadiens*. Rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1989, Ottawa, SBESC, p. x. (Cat H39-231/1991F).
- ELLINGS, J.M., NEWMAN, R.B., HULSEY, T.C., BIVINS jr., H.A., KEENAN, A., (1993), «Reduction in very low birth weight deliveries and perinatal mortality in a specialized multidisciplinary twin clinic», *Obstetrics and Gynecology*, 81(3):387-391.
- ELSTON, M.J., KOCH, G.G., WEISSERT, W.G., (1991), «Regression-adjusted small area estimates of functional dependency in the noninstitutionalized american population age 65 and over», *American Journal of Public Health*, 81(3):335-343.
- ELWOOD, J.M., (1988), *Causal Relationships in Medicine, a Practical System for Critical Appraisal*, New York, Oxford University Press, p. 20.
- EMBREE, B.G., WHITEHEAD, P.C., (1993), «Validity and reliability of self-reported drinking behavior : Dealing with the problem of response bias», *Journal of Studies on Alcohol*, 54(3):334.
- EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA, (1989), *Classification canadienne descriptive des professions (CCDP). Guide*, 9e édition, Ottawa, Emploi et Immigration Canada, 354 p.
- ENVIRONNEMENT CANADA, GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS, (1991), *Le point sur l'établissement d'un ensemble national d'indicateurs environnementaux aux Canada*, Rapport sur l'état de l'environnement, Ottawa, Environnement Canada, 104 p.
- ESCARCE, J.J., (1993), «Would eliminating differences in physician practice style reduce geographic variations in cataract surgery rates?», *Medical Care*, 31(12):1106-1118.
- ETZIS, S., et al., (1994), «The use of mammography vans by low-income women: The accuracy of self-reports», *American Journal of Public Health*, 84(1):107-109.
- EVANS, L., (1991), *Traffic Safety and the Driver*, New York, Nostrand Reinhold, pp. 20,53,90,220-259.
- EVANS, L., FRICK, M.C., (1992), «Alcohol's effect on fatality risk from a physical insult», *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4):441-449.
- EVANS, L., FRICK, M.C., (1993), «Mass ratio and relative driver fatality risk in two-vehicle crashes», *Accident Analysis Prevention*, 25(2):213-224.
- EVANS, R.G., (1984), *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 390 p.
- EVANS, R.G., STODDART, G.L., (1990), «Producing health, consuming health care», *Social Science and Medecine*, 31(12):1347-1363.
- EVANS, S.A., (1993), «The economics of cardiac surgery», *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 4(2):340-348.
- EZZY, D., (1993), «Unemployment and mental health : A critical review», *Social Science and Medicine*, 37(1):41-52.
- FALK, A., HANSON, B.S., ISACSSON, S.-O., OSTERGREN, P.-O., (1992), «Job strain and mortality in elderly men: Social network, support, and influence as buffers», *American Journal of Public Health*, 82(8):1136-1139.
- FAUSTO-STERLING, A., (1993), «The five sexes», *The Sciences*, mars/avril, pp. 20-25.
- FEINLEIB, M., HAVLIK, R.J., GILLUM, R.F., POKRAS, R., MCCARTHY, E., MOIEN, M., (1989), «Coronary heart disease and related procedures. National hospital discharge survey data», *Circulation*, 79(6 Pt 2):13-18.
- FEINSTEIN, J.S., (1993), «The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature», *The Milbank Quarterly*, 71(2):279-322.
- FELTS, W.M., CHERNIER, T., BARNES, R., (1992), «Drug use and suicide ideation and behavior among North Carolina public school students», *American Journal of Public Health*, 82(6):870-872.
- FERGUSON, J.A., (1990), «Prescribing practices and patient sex differences», *Journal of the Royal Society of Health*, 110(2):45-53.
- FERLAND, M., (1991), *Vivre sous le seuil de pauvreté au Québec, Profil de l'insuffisance du revenu par territoire de CLSC et par région socio-sanitaire*, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement, 25 p.

FIGUEIRA-MCDONOUGH, J., (1991), «Community structure and delinquency: A typology», *Social Service Review*, pp. 68-91.

FIKREE, F.F., GRAY, R.H., SHAH, F., (1993), «Can men be trusted? A comparison of pregnancy histories reported by husbands and wives», *American Journal of Epidemiology*,138(4):237-242.

FLASKERUD, J.H., (1988), «Is the Likert scale format culturally biased?», *Nursing Research*, 37(3):185-186.

FLEISS, J.L., (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2e édition, New York, John Wiley & Sons, 321 p.

FORTIN, L., (1993), *Quelques notions importantes pour le développement d'indicateurs*, Québec, MSSS, 45 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991a), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Chutes-de-la-Chaudière*, Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 79 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991b), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Antoine-Rivard*, Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 100 p.

FORTIN, L., AUGER, M., (1991c), *Des milieux de vie à connaître : une lecture locale de la santé. CLSC Nouvelle Beauce*, Lévis, Département de santé communautaire de Chaudière-Appalaches, 79 p.

FORTIN, P. (1994), «La hausse et la persistance du chômage : aspects économiques», dans DUMONT, F., LANGLOIS, L., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 603-622.

FOSTER, H.W., THOMAS, D.J., SEMENYA, K.A., THOMAS, J., (1993), «Low birthweight in African Americans: Does intergenerational well-being improve outcome?», *Journal of the National Medical Association*, 85(7):516-520.

FOURNIER, C., LAPIERRE-ADAMCYK, E., (1992), «Croissance et renouvellement de la population québécoise : les réalités démographiques et métamorphose», dans DAIGLE, G., ROCHER, G., *Le Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 161-187.

FOX, N.J., (1994), *Postmodernism, Sociology and Health*, Toronto, University of Toronto Press, 183 p.

FRANK, J., (1992), «Les crimes de violence commis par des jeunes», *Tendances sociales canadiennes*, 26:2-9.

FRÉCHETTE, M., LEBLANC, M., (1987), *Délinquances et délinquants*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 384 p.

FRIES, J.F., (1989), «The compression of morbidity : Near or far?», *The Milbank Quarterly*, 67(2):208-232.

FUGÈRE, D., (1991), *Le revenu des personnes âgées au Québec*, Québec, Régie des rentes du Québec, 63 p.

GAGNON, G., (1988), «Indice pondéral et désir de maigrir», dans MSSS (éd). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 36-38.

GALLUP, B.M., NEWMAN, J.A., (1991), «The assessment of facial injury to fully restrained drivers through full-scale car crash testing», *Journal of Trauma*, 27(7):711.

GARCEAU, S., (1988), «Les mesures préventives propres aux femmes», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion Santé Canada. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, p. 87,243.

GARRISON, C.Z., MCKEOWN,R.E., VALOIS, R.F., VINCENT,M.L., (1993), «Agression, substance use, and suicidal behaviors in high school students», *American Journal of Public Health*, 83(2):179- 188.

GAUDETTE, L.A., MAKOMASKI ILLING, E.M., (1991), «Incidence du cancer et mortalité, 1985 et 1986», *Rapports sur la santé*, 3(2):163-169.

GAUTHIER, J., (1993), «Les mères solitaires bénéficiaires du programme d'aide sociale : une figure type de la solitude contemporaine», *Revue internationale d'action communautaire*, 29(69):85-93.

GAUTHIER, J. (1994), «La solitude contemporaine», dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 777-793.

GELLES, R.J., (1992), «Poverty and violence toward children», *American Behavioral Scientist*, 35(3):258-274.

GENDARMERIE ROYALE DU CANADA, (1988), «Les drogues en milieu de travail», Ottawa, GRC, p. 8.

GENDRON, R., NORMAND, R., OUMET, M., TREMBLAY, P., (1993), *Statistiques 1992, Criminalité et application des règlements de la circulation au Québec*, Ministère de la Sécurité publique, pp. 103-107.

GERAN, L., (1993), «Les pratiques écologiques des ménages canadiens», *Tendances sociales canadiennes*, 28:17-20.

GINGRAS, L., MAGNEMAT-THALMAN, N., RAYMOND, L., (1986), *Systèmes d'information organisationnels*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 301 p.

GOFFMAN, E., (1975), *Stigmates*, Paris, Les Éditions de Minuit, 177 p.

GOGGIN, P., GRAVEL, S., (1990), *Aspects méthodologiques relatifs à l'utilisation des indicateurs ethnoculturels dans le domaine de la santé*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine/Hôpital Saint-Luc, 27 p.

GOLDMAN, G., PINEAULT, R., POTVIN, L., BLAIS, R., BILODEAU, H., (1993), «Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section», *American Journal of Public Health*, 83(8):1104-1108.

GOODALL, A., (1992), «Les véhicules automobiles et la pollution atmosphérique», *Tendances sociales canadiennes*, (24):21-26.

GORSKY, R.D., SCHWARTZ, E., DENNIS, D., (1990), «The morbidity, mortality, and economic costs of cigarette smoking in New Hampshire», *Journal of Community Health*, 15(3):175-183.

GOTTFREDSON, M., HIRSCHI, T., (1990), *A General Theory of Crime*, Stanford, Stanford University Press, 297 p.

GRATTON, J., (1988), «Consommation de drogues», dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 21-23.

GRAWITZ, M., (1984), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1104 p.

GRAY, R.H., (1989), «The integration of demographic and epidemiologic approaches to studies of health in developing countries», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSF, pp. 36-63.

GRAYSON, J.P., (1993), «Health physical activity level, and employment status in Canada», *International Journal of Health Services*, 23(4):743-761.

GRENIER, L., BARBEAU, G., (1991), «Les effets indésirables des médicaments», dans BARBEAU, G., GUIMOND, J., MALLET, L., *Médicaments et personnes âgées*, St-Hyacinthe, Édisem, p. 165.

GROGGER, J., BRONARS, S., (1993), «The socioeconomic consequences of teenage pregnancy and parenting programs: Results from a demonstration», *Family Planning Perspectives*, 25(4):156-161.

GROSSMAN, D.C., (1992), «Risk and prevention of youth suicide», *Pediatric Annals*, 21(7):448- 449.

GROSSMAN, D.C; SODERBERG, R., RIVARA, F.P., (1993), «Prior injury and motor vehicle crash as risk factors for youth suicide», *Epidemiology*, 4(2):115-119.

GROUPE DE RECHERCHE ETHNICITÉ ET SOCIÉTÉ, (1992), «Immigration et relations ethniques au Québec : un pluralisme en devenir», dans DAIGLE, G., ROCHER, G., *Le Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 451-481.

GROUPE DES RESPONSABLES EN ANALYSE ET EN ÉVALUATION DE PROGRAMME, (1992), *L'évaluation de programme et le suivi de gestion. Document d'orientation*, Québec, GRAÉP, 26 p.

GROUPE DE TRAVAIL FORUM SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, (1988), *Répertoire. La santé cardiovasculaire au Québec. Épidémiologie et interventions*, Québec, DSC St-Sacrement, avec la collaboration de Merck Froset Canada Inc., pp. 25-27.

GUILBERT, E., FORGET, G., (1991), «Teenage pregnancy in Canada and Quebec», *Canadian Family Physician*, 37:1184-1192.

GUILLOUX, K., (1993), «Le diagnostic local», *Information Sociale*, (26):53.

GUYON, L., LEVASSEUR, M., (1987), *Les variables: catégorisation, indicateurs et indices de Santé Québec*, Enquête Santé Québec 1987,(Cahier technique;87-08) Québec, MSSS, pp. 33-34.

HAAYER, F., (1982), «Rational prescribing and sources of information», *Social Science and Medicine*, 16:2017-2023.

HAGEDORN, H., (1971), *Manual on State Mental Health Planning*, Washington, U.S. Department of Health Education and Welfare, Public Health Services, 232 p.

HAGEN, M.D., (1992), «Decision analysis: A review». *Family Medicine*, 24(5):349-354.

HALL, O., ROYSE, O., (1987), «Mental health need assesment with social indicators: An empirical case study», *Administrator in Mental Health*, 15(1):36-46.

HANDLER, A., KISTIN, N., DAVIS, F., FERRÉ, C., (1991), «Cocaine use during pregnancy: Perinatal outcomes», *American Journal of Epidemiology*, 133(8):818-825.

HANNAN, E.L., KILBURN, H., BERNARD, H., O'DONNELL, J.F., LUKACKI, G., SHIELDS, E.P., (1991), «Coronary artery bypass surgery: The relationship between inhospital mortality rate and surgical volume after controlling for clinical risk factors», *Medical Care*, 29(11):1094-1107.

HANSLUWKA, H.E, (1985), «Measuring the health of populations, indicators and interpretations», *Social Science and Medicine*, 20(12):1207-1224.

HARRINGTON, J.M., SCHILLING, R.S.F., (1981), «Work and health», dans SCHILLING, R.S.F., (éd.), *Occupational Health Practices*, 2e édition, London, Butterworths, pp. 60-61.

HARRISON, B., (1993), «No parlo né inglese, né francese / Je ne parle ni l'anglais ni le français», *Tendances sociales canadiennes*, 31:26-28.

HARRISON, T.R., (1992), *Principes de médecine interne*, 5e édition, Paris, Médecine-Sciences/Flammarion, p. 2163.

HATCH, M.C., MISRA, D., KABAT, G.C., KARTZMER, S., (1991), «Proxy respondents in reproductive research: A comparison of self and partner-reported data», *American Journal of Epidemiology*, 133(6):826-831.

HAUER, E., HAKKERT, A.S., (1988), «Extent and some implications of incomplete accident reporting», *Transportation Research Record*, 1185:1-10.

HAY, S., (1991), «Les industries : le prix de notre mode de vie», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 14.1-14.23.

HAYES, M.V., TAYLOR, S.M., BAYNE, L.R., POLAND, B.D., (1990), «Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies», *Social Science and Medicine*, 31(4):455-460.

HÉBERT, F., DUGUAY, P., MASSICOTTE, P., (1993), *L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs par secteur d'activité économique en 1986*, Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité du travail, 187 p.

HELLING, D.K., YESALIS, C.E., NORWOOD, G.J., BURMEISTER, L.F., LIPSON, D.P., FISHER, W.P., JONES, M.E., (1981), «Effects of capitation payment for pharmacy services on pharmacist - dispensing and physical -prescribing behavior: I. Prescription quantity and dose analysis», *Drug Intelligence and clinical pharmacy*, 15:581-589.

HELSING, D.P., SANDLER, D.P., COMSTOCK, G.W., CHEE, E., (1988), «Heart disease mortality in nonsmokers living with smokers», *American Journal of Epidemiology*, 127(5):915.

HENRY, L., (1972), *Démographie, analyse et modèles*, Paris, Librairie Larousse, p. 176.

HENRY, P.C., HAUBER, R.P., RICE, M., (1992), «Factors associated with closed head injury in a pediatric population», *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6):311-316.

HERRINGTON, R. et al., (1991), «Les Prairies: un mal enraciné», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 17.19-17.20.

HIRDES, J.P. et al., (1987), «Health effects of cigarette smoking: Data from the Ontario longitudinal study on aging», *Canadian Journal of Public Health*, 78(1):13-17.

HORIUCHI, S., (1991), «Assessing the effects of mortality reduction on population ageing», *Bulletin démographique des Nations Unies*, 31/32:38-51.

HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D., (1988), «Social relationships and health», *Science*, 241(4865):540-545.

HOX, J.J., DE LEEUW, E.D., KREFT, I.G.G., (1991), «The effect of interviewer and respondent characteristics on the quality of survey data: A multilevel model», dans BIEMER, P.P., GROVES, R.M., LYBERG, L.E., MATHIOWETZ, N.A., SUDMAN, S. (éds), *Measurement Errors in Surveys*, New York, John Wiley & Sons, pp. 439-461.

IDLER, E.L., KASL, S.V., LEMKE, J.H., (1990), «Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):91-103.

ILFELD, F.W., (1978), «Psychological status of community residents along major demographic dimensions», *Archives of General Psychiatry*, 35(6):716-724.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, (1993), *Statistiques canadiennes sur le cancer 1993*, Toronto, INCC, p. 12,31-38,45,51-52,56-87.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, (1993), *Forum national sur le cancer du sein*, INCC, pp. 16-27, 66-87.

ISAACS, C. et al., (1991), «Les déchets solides : ni vus, ni connus», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 25.1 à 25.21.

IYASU, S., BECERRA, J.E., ROWLEY, D.L., HOUGUE, C.J., (1992), «Impact of very low birthweight on the black-white infant mortality gap», *American Journal of Preventive Medicine*, 8(5):271-277.

JACONO, J.J., JACONO, B.J., ST-ONGE, M., VAN OOSTEN, S., MEININGER, E., (1992), «Teenage pregnancy : A Reconsideration», *Canadian Journal of Public Health*, 83(3):196-199.

JAYASURIYA, R., (1986), «Utilisation d'indicateurs pour la surveillance continue et l'évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous : l'expérience du Sri Lanka», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, (39):298-309.

JENSEN, O.M., STORM, H.H., (1991), «Purposes and uses of cancer registration», dans JENSEN, O.M. et al. (éds), *Cancer Registration, Principles and Methods*, Lyon, IARC, pp. 7-21. (Scientific publications;95).

JOE, S., LACHAPELLE, J., (1993), *Rapport sur la qualité des fichiers de 1991 du Registre de la population*, Québec, Bureau de la statistique du Québec, p. 27.

JOHNSON, R.J., WOLINSKY, F.D., (1993), «The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health», *Journal of health and Social Behavior*, 34(2):105-121.

JONES, L, (1991), «The health consequences of economic recessions», *Journal of Health and Social Policy*, 3(2):1-14.

JONSSON, B., (1990), «Quality of life-economic aspect», *Scandinavian Journal of Primary Health Care Supplement*, 1:93-96.

JOUBERT, P., LABERGE, A., CARBONNEAU, M., POIRIER, S., BEAUSÉJOUR, R., MARKOWSKI, F., LAURIER, C., (1988), «Recours aux services et consommation de médicaments», dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Et la santé ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 212-219.

JULIEN, M., GAUTHIER, L.J., (1989), «Estimation de l'incidence de la tentative de suicide : Québec 1981», 80(5):381-382, *Canadian Journal of Public Health*.

KALBACH, W.E., McVEY, W., (1971), *The Demographic Bases of Canadian Society*, Toronto, McGraw-Hill, p. 31.

KAPLAN, G.A., CAMACHO, T., (1983), «Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort», *American Journal of Epidemiology*, 117(3):292-304.

KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A., JAFE, M.W., (1963), «Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function», *JAMA*, 185(12):914-919.

KEELER, E.B., BRODIE, M.-A., (1993), «Economic incentives in the choice between vaginal delivery and cesarean section», *The Milbank Quarterly*, 71(3):365-404.

KELLERMANN,A.L., RIVARA, F.P., SOMES, G., REAY, D.T., FRANCISCO, J., BANTON, J.G., PRODZINSKI, J., FLIGNER, C., HACKMAN, B.B., (1992), «Suicide in the home in relation to gun ownership», *New England Journal of Medicine*, 327(7):467-472.

KELLEY, J.P., ROSENBERG, L., KAUFMAN, D.W., SHAPIRO, S., (1990), «Reliability of personal interview data in a hospital-based case-control study», *American Journal of Epidemiology*, 131(1):79-80.

KILLIP, P., (1988), «Has coronary artery bypass surgery influenced mortality from cardiovascular disease in the United States», dans HIGGINS, MW., LUEPKER, RV., (éds), *Trends in Coronary Heart Disease Mortality. The Influence of Medical Care*, New York, Oxford University Press, pp 250-260.

KINGKADE, W.W., TORREY, B.B., (1992), «The evolving demography of aging in the United States of America and the former USSR», *World Health Statistics Quarterly*, 45:15-28.

KINSELLA, K., (1992), *Population and Health Transitions*, U.S. Department of Commerce, International Population Reports, 52 p.

KLAUKKA, T., MAKELA, M., SIPLA, J., MARTIKAINEN, J., (1993), «Multiuse of medicines in Finland», *Medical Care*, 31(5):445-450.

KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L., MORGENSTERN, H., (1982), *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods*, New York, Van Nostrand Reinhold, 529 p.

KO, W., GOLD, J.P., LAZZARO, R., ZELANO, J.A., LANG, S., ISOM, O.W., KRIEGER, K.H., (1992), «Survival analysis of octogenarian patients with coronary artery disease managed by elective coronary artery bypass surgery versus conventional medical treatment», *Circulation*, 86(5 Suppl):191-197.

KRAMER, MS., (1987), «Determinants of low birth weight: Methodological assessment and Meta-Analysis», *Bulletin of the World Health Organization*, 65(5):663-737.

KRAUS, J.F., (1993), «Epidemiology aspects of fatal and severe injury urban freeway crashes», *Accident Analysis Prevention*, 25(3):229-239.

KRICKER, A., ARMSTRONG, B.K., PARKIN, D.M., (1993), «Mesure de l'incidence du cancer de la peau», *Rapports sur la santé*, 5(1):63-66.

KRIEGER, N., ROWLEY, D.L., HERMAN, A.A., AVERY, B., PHILLIPS, M.T. (1993) «Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being», *American Journal of Preventive Medicine*, 9(6), supplément: 82-122.

KRUEGER, H., GONCALVES, J.L., CARUTH, F.M., HAYDEN, R.I., (1992), «Coronary artery bypass grafting: How much does it cost?», *Canadian Medical Association Journal*, 146(2):163-168.

KUNST, A.E., LOOMAN, C.W.N., MACKENBACH, J.P., (1993), «Outdoor air temperature and mortality in The Netherlands : A time-series analysis», *American Journal of Epidemiology*, 137(3):331-341.

LABERGE-NADEAU, C., MAAG, U., BOURBEAU, R., DESJARDINS, D., (1988), *La ceinture de sécurité : efficacité, analyse des lésions corporelles et comparaison de modèles de ceintures*, Université de Montréal, Centre de recherche sur les transports, p. 36,77. (Publication;599).

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1994) Fichier MADO, Librairie technique, Duplications des dossiers MADO, 7 février, 5 p.

LACHAPELLE, R., (1979), «Regards sur la population québécoise», dans *Annuaire du Québec 1977-1978*, Québec, Éditeur officiel du Québec, pp. 228-238.

LACHAPELLE, R., (1988), «Évolution des différences de fécondité entre les groupes linguistiques au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (10):2-8.

LAFONTAINE, P., PAMPALON, R., ROCHON, M., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):383-404.

LAIREITER, A., BAUMANN, U., (1992), «Network structures and support fonctions, theoretical and empirical analyses» dans VEIEL, H.O.F., BAUMANN, U. (éds), (1992), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York, Hemisphere, pp. 33-62.

LALONDE, M., (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, SBESC, pp. 33-36.

LAMARCHE, P., (1988), «L'usage du tabac», dans Santé et Bien-être social Canada, *Enquête Promotion Santé. Rapport technique*, p. 28. (Cat H39-119/1988F).

LANGA, K.M., SUSSMAN, E.J., (1993), «The effect of cost-containment policies on rate of coronary revascularization in California», *New England Journal of Medicine*, 329(24):1784-1789.

LANGEVIN, C., (1988), «Perception de l'état de santé des québécois», dans MSSS (éd), *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 152-156.

LANGLOIS, S., (1987), «Les seuils de pauvreté», dans GAUTHIER, M. (éd), *Les nouveaux visages de la pauvreté*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 199-220.

LANGLOIS, S., (1992), «Inégalités et pauvreté : la fin d'un rêve?», dans DAIGLE, G., ROCHER, G. (éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 249-263.

LANGLOIS, S., BAILLARGEON, J.P., CALDWELL, G., FRÉCHET, G., GAUTHIER, M., SIMARD, J.P., (1990), *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 89-91, 158-168.

LAPLANTE, M.L., (1991), «The demographics of disability», *The Milbank Quarterly*, 69(supp 1-2):55-77.

LAST, J., (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, 2e édition, New York, Oxford University Press, 141 p.

LAST, L.M., (1986), *Public Health and Preventive Medecine*, 12e edition, Norwalk, ACC, pp. 103-108.

LAURIER, C., DUMAS, J., GRÉGOIRE, J.-P., DUVAL, L., (1990), *L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 87, (Cahiers de recherche; 2) Québec, MSSS, pp. 42-44.

LAUWREYS, R.R., (1982), *Toxicologie industrielle et intoxication professionnelle*, 2e éd., Paris, Masson, p. 262.

LAZARSFELD, P., (1970), *La philosophie des sciences sociales*, Paris, Gallimard, 509 p.

LÉGARÉ, G., (1988), «Détresse psychologique», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 134-142.

LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., (1990), *Prévention de l'insuffisance de poids à la naissance, Problématique et plan d'action*, Présenté au Comité Famille-Enfance, Division Santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec, pp. 3-7.

LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEAULAC-BAILLARGEON, L., GOULET, L., (1989), *La périnatalité au Québec, Numéro 4, La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, MSSS, p. 29,68.

LERMAN, C. et al., (1991), «Psychological side effects of breast screening», *Health Psychology*, 10(4):259-267.

LESTINA, D.C., WILLIAMS, A.F., LUND, A.K., ZADOR, P., KUHLMANN, T.P., (1991), «Motor vehicle crash injury patterns and the Virginia seat belt law», *JAMA*, 265(11):1409-1413.

LETOURMY, A., (1977), «Intérêt et limites des indicateurs de santé en matière de planification», *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, 17(2):66-72.

LEVASSEUR, M., (1987), *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, Cahier technique, MSSS, Québec, pp. 38-39.

LEVASSEUR, M., (1988), «Fréquence et nature des problèmes de santé», dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 94-105.

LEVASSEUR, M., (1990), *Évolution des interventions obstétricales au Québec : 1981-1982 à 1987-1988*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 45 p.

LEVASSEUR, M., COLIN, C., BRASSARD, D., (1992), *Graphiques, Statistiques périnatales, Québec, 1990*, Montréal, DSC Maisonneuve-Rosemont, p. 19.

LIANG, J., BENNETT, J., WHITELAW, N., MAEDA, D., (1991), «The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan», *Medical Care*, 29(12):1161-1180.

LIBERATOS, P., LINK, B.G., KELSEY, J.L., (1988), «The measurement of social class in epidemiology», *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121.

LITOVITZ, T.L., HOLM, K.C., CLANCY, C. et coll., (1993), «1992 Annual report of the American association of poison control centers toxic exposure surveillance system», *American Journal of Emergency Medicine*, 11(5):494-555.

LITOVITZ, T.L., SCHMITZ, B.F., MATYUNAS, N. et al., (1988), «1987 Annual report of the American association of poison control centers national data collection system», *American Journal of Emergency Medicine*, 6(5):479-515.

LOCICERO, A.-K., (1993), «Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions : Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development», *Social Science and Medicine*, 37(10):1251-1269.

LOGAN, R., (1991), «L'immigration dans les années 80», *Tendances sociales canadiennes*, 20:10-13.

LOPEZ, A., (1983), «L'outil statistique», *Informations Sociales*, (27):84-91.

LOPEZ, A.D., (1990), «Causes of death: An assesment of global patterns of mortality around 1985», *World Health Statistics Quarterly*, 43:91-104.

LUKE, B., WILLIAMS, C., MINOGUE, J., KEITH, L., (1993), «The changing pattern of infant mortality in the US: The role of prenatal factors and their obstetrical implications», *International Journal of Gynæcology and Obstetrics*, 40(3):199-212.

LUNDBERG, O., (1993), «The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood», *Social Science and Medicine*, 36(8):1047-1052.

LWANGA, S., (1979), «Principes statistiques du monitorage et de la surveillance en santé publique», *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, (57):33-43.

MAAG, U., DESJARDINS, D., BOURBEAU, R., LABERGE-NADEAU, C., (1993), «Neck injuries among belted and unbelted occupants of the front seat of cars», *Journal of Trauma*, 35(5):794-799.

MAAS, A., STALPERS, L., (1992), «Assessing utilities by means of conjoint measurement : An application in medical decision analysis», *Medical Decision Making*, 12(4):288-297.

MACINTYRE, S., PRITCHARD, C., (1989), «Comparison between the self assessed and observed-assessed presence and severity of colds», *Social Science and Medicine*, 29(11):1243-1248.

MACKENBACH, J.P., (1987), «Health care policy and regional epidemiology. International comparaison and case study from The Netherlands», *Social Science and Medicine*, 24(3):247-253.

MACKENBACH, J.P., KUNST, A.E., DE VRIJ, J.H., VAN MEEL, D., (1993), «Self-reported morbidity and disability among Trappist and Benedictine monks», *American Journal of Epidemiology*, 138(8):569-573.

MACLAREN ENGINEERS et al., (1989), *CCME National Task Force on Packaging, Phase I Final Report*, (Draft/Ébauche), Willowdale, Ontario, MacLaren Engineers, pp. 2.2 et 2.3.

MAIO, R.F., GREEN, P.E., BECKER, M.P., BURNEY, R.E., COMPTON, C., (1992), «Rural motor vehicle crash mortality: The role of crash severity and medical resources», *Accident Analysis Prevention*, 24(6):631-642.

MANGA, P., (1993), «Les inégalités socio-économiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête Promotion de la santé Canada 1990, Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 285-297.

MAO, Y., DESMEULES, M., SEMENCIW, R.M., HILL, G., GAUDETTE, L., WIGLE, D.T., (1991), «Increasing brain cancer rates in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, 145(12):1583-1591.

MAO, Y., GIBBONS, L., WONG, T., (1992), «The impact of the decreased prevalence of smoking in Canada», *Canadian Journal of Public Health*, 83(6):413-416.



MARCIL-GRATTON, N., (1993), «L'isolement, seuls ou avec d'autres : la mesure à la remorque de la perception», *Revue internationale d'action communautaire*, 29(69):163-165.

MARCIL-GRATTON, N., HUOT, R.M., LÉGARE, J., (1992), *Habitudes tabagiques d'aujourd'hui et personnes âgées de demain*, Enquête Santé Québec 87, (Cahiers de recherche;10), Québec, MSSS, p. 70. .

MARRETT, L.D., WEIL, E., (1993), «Précision des renseignements sur le lieu de résidence au niveau des municipalités dans le registre du cancer de l'Ontario : résultats d'une étude pilote», *Rapports sur la santé*, 5(1):11-16.

MARSH, G.M., CAPLAN, R.J., (1987), «Evaluating health effects of exposure at hazardous waste sites: A review of the state-of-the-art, with recommendations for future research», dans ANDELMAN, J.B., UNDERHILL, D.H.(éds), *Health Effects from Hazardous Waste Sites*, Chelsea, Lewis Publishers, pp. 3-80.

MARTIN, P., (1993), *Évaluation de l'impact de la contribution-santé sur la consommation de médicaments*, Québec, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, Service de l'évaluation des programmes et des statistiques, Direction de l'évaluation et des enquêtes, pp. 1-12.

MASSÉ, R., (1992-93), «Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas de l'isolement social», *Santé Culture/Culture Health*, 9(1):109-137.

MAYER-RENAUD, M., BERTHIAUME, M., RENAUD, J., (1986), *La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec. Portrait de la région de Montréal*, Montréal, CSSMM, 109 p.

MAYER-RENAUD, M., GOYETTE, P., (1991), *Une revue de littérature sur l'isolement social des familles, Isolement et insularité*, Montréal, Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, 120 p.

MAYER-RENAUD, M., PIERRE-LOUIS, M., TESSIER, G., THIBAUDEAU, S., (1992), «La négligence: un phénomène multidimensionnel», *PAISME*, 3(1):77-85.

MCCLENDON, M.J., O'BRIEN, D.J., (1988), «Question-order effects on the determinants of subjective well-being», *Public Opinion Quarterly*, 52(3):351-364.

Mc CORMICK, M., (1985), «The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity», *The New England Journal of Medicine*, 312(2):82-90.

MCGINNIS, J.M., (1987), «Tobacco and health: Trends in smoking and smokeless tobacco consumption in the United States», *Annual Review of Public Health*, 8:441-467.

McGOVERN, P.G., BURKE, G.L., SPRAFKA, M., XUE, S., FOLSOM, A.R., BLACKBURN, H., (1992), «Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990», *JAMA*, 268(6):753-759.

McKIE, C., (1993), «Le vieillissement de la population: la génération du baby boom et le XXI<sup>e</sup> siècle», *Tendances sociales canadiennes*, 29:2-7.

McKIM, W.A., STONES, M.J., KOZMA, A., (1990), «Factors predicting medicine use in institutionalized and non-institutionalized elderly», *Canadian Journal on Ageing*, 9(1):23-34.

MCPHEE, M. et al., (1991), «Le bassin inférieur du fleuve Fraser : halte à la croissance», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 16.1-16.31.

MECHANIC, D., (1989), «Socioeconomic status and health: an examination of the underlying processes», dans BUNKER, J.P., GOMBY, D.S., KEHRER, B.H. (éds), *Pathways to Health, The Role of Social Factors*, Californie, The Henry J. Kaiser Family Foundation, p. 14.

MICHELUTTE, R., ERNEST, J.M., MOORE, M.L., MEIS, P.J., SHARP, P.C., WELLS, H.B., BUESCHER, P.A., (1992), «A comparison of risk assessment models for term and preterm low birthweight», *Preventive Medicine*, 21(1):98-109.

MILLAR, W. J., (1992), «Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens», *Rapports sur la santé*, 4(1):7-24.

MILLAR, W. J., (1994), «L'usage du tabac», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L'état de santé des Canadiens, Rapport de l'enquête sociale générale de 1991*, série analytique, Ottawa, pp. 129-158 (Cat. 11-612F, no.8).

MILLAR, W. J., (1994), «Poids et taille», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L'état de santé des Canadiens. Rapport de l'enquête sociale générale de 1991*, série analytique, Ottawa, pp.79-91, (Cat. 11-612F, no.8).

MILLAR, W. J., (1994), «Consommation d'alcool», dans STATISTIQUE CANADA (éd.), *L'état de santé des Canadiens. Rapport de l'enquête sociale générale de 1991*, série analytique, Ottawa, pp.129-144, (Cat. 11-612F, no.8).

MILLAR, W. J., LAST, J., (1988), «Motor vehicle traffic accident mortality in Canada, 1921-1984», *American Journal of Preventive Medicine*, 4(4):220-230.

MILLAR, W.J. et als., (1992), «Naissances multiples : tendances et comportements au Canada, 1974-1990», *Rapports sur la santé*, 4(3):229,231.

MILLAR, W.J., STEPHENS, T., (1993), «Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991», *Rapports sur la santé*, 5(2):143-156.

MILLAR, W.J., STRACHAN, J., WADHERA, S., (1991), «Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance: tendances Canada 1971 à 1989», *Rapports sur la santé*, 3(4):311-325.

MILLAR, W.J., WALDHERA, S., MIMROD, C., (1992), «Naissances multiples: tendances et comportements au Canada, 1974-1990», *Rapports sur la santé*, 4(3):233-235.

MILLER, A.B., (1992), «Planification des stratégies de lutte contre le cancer», *Maladies chroniques au Canada*, 13(1 supplément):S5-S16,S25-S37,S51-S54.

MILLER, A.B., (1993), «Canadian national breast screening study: Public health implications», *Canadian Journal of Public Health*, 84(1):14-15.

MILLER, A.B., (1993), «The costs and benefits of breast cancer screening», *American Journal Preventive Medicine*, 9(3):175-180.

MINAIRE, P., CHERPIN, J., WEBER, D., (1992), «Mesure de l'incapacité et caractéristique du milieu : influence sur le calcul de l'espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris,INSERM, pp. 147-156.

MINISH, B., HURLEY, K. et al., (1991), «Les eaux douces: incolores, inodores et insipides?», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 3.9-3.10.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Statistiques démographiques*, Québec, MSSS, p. 34. (*Les banques de données du Ministère de la Santé et des Services sociaux*;2).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985), Description des données québécoises*, Québec, MSSS, p. 15.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1987), *Les banques de données du MSSS. Numéro 2. Statistiques démographiques*, Québec, MSSS p. 129.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS p. 278.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1988), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 2*, Québec, MSSS, pp. 37-39.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1989), *Maladies à déclaration obligatoire, Rapport annuel 1988*, Québec, MSSS, 106 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1990a), *Cadre de référence et stratégie d'élaboration d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources*, Québec, MSSS, Direction générale Planification et Évaluation, 60 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1990b), *Une politique d'évaluation des programmes et des politiques socio-sanitaires au Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 29 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Le suivi de gestion à la Direction des programmes communauté famille jeunesse. Un projet de direction*, Québec, MSSS, Direction des programmes communauté famille-jeunesse, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Lits CD. Bassins de desserte 1990*, Québec, MSSS, Direction de la santé physique, 89 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1991), *Statistiques MED-ÉCHO 1984-1985 à 1988-1989 : hospitalisations pour les soins de courte durée au Québec*, Québec, MSSS, pp. 1-35.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *La politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein*, Québec, MSSS, pp.2-12.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Méthodologie*, Québec, MSSS, Service des études opérationnelles et données statistiques, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1993), *Cadre de référence pour l'évaluation des plans régionaux d'effectifs médicaux couvrant la période du 1er avril 1990 au 31 mars 1993*, Québec, MSSS, 108 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1994), *Statistiques sur les causes de mortalité au Québec, 1971, 1976, 1980 à 1992*, Québec, MSSS, n.p.

MINISTÈRE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION, (1990), *Profil de population immigrée recensée en 1986*, Québec, Direction des communications, 84 p.

MINTZBERG, H., RAISINGHANI, D., THÉORET, A., (1976), «The structure of «Unstructured» decision processes», *Administrative Science Quarterly*, 21:246-274.

MIX, P., (1991), «Les hôpitaux généraux publics - Tendances chronologiques», *Rapport sur la santé*, 3(1):59-78.

MONNIER, A., (1985), «Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile», dans INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris, INED, pp. 47-59.

MONTREUIL, S., BLANCHARD, P., (1991), *Périnatalité: objectifs pour l'an 2000*, Québec, MSSS, p. 5.

MOR-BARAK, M.E., MILLER, L.S., SYME, L.S., (1991), «Social networks, life events, and health of the poor, frail elderly : A longitudinal study of the buffering versus direct effect», *Family and Community Health*, 14(2):1-13.

MORGENSTERN, H., KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L., (1980) «Measures of disease incidence used in epidemiologic research» *International Journal of Epidemiology*, 9; 97-104.

MORI, G., BURKE, B., (1990), «Évolution du niveau de scolarité», *Tendances sociales canadiennes*, 17:32-33.

MOSCICKI, E.K., (1989), «Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A Review», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1):138.

MOSELEY II, R.R., ROLINSKY, F.D., (1986), «The use of proxies in health surveys», *Medical Care*, 24(6):496-510.

MOSHER, W.D., McNALLY, J.W., (1991), «Contraceptive use of first premarital intercourse : United States, 1965-1988», *Family Planning Perspectives*, 23(3):108-116.

MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E., (1982), «Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly», *American Journal of Public Health*, 72(8):800-808.

MOUTQUIN, J.M., DORAY, B., MARCOUX, S., PAPAGEORGIOU, A., PARÉ, C., MÉNARD, C., (1992), *Rapport 1989-1990, Comité d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales*, Montréal, Corporation professionnelle des médecins du Québec, pp. 11-17.

MURDIE, R.A., RHYNE, D., (1992a), *Quality of life research: An annotated bibliography*, Institute of Social Research, Toronto, York University, Institute of Social Research, 34 p.

MURDIE, R.A., RHYNE, D., BATES, J., (1992b), *Modélisation des indicateurs sur la qualité de vie au Canada : une étude de faisabilité*, Toronto, York University, Institute of Social Research, 100 p.

MURNAGHAN, J.H., (1981), «Health indicators and information systems for the year 2000», *Annual Review of Public Health*, 2:299-361.

MURRAY, M.P., (1992), «Census adjustment and the distribution of federal spending», *Demography*, 29(3):319-332.

MYERS, G.C., (1989), «Mortality and health dynamics at older ages», dans RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P., (éds), *Differential Mortality*, IUSSP, pp. 189-214.

MYERS, G.C., LAMB, V.L., (1992), «Sources de données pour l'évaluation de l'espérance de vie en bonne santé», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, Paris, pp. 223-236.

NADEAU, M.A., (1988), *L'évaluation de programme. Théorie et pratique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 315 p.

NAIR, C., (1991), «Tendances qui se dégagent des données sur les césariennes au Canada», *Rapport sur la santé*, 3(3):203-219.

NAIR, C., KARIM, R., (1993), «Aperçu des systèmes de santé du Canada et de certains pays de l'OCDE», *Rapports sur la santé*, 5(3):259-279.

NAIR, C., NARGUNDKAR, M., JOHANSEN, H., (1990), «Mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada», *Rapports sur la santé*, 2(3):203-228.

NAM, C., (1990), «Mortality differentials from a multiple-cause of death perspective», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 328-342.

NAM, C.B., HUMMER, R.A., ROGERS, R.G., (1993), *Underlying and Multiple Causes of Death Related to Smoking*, Montréal, XXII<sup>nd</sup> General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, pp.1-25.

NANDI, C., NELSON, M.R., (1992), «Maternals pregravid weighth, age, and smoking status as risk factors for low birth weight births», *Public Health Reports*, 107(6):658-662.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, (1990), *Vital and Health Statistics: Breast Cancer Risk Factors and Screening: United States, 1987*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, p. 22 (Series 10;172).

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, (1993), *Healthy People 2000 Review 1992*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 154 p.

NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, (1989), *Injury Prevention, Meeting the Challenge*, New York, Oxford University Press, p. 179.

NAYLOR, D., UGNAT, A.M., WEINKAUF, D., ANDERSON, J.M., WIELGOSZ, A., (1992), «Coronary artery bypass grafting in Canada: What is its rate of use? Which rate is right?», *Canadian Medical Association Journal*, 146(6):851-859.

NEWMAN, P.W.G. et al., (1988), «Does free - flowing traffic save energy and lower emissions in cities?», *Search*, 19(5/6):267-272.

NOBILE, A., (1990), «Recent trends in infant mortality in developed countries», *Genus*, 66(1/2):79-107.

NOBLE, J.J., (1989), «Biodegradation in landfills», *Health and Environment Digest*, 3(9):1-3.

NORDSTROM, M.L., CNATTINGIUS, S., HAGLUND, B., (1993), «Social differences in Swedish infant mortality by cause of death, 1983 to 1986», *American Journal of Public Health*, 83(1):26-30.

NOTZON, F.C., (1990), «International differences in the use of obstetric interventions», *JAMA*, 263(24):3286-3291.

NYSTROM PECK, A.M., (1992), «Childhood environment, intergenerational mobility, and adult health - evidence from Swedish data», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:71-74.

O'CONNOR, A., (1993), «La prévention des cancers gynécologiques», dans SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Enquête promotion de la santé, Canada 1990. Rapport technique*, Ottawa, SBESC, pp. 187-193,352. (Cat H39-263/2-1990F).

O'MALLEY, P.M., WAGENAAR, A.C., (1991), «Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987», *Journal of Studies on Alcohol*, 52(5):478-491.

O'REILLY, P., (1988), «Methodological issues in social support and social network research», *Social Science and Medicine*, 26(8):863-873.

ODERKIRK, J., (1993), «Les enfants ayant une incapacité», *Tendances sociales canadiennes*, (31):22-25.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, (1992), *Caractéristiques socio-économiques des personnes ayant des incapacités*, Drummondville, OPHQ, 32 pages.

OLSHANSKY, S.J., CARNES, B.A., CASSEL, C.K., (1993), «The aging of the human species», *Scientific American*, Avril, pp. 46-52.

ORCHARD, D., (1991), «The Green Plan : A national challenge for Canada», *Journal of Air and Waste Management Association*, 41(3):268-271.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, (1991), *Environmental Indicators. Indicateurs d'environnement*, Paris, OCDE, p. 28-29,46.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1946), *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Volume 2 -Conférence Internationale de la santé, New York 19 juin - 22 juillet 1946*, Nations-Unies, Genève, OMS, p. 100.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1977), *Classification internationale des maladies, Neuvième révision, 1975, Volume 1*, Genève, OMS, 781 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1980), *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*, Genève, OMS, p. 143.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1985), «Appropriate technology for birth», *The Lancet*, 2(8452):436-437.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1990), «Définitions, normes et conditions de notification recommandées concernant la mortalité fœtale, périnatale, néonatale et infantie», *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 43:220-227.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1993), «Programme élargi de vaccination : partie I, Relevé Épidémiologique Hebdomadaire», 68:1-6.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, (1981), *Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Genève, OMS, p. 16.

OUIMET, M., (1994), «Les tendances de criminalité apparente et de la réaction judiciaire», dans SZABO, D., LEBLANC, M.(éds), *Traité de criminologie empirique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 15-47.

OVERPECK, M.D., HOFFMAN, H.J., PRAGER, K., (1992), «The lowest birth-weight infants and the US infant mortality rate: NCHS 1983 linked birth/infant death data», *American Journal of Public Health*, 82(3):441-444.

PAMPALON, R., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise, l'état de santé*, Québec, MSSS, 14 p.

PAMPALON, R., RAYMOND, G., BEAUDRY, D., GAUTHIER, D., (1990) «Les variations géographiques de la santé au Québec : une analyse de l'enquête santé Québec par aires homogènes», *Les cahiers de géographie du Québec*, 34(92):137-160.

PAMPALON, R., RAYMOND, G., BEAUDRY, D., GAUTHIER, D. (1990), *La santé à la carte*, Québec, MSSS, 60 p. plus annexes.

PAQUIN, A., (1986), *Alcoolisme, revue de littérature et éléments de problématique*, Montréal, Hôpital Saint-Luc, Département de santé communautaire, p. 39,94,109,145,187-190.

PARENT, R., ALARY, M., (1994), *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydiae, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-92*, Québec, Centre Québécois de Coordination sur le sida, pp. 12,17.

PARKER, D.A., (1984), «L'emploi des indicateurs de ressources financières dans le secteur de la santé», *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, 37:451-462.

PASCOT, D., BANNVILLE, C., NGUYEN, H., MANTHA, R., RIDJANOVIC, D., (1987), *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux*, (Recherche;26), Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 168 p.

PASHOS, C.L., NEWHOUSE, J.P., MCNEIL, B.J., (1993), «Temporal changes in the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction, 1987 through 1990», *JAMA*, 270(15):1832-1836.

PEARSE, P.H., BERTRAND, F., MACLAREN, J.W., (1985), *Vers un renouveau. Rapport définitif de l'Enquête sur la politique fédérale relative aux eaux*, Ottawa, pp. 62-63.

PÊCHES ET OCÉANS CANADA, ENVIRONNEMENT CANADA, (1991), «Les océans: un dossier houleux», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 4,12-4,18.

PEDERSON, L.L., (1993), «Le tabagisme», dans Santé et Bien-être social Canada, *Enquête Promotion Canada 1990, Rapport technique*, pp. 98-100,107. (Cat H39-263/2-1990F).

PELLETIER, L., (1990), «Les indicateurs de santé et la planification sanitaire», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 38:47-56.

PERCHERON, Y., (1987), *Tableaux de bord*, Notes de cours, Montréal, École nationale d'administration publique, 60 p.

PERMANYER-MIRALDA, G., ALONSO, J., ANTÓ, J.M., ALJARDE-GUIMERA, M., SOLER-SOLER, J., (1991), «Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in stable patients with coronary artery disease», *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(8):779-786.

PERNEGER, T., SMITH, G.S., (1991), «The driver's role in fatal two-car crashes: A paired "case- control" study», *American Journal of Epidemiology*, 134(10):1138-1145.

PÉRON, Y., STROHMENGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, 265 p. (Cat. 82-543F)

PERREAULT, C., (1987), *Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Enquête Santé Québec 1987 (Cahier technique 87-06), Québec, MSSS, pp. 21-23.

PERRIN, B., (1989), «Savoir lire et écrire : les répercussions sur la santé», *Promotion de la santé*, 28(1):1-5.

PÉRUSSE, M., (1991), «Les traumatismes liés au travail», dans BEAULNE, G., (éd.), *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, pp. 215-230.

PETERS, S., CHAGANI, K., PADDON, P., NAIR, C., (1990), «Pontages aortocoronariens au Canada», *Rapport sur la santé*, 2(1):9-27.

PETERSON, W., (1972), *Population*, New York, MacMillan, pp. 59-78.

PETO, R., LOPEZ A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH C., (1992), «Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics», *The Lancet*, 339(8804):1268-1278.

PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F., FOURNIER, P., (1988), «L'exploitation de grandes bases de données sur la morbidité pour l'évaluation des services de santé», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 36:267-272.

PINEAULT, R., DAVELUY, C., (1986), *La planification de la santé*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., 480 p.

POLLARD, J.H., (1990), «Cause of death and expectation of life: Some international comparisons», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds) *Measurement and Analysis of Mortality*. IUSSP, pp. 269-291.

POPE, A.M., TARLOV, A.R., (1991), *Disability in America. Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, Institute of Medicine, 362 p.

POTTER, L.B., (1991), «Socioeconomic determinants of white and black males' life expectancy differentials, 1980», *Demography*, 28(2):303-321.

PRESSAT, R., (1969), *L'analyse démographique*, 2e édition, Paris, P.U.F., p. 95-113,213-254.

PRESSAT, R., (1985), «La table de mortalité», dans INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris, INED, pp. 31-46.

PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., (1992), *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 1987, (Cahier de recherche;7), Québec, MSSS, pp. 14-48.

RAVENHOLT, R.T., (1990), «Tobacco's global death march», *Population and Development Review*, 16(2):213-240.

RAY, W.A., FOUGHT, R.L., DECKER, M.D., (1992), «Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers», *American Journal of Epidemiology*, 136(7):873-878.

REEDER, B.A., ANGEL, A., LEDOUX, M., RABKIN, S.W., YOUNG, T.K., SWEET, L.E., (1992), «Obesity and its relation to cardiovascular disease risk factors in Canadian adults», *Canadian Medical Association Journal* 146 (11): 2009-2019.

REEDER, B.A., LAUZON, R., MAO, Y., NAIR, C., PETRASOVITS, A., (1991), *Cardiovascular Disease in Canada*, Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, p. 31.

RÉGIE DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1988), *Guide de rédaction du rapport d'accident de véhicules routiers*, Québec, RAAQ, n.p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), «Changements au régime d'assurance-maladie du Québec», *Communiqué*, Québec, RAMQ, 2 pages.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), *Statistiques annuelles 1990*, Québec, RAMQ, pp. 221-229.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1992), *Statistiques annuelles 1991*, Québec, RAMQ, pp. 13-18.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1993), *Statistiques annuelles 1992*, Québec, RAMQ, 308 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, (1993), *Liste de médicaments*, Québec, Les Publications du Québec, 377 p.

- RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1986), «Deux rentes payables aux enfants», *Rentes-Actualités*, novembre/décembre, pp. 7-9.
- RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1992), *Un million de familles*, Québec, R.R.Q., pp. 28-29.
- RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1993), *Allocations d'aide aux familles du Québec*, Québec, R.R.Q. (brochure).
- RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, (1993), *Les allocations d'aide aux familles - Statistiques 1991*, Québec, RRQ, pp. 51-58.
- REID, F.A., (1986), «Real possibilities in the transportation myths», dans VANDERSIM, S., CALTHORPE, P.(éds), *A New Design Synthesis for Cities Suburbs, and Towns Sustainable Communities*, San Francisco, Sierra Club Books, pp. 167-188.
- REYNOLDS, D.L., CHAMBERS, L.W., DEVILLAER, M.R., (1992), «Measuring alcohol abuse in the community: Consumption, binge-drinking, and alcohol-related consequences («Alcoholism»)», *Canadian Journal of Public Health*, 83(6):443-446.
- RICE, D.P., (1992), «Data needs for health policy in an aging population», *World Health Statistics Quarterly*, 45:61-67.
- RICHARDSON, N., (1991), «L'urbanisation : l'aménagement d'habitats humains», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, pp. 13.1-13.34.
- RICHARDSON, N. et al., (1991), «L'urbanisation : l'aménagement d'habitats humains», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 13.1 à 13.34.
- RIGAUD, L., (1979), *La mise en place des systèmes d'information*, Paris, Dunod, 231 p.
- RILEY, R., (1992), «Morbidity hospitalière, 1989-90», *Rapports sur la santé*, 4(2):195-197.
- RILEY, R., PADDON, P., (1989), «Les accidents au Canada : décès et hospitalisation», *Rapports sur la santé*, 1(1):23-50.
- RITCHIE, K., (1991), «La mesure de l'espérance de vie sans démence : étude préliminaire de faisabilité», *Cahiers québécois de démographie*, 20 2):253-268.
- RIVARD, S., TALBOT, J., (1992), *Le développement des systèmes d'information. Méthodes et outils*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 243 p.
- ROBERGE, R., BERTHELOT, J.M., WOLFSON, M., (1993), *The impact of Socioeconomic Status on Health Status in Ontario*, Ottawa, Statistique Canada, 11 p.
- ROBERTSON, L.S., (1992), *Injury Epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 53.
- ROBINE, J.M., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 1-46.
- ROBINE, J.-M., BROUARD, N., COLVEZ, N., (1987), «Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVS), des indicateurs globaux de l'état de santé de la population», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 35:206-224.
- ROBINE, J.M., BUCQUET, D., RITCHIE, K., (1991), «L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps: vingt ans de calcul», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):205-236.
- ROBINE, J.M., RITCHIE, K., (1991), «Healthy life expectancy: Evaluation of a new global indicator of change in population health», *British Medical Journal*, 302:457-460.
- ROCHON, M., (1989), «La fécondité et la grossesse à l'adolescence : une analyse démographique», dans GENDRON, C., BEAUREGARD, M. (éds.), *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, pp. 151-178.
- ROCHON, M., (1992), *Taux de grossesse des adolescentes de moins de 18 ans selon l'issue et la région socio-sanitaire de résidence en 1990 - Données préliminaires*, Québec, MSSS, Service des études socio-sanitaires, 8 p.
- ROCKWOOD, K., STOLEE, P., REBERTSON, D., SHILLINGTON, E.R., (1989), «Response bias in a health status survey of elderly people», *Age and Ageing*, 18(3):177-182.
- ROGERS, R.G., POWELL-GRIMER, E., (1991), «Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States», *Social Science and Medicine*, 32(10):1151-1159.

- ROGOT, E., SORLIE, P.D., JOHNSON, N.J., (1992), «Life expectancy by employment status, income, and education in the national longitudinal mortality study», *Public Health Reports*, 107(4):457-460.
- ROMANIUK, A., (1974), «Modernization and fertility : The case of the James Bay Indians», *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 1(1):344-359.
- ROMEDER, J.M., McWHINNE, J.R., (1978), «Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 26:97-115.
- ROOS, L.L., SHARP, S.M., (1989), «Innovation, centralization, and growth. Coronary artery bypass graft surgery in Manitoba», *Medical Care*, 27(5):441-452.
- ROSE, G., SHIPLEY, M., (1990), «Effects of coronary risk reduction on the pattern of mortality», *The Lancet*, 335 (8684):275-277.
- ROSENBAUM, S., (1992), «Child health and poor children», *American Behavioral Scientist*, 35(3):275-289.
- ROSOW, I., BRESLAU, N., (1966), «A Guttman health scale for the aged», *Journal of Gerontology*, 21(12):556-559.
- ROSS, C.E., (1993), «Fear of victimization and health», *Journal of Quantitative Criminology*, 9(2):159-175.
- ROSS, D.P., SHILLINGTON, R., (1990), *Données de base sur la pauvreté au Canada, 1989*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, pp. 1-25.
- ROTHMAN, K.J., (1986), *Modern Epidemiology*, Boston, Little Brown, 358 p.
- ROUSE, B.A., KOZEL, N.J., RICHARDS, L.G., (1985), *Self-report methods of estimating drug use*, Washington, National Institute of Drug Abuse.
- ROUSSEAU, T., SAINT-PIERRE, C., (1992), «Formes actuelles et devenir de la classe ouvrière», dans DAIGLE, G., ROCHER, G. (éds), *Le Québec en jeu - Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 265-295.
- ROY, L., (1985), *Le point sur les habitudes de vie : l'alcool*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, pp.16-27, 58-60.
- ROY, L., (1986), Problèmes et difficultés rencontrées lors de l'utilisation des indicateurs mondiaux, *Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 39:314-319.
- ROY, L., (1988), «Consommation d'alcool», dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 16-20.
- ROY, L., BERNIER, S., (1988), «Consommation de tabac» dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 24-26.
- RUTLEDGE, R., STUTTS, J., (1993), «The association of helmet use with the outcome of motorcycle crash injury when controlling for crash/injury severity», *Accident Analysis Prevention*, 25(3):347- 353.
- RUZICKA, L.T., LOPEZ A.D., (1990), «The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: National and international experiences», *World Health Statistics Quarterly*, 43:249-258.
- RYERSE, C., JOSEPH, C., (1990), *Thursday's child - Child poverty in Canada: A Review of the Effects of Poverty on Children*, Ottawa, National Youth in Care Network, 130 p.
- SACCO, V., JOHNSON, H., (1990), *Profil de la victimisation au Canada. Enquête générale sociale, Série analytique*, Ottawa, Statistique Canada, 131 p. (Cat. 11-612F, no 2).
- SACCO, V., JOHNSON, H., (1990), «Les victimes d'actes criminels avec violence», *Tendances sociales canadiennes*, 17:10-13.
- SAKALA, C., (1993), «Medically unnecessary cesarean section births : Introduction to a symposium», *Social Science and Medicine*, 37(10):1177-1198.
- SALMELA, R., (1993), «Regional inequalities in health and health care in Finland and Norway», *Health Policy*, 24:83-94.
- SANDLER, D.P., (1985), «Passive smoking in adulthood and cancer risk», *American Journal of Epidemiology*, 121(1):37-48.

SANFAÇON, G., BLAIS, R. (1991), «Les intoxications», dans BEAULNE, G. et al., *Les traumatismes au Québec - Comprendre pour prévenir*, Québec, Publications du Québec, pp. 177-190.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1981), *La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa, SBESC, 237 pp. (cat. 82-538F).

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1987), *Statistiques de lutte anti-poison*, Ottawa, SBESC, 114 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1988), *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Ottawa, SBESC, pp. 21,26-28,46,71.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1990), *Répertoire de programmes de sécurité du revenu au Canada*, Ottawa, SBESC, 276 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1991), *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1991*, Ottawa, SBESC, 75p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *Données non publiées*, SBESC, Direction générale de l'information et de la politique sociale.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *La santé et l'environnement au Canada : un lien naturel*, Ottawa, SBESC, pp. 19-26,76-77,96-102.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1992), *Le personnel de la santé au Canada 1990*, Ottawa, Approvisionnements et services Canada, 38 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1993), *Les dépenses en matière de santé au Canada*, Ottawa, SBESC, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, 9 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, (1993), *Lignes directrices pour l'évaluation de la couverture vaccinale chez les enfants. Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Ottawa, 19 (21):180-182.

SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, (1993), *Monographies en maladies infectieuses (excluant mts-sida)*, Montréal, Groupe de travail provincial sous la coordination du docteur Richard Massé de l'hôpital Général de Montréal, p. 55.

SANTÉ QUÉBEC, (1991), *Faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire 1990*, Québec, MSSS, p. 17,64.

SANTÉ QUÉBEC, (1994), *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik*, 1992, Tome 1, Santé Québec, 375 p.

SAUCIER, A., (1984), «L'utilisation de l'informatique et le calcul du taux de participation à différents programmes de l'assurance maladie», *Cahiers québécois de démographie*, 13(2):323-331.

SAUCIER A., (1991), *Bilan du groupe Monitoring*, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 26 p.

SAUCIER, A., LAFONTAINE, P., (1991), *Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986. Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'enquête sur la santé et les limitations d'activité*, Québec, MSSS, pp. 11-44.

SAULOU, J.Y., (1982), *Le tableau de bord du décideur, méthodologie de mise en place*, Paris, Éditions de l'Organisation, 278 p.

SAUVAGE, P., (1993), «De l'observation à l'évaluation», *Informations Sociales*, (27):102-113.

SAWYER, J.A., EARP, J.A., FLETCHER, R.H., DAYE, F.F., WYNN, T.M., (1989), «Accuracy of women's self-report of their last Pap smear», *American Journal of Public Health*, 79(80):1036,1037.

SCHIEBER, G.J., POULLIER, J.-P., GREENWALD, L.M., (1991), «Health care systems in twenty-four countries», *Health Affairs*, 10(3):22-38.

SCHLATTER, J., (1993), «Substances toxiques dans les aliments et dans l'eau potable», dans WEISS, W.(éd.), *La santé en Suisse*, Lausanne, Payot, pp. 461-468.

SCHWARZER, R., LEPPIN, A. (1992), «Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality» dans VEIEL, H.O.F., BAUMANN, U. (éds), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York, Hemisphere, pp. 65-83.

SEGOVIA, J., BARTLETT, R.F., EDWARDS, A.C., (1989), «An empirical analysis of the dimensions of health status measures», *Social Science and Medicine*, 29(6):761-768.

SÉGUIN, A.M., (1994), «Transformations sociales et carences reliées à l'habitat», dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, pp. 65-79.

SEMENCIW et al., (1989), «Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: Results from the Nutrition Canada survey cohort», *International Journal of Epidemiology*, 18(2):321.

SEPPÄ, K., SILLANAUKEE, P., KOIVULA, T., (1990), «The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers», *British Journal of Addiction*, (85):1639-1645.

SERGERIE, D., ROY, L., (1988), «Comportements reliés aux véhicules moteurs», dans MSSS (éd.) *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS, pp. 50-54.

SHINAR, D., (1993), «Demographic and socioeconomic correlates of safety belt use», *Accident Analysis and Prevention*, 25(6):745-755.

SICARD, C., BISGROVE, B., BRACHMAN, J., LEGAULT, F., (1993), *Strategy for Increasing Child Protection*, Final report of the CCMTA Task Force on Child Protection, p. 1-5.

SIEGEL, P.Z., BRACKBILL, R.M., FRAZIER, E.L., MARIOLIS, P., SANDERSON, L.M., WALLER, M.N., (1991), «Behavioral risk factor surveillance, 1986-1990», *MMWR*, 40(SS-4):4.

SKOJ, O.J., (1992), «The validity of self-reported drug use», *British Journal of Addiction*, (87):539-548.

SMITH, T., (1993), «Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies», *British Medical Journal*, 306(6887):1232-1235.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1991), *Évolution du taux d'utilisation des dispositifs de retenue dans les véhicules routiers au Québec*, Québec, SAAQ, pp. 3,25,31,63.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, (1993), *Bilan 1992. Accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, SAAQ, 189 pages.

SOLLICITEUR GÉNÉRAL DU CANADA, (1985), *Les coûts du crime pour les victimes. Le sondage de victimisation en milieu urbain, n° 2*, Ottawa, Solliciteur général du Canada, pp. 1-12.

SPECTOR, A., (1992), «La mesure des faibles revenus au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, (25):8-10.

SPEECHLEY, M., STAVRAKY, K.M., (1991), «The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health», *Canadian Journal of Public Health*, 82:38-42.

SPIKER, B., MOLINEK JR F.R., JOHNSTON, A., SIMPSON JR, R.L., TILSON, H.H., (1990), «Quality of life bibliography and indexes», *Medical Care*, 28(12 supplément), pp. ds1-ds76.

STATISTIQUE CANADA, (1980), *Classification type des industries 1980*, Ottawa, Statistique Canada, Division des normes, 550 p.

STATISTIQUE CANADA, (1980), *Répertoire des concepts sociaux. Un guide des normes pour enquêtes statistiques*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, pp. 40-43. (Cat 12-560).

STATISTIQUE CANADA, (1982), *Dictionnaire du recensement de 1981*, Ottawa, Statistique Canada, p. 24. (Cat 99-901).

STATISTIQUE CANADA, (1984), *Info-voyages*, 2. 3(2).

STATISTIQUE CANADA, (1984), *Vivre seul*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3. (Cat 99-934).

STATISTIQUE CANADA, (1986), *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 189-190. (Cat. 82-562).

STATISTIQUE CANADA, (1987), *Dictionnaire du recensement de 1986*, Ottawa, Statistique Canada, p. 25. (Cat 99-101F).

STATISTIQUE CANADA, (1987), *Recensement du Canada de 1986. Totalisations sommaires, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, Tableau CF86A03.

STATISTIQUE CANADA, (1987), *Véhicules automobiles immatriculations 1986*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 12-13. (Cat 53-219).

STATISTIQUE CANADA, (1988), *Causes de décès 1986. La statistique de l'état civil, volume IV*, Ottawa, Statistique Canada, 246 p. (Cat. 84-203)

STATISTIQUE CANADA, (1988), *Les accidents du travail 1985-1987*, Ottawa, Statistique Canada, tableau 1.

STATISTIQUE CANADA, (1988), *Naissances et décès 1986, La statistique de l'état civil, volume 1*, 73 p. (Cat. 84-204).

STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: Partie 1. Recensement du Canada de 1986, Profils, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 3. (Cat 94-109).

STATISTIQUE CANADA, (1988), *Québec: partie 2. Recensement du Canada 1986, Profils, vol. 1, Divisions et subdivisions de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 1,3,9. (Cat 94-110)

STATISTIQUE CANADA, (1988), *The Health and Activity Limitation Survey. User's Guide*, Ottawa, Statistique Canada, 51 p.

STATISTIQUE CANADA, (1990), *Enquête sur la santé et la limitation d'activités. Faits saillants. Personnes ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, n.p. (Cat. 82-602).

STATISTIQUE CANADA, (1990), *L'éducation au Canada : revue statistique pour 1989-1990*, Ottawa, Statistique Canada, p. 21,246. (Cat 81-229).

STATISTIQUE CANADA, (1990), *La morbidité hospitalière 1987-88*, Ottawa, Centre canadien d'information sur la santé, pp. 2-9. (Cat. 82-217).

STATISTIQUE CANADA, (1990), «Lire au quotidien», *Perception*, 14(3):15-19.

STATISTIQUE CANADA, (1990), «Résultats de la révision des seuils de faible revenu», dans *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1990*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 167-174. (Cat 13-207).

STATISTIQUE CANADA, (1991), «Le cancer au Canada 1985-1986», *Rapports sur la santé*, 3 (2,supp 8), pp. 37,95,133-144,201.

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Âge, sexe et état matrimonial*, Série «Le pays», Recensement de 1991, Ottawa, Statistique Canada, pp. 108-115. (Cat. 93-310).

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 386 p. (Cat 92-301F)

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Enquête sur la santé et les limitations d'activités 1991, Tableaux d'appoint, Provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, n.p.

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Guide du contenu, Recensement 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 95,110-112,140-149.

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Le recensement de 1991 en bref*, Ottawa, Statistique Canada, 218 p. (Cat. 92-305F).

STATISTIQUE CANADA, (1992), *Véhicules automobiles immatriculations 1991*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 14-15. (Cat 53-219).

STATISTIQUE CANADA, (1992), «Enquête de 1991 sur la santé et la limitation des activités», *Le Quotidien*, 13 octobre:1-13.

STATISTIQUE CANADA, (1992), «Naissances 1990», *Rapports sur la santé*, 4(1 supplément 14):14-15.

STATISTIQUE CANADA, (1992), «Recensement du Canada de 1991 : chiffres de population et des logements», *Le Quotidien*, 28 avril.

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Causes de décès, 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 228 p. (Cat. 84-208)

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Documentation sur les données Série des profils - Partie B, Recensement du Canada de 1991*, Ottawa, Statistique Canada, (Produit électronique).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Guide d'utilisation des données de l'enquête sur la population active*, Ottawa, Statistique Canada, p. 8. (Cat 71-528).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Indicateurs sur la santé 1992*, Ottawa, Cente canadien d'information sur la santé. (produit électronique).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *La morbidité hospitalière 1990-91*, Ottawa, Centre canadien d'information sur la santé, n.p. (Cat. 82-217).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Le cancer au Canada, 1989*, pp.2-45 (Cat. 82-218).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Les accidents du travail 1990-1992*, Ottawa, Statistique Canada, tableau 1.

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Mobilité et migration*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 1-6, 246-247. (Cat 93-322).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Naissances 1991*, Ottawa, Statistique Canada, 43 p. (Cat. 84-210).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Québec: partie 2. Recensement du Canada de 1991, Profils, vol. 1, Division et subdivision de recensement*, Ottawa, Statistique Canada, p. 10,20. (Cat 94-110)

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Recensement du Canada 1991, Certaines statistiques du revenu, Le pays*, Ottawa, Statistique Canada, pp. 248 et 250. (Cat 93-331).

STATISTIQUE CANADA, (1993), *Recensement du Canada 1991. Totalisations sommaires, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Statistique Canada, Tableau F9102A.

STATISTIQUE CANADA, (1993), «Estimations de la population au 1er juillet, 1971-1993», *Le Quotidien*, 16 septembre.

STATISTIQUE CANADA, CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (1987), *Statistiques de la criminalité au Canada: 1986*, Ottawa, Statistique Canada, pp.2-1-2-17 (Cat. 85-205).

STATISTIQUE CANADA, CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (1994), *Statistiques de la criminalité au Canada 1992*, Ottawa, Statistique Canada, p. 2-1,2-41,77. (Cat. 85-205).

STEWART, P., SCHAIRER, C., BLAIR, A., (1990), «Comparison of jobs, exposures, and mortality risks for short-term and long-term workers», *Journal of Occupational Medicine*, 32(8):703-708.

ST-MICHEL, L. et al., (1992), «L'assainissement de l'eau au Québec», dans MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, *État de l'environnement au Québec*, Montréal, Guérin, pp.449-457.

ST-PIERRE, M.-A., (1990), *SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Synthèse statistique 1981-1982 à 1987-1988*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 100 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;5).

ST-PIERRE, M.-A., (1993), *SIFO Système d'information financière et opérationnelle, Statistique 1985-1986 et 1991-1992*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 124 p., (Collection Données statistiques et indicateurs;22).

ST-PIERRE, M.-A., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise. L'utilisation des services*, Québec, MSSS, 13 p.

ST-PIERRE, M.-A., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise. Les ressources matérielles*, Québec, MSSS, 13 p.

ST-PIERRE, M.-A., (1993), *Santé et bien-être. La perspective québécoise. Les ressources humaines*. Québec, MSSS, 18 p.

STRACHAN, J., JOHANSEN, H., NAIR, C., NARGUNDKAR, M., (1990), «Taux de mortalité par suicide au Canada. Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada», *Rapports sur la santé*, 2(4):327-341.

STREFF, F.M., WAGENAAR, A.C., (1989), «Are there really shortcuts? Estimating seat belt use with self-report measures», *Accident Analysis and Prevention*, 21(6):509-516.

SUBCOMMITTEE ON CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY, (1990), «ACC/AHA Guidelines and Indications for Coronary Artery Bypass Graft Surgery», *AHA Medical/Scientific Statement Special Report*, pp. 1125-1173.

TAPINOS, G., (1985), *Éléments de démographie. Analyse, déterminants socio-économiques et histoire des populations*, Paris, Armand Colin, p. 176.

TENNANT, A., BADLEY, E.M., SULLIVAN, M., (1991), «Investigating the proxy effect and the saliency principle in household based postal questionnaire», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(4):312-316.

TESSIER, R., PICHÉ, C., MUCKLE, G., GAGNON, J., TARABULSY, G.M., (1992), «La part du risque social dans le développement des enfants nés prématurés et de très petit poids», *Apprentissage et socialisation*, 15(3):208-221.

THACKER, S.B., CHOI, K., BRACHMAN, P.S., (1983), «The surveillance of infections diseases», *JAMA*, 249(9): 1181-1185.

THURIAUX, M., (1991), «L'espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):439-450.

TORRIE, R. et al., (1991), «L'énergie : à l'heure des choix», dans ENVIRONNEMENT CANADA, *L'état de l'environnement au Canada*, Ottawa, Environnement Canada, pp. 12.1-12.37.

TOUSIGNANT, M., (1993), *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, P.U.F., p. 134.

TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D., BERGERON, L., (1984), «Le mal de vivre : comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal», *Santé mentale au Québec*, 9(2):122-133.

TRANSPORT CANADA, (1993), *1992. Statistiques sur les collisions de la route*. Feuillelet TP3322.

TRANSPORT CANADA, (1993), *Pourcentage de conducteurs portant la ceinture-baudrier dans les voitures qui en sont équipées*, Sécurité routière, feuillelet TP2436.

TREMBLAY, D. (1988), «Support social» dans MSSS (éd.), *Et la santé, ça va?, Tome 1, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, MSSS, pp. 67-76.

TREMBLAY, D.-G., (1994), «Chômage, flexibilité et précarité d'emploi : aspects sociaux» dans DUMONT, F., LANGLOIS, S., MARTIN, Y. (éds), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 605-622.

TREMBLAY, M., (1988), *Analyse démographique de la mobilité linguistique au Canada : aspects théoriques et incidences du phénomène dans le milieu familial*, Montréal, Université de Montréal, 320 p. (Thèse de doctorat).

TREMBLAY, M., BOURBEAU, R., (1985), «La mortalité et la fécondité selon le groupe linguistique au Québec, 1976 et 1981», *Cahiers québécois de démographie*, 14(1):7-30.

TRESSERRAS, R., CANELA, J., ALVAREZ, J., SENTIS, J., SALLERAS, L., (1992), «Infant mortality, per capita income, and adult illiteracy: An ecological approach», *American Journal of Public Health*, 82(3):435-438.

TROVATO, F., (1990), «Immigrant mortality trends and differentials», dans HALL, S.S., TROVATO, F., DRIEDGER, L. (éds.), *Ethnic Demography, Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*, Ottawa, Carleton University Press, pp. 91-110.

TSEVAT, J., WEINSTEIN, M.C., WILLIAMS, L.W., TOSTESON, A.N., GOLDMAN, L., (1991), «Expected gains in life expectancy from various coronary hearth disease risk factor modifications», *Circulation*, 84(6):1452-1455.

TURGEON, J., (1991), *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : une analyse comparative*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 73 p. (Collection Données statistiques et indicateurs;12).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (1993), *Healthy People 2000 Review 1992*, Maryland, National Center for Health Statistics, Center for Disease Control and Prevention, Public Health Service, p. 375. (DHHS Pub. No. (PH5)93-1232-1).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, COC, (1993), «Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life lost--United States, 1990», *MMWR*, 42(33):645-649.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, (1969), *Toward a Social Report*, Washington, U.S. Departement of Health, Education and Welfare, 169 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, (1979), *Smoking and Health: A report of the Surgeon General*, Washington, U.S. Departement of Health, Education and Welfare, pp. 8-12.

UGNAT, A.M., MAO, Y., MILLER, A.B., WIGLE, D.T., (1990), «Effects of residential exposure to environmental tobacco smoke on Canadian children», *Canadian Journal of Public Health*, 81:345.

UGNAT, A.M., NAYLOR, C.D., (1993), «Trends in coronary artery bypass grafting in Ontario from 1981 to 1989», *Canadian Medical Association Journal*, 148(4):569-575.

VALKONEN, T., BRANCKER, A., REIJO, M., (1992), «Mortalité différentielle entre trois populations : résidents des pays scandinaves, immigrants au Canada d'origine scandinave et résidents canadiens nés au Canada, 1979-1985», *Rapports sur la santé*, 4(2):137-159.

VALLIN, J., MESLÉ, F., (1990), «The causes of death in France, 1925-1978: Reclassification according to the eighth revision of the international classification diseases», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 295-327.

VAN AALST, J.A., SHOTTS, S.D., VITSKY, J.L., BASS, S.M., MILLER, R.S., MEADOR, K.G., MORRIS, J.A., (1992), «Long-term follow-up of unseccassful violent suicide attempts: Risk factors for subsequent attempts», *Journal of Trauma*, 33(3):457-464.

VAN DE WALLE, E., (1990), «The IFORD surveys», dans VALLIN, J., D'SOUZA, S., PALLONI, A., (éds), *Measurement and Analysis of Mortality*, IUSSP, pp. 35-47.

VESSEY, M.P., GRAY, M., (éds), (1987), *Cancer: Risks and Prevention*, New York, Oxford University Press, pp. 1-13.

VILHJALMSSON, R., (1993), «Life stress, social support and clinical depression: A Reanalysis of the literature», *Social Science and Medicine*, 37(3):331-342.

VILLAC, M., (1993), «L'aide à la décision», *Informations Sociales*, (27):92-101.

VIRGANSKAYA, IM., DMITRIEV, VI., (1992), «Some problems of medicodemographic development in the former USSR», *World Health Statistics Quarterly*, 45:4-14.

VOYER, P., (1990), *Le manuel du technomanager : la gestion de l'information et de ses technologies*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc inc., 286 p.

VOYER, P., (1994) *Tableaux de bord de gestion*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 334 pages.

WADHERA, S., MILLAR, W.J., (1991), «Évolution de la fécondité au Canada, 1971-1988: premières naissances après 30 ans», *Rapports sur la santé*, 3(2):149-162.

WADHERA, S., STRACHAN, J., (1991), «La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975-1989», *Rapports sur la santé*, 3(4):327-347.

WADHERA, S., STRACHAN, J., (1992), «Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistique connexe, Canada, 1921-1990», *Rapport sur la santé*, 4(4):429-434.

WADHERA, S., STRACHAN, J., (1993), «Naissances au Canada, 1991», *Rapports sur la santé*, 5(2):209-213.

WANNAMETHEE, G., SHAPER, A.G., (1991), «Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men», *International Journal of Epidemiology*, 20(1):239-245.

WEEDLE, P.B. et al., (1990), «Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom», *DICP The Annals of Pharmacotherapy*, 24:533-536.

WEEDLE, P.B., POSTON, J.W., PARISH, P.A., (1990), «Drug prescribing in residential homes for elderly people in the United Kingdom», *DICP The Annals of Pharmacotherapy*, 24:533-536.

WEISS, B.D., HART, G., PUST, R.E., (1991), «The relationship between literacy and health», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1(4):351-363.

WELLMAN, BA., WELLMAN, BE., CARAGATA, L., GULIA, M., (1993), *Evaluating Community in Social Housing: Social Networks, Social Support and Local Community Involvement*, Ottawa, Mortgage and Housing Corporation, 161 p.

WENNEMO, I., (1993), «Infant mortality, public policy and inequality - a comparison of 18 industrialised countries 1950-85», *Sociology of Health & Illness*, 15(4):429-446.

WESTERMEYER, J., (1990), «Methodological issues in the epidemiological study of alcohol-drug problems: Sources of confusion and misunderstanding», *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 16:47-55.

WHELAN, C.T., (1993), «The role of social support in mediating the psychological consequences of economic stress», *Sociology of Health & Illness*, 15(1):86-101.

WIGLE, D.T., MAO, Y., SEMENCIW, R., McCANN, C., DAVIES, J.W., (1990), «Premature deaths in Canada: Impact, trends and opportunities for prevention», *Canadian Journal of Public Health*, 81:376-381.

WILKINS, K., MARK, E., (1991), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1987-1988», *Maladies chroniques au Canada*, 12(2):pp. 13-17.

WILKINS, K., MARK, E., (1992), «Années potentielles de vie perdues, Canada, 1990», *Maladies chroniques au Canada*, 13(6):122-127.

- WILKINS, R., (1991), «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986», *Cahiers québécois de démographie*, 20(2):367-382.
- WILKINS, R., (1992), «Espérance de santé au Québec, 1987», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 81-100.
- WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1983), *Healthfulness of Life*, Montréal, The Institute for Research on Public Policy, pp. 122-135.
- WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1992), «Espérance de santé au Canada, 1986», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds.) *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 111-116.
- WILKINS, R., ADAMS, O.B., (1992), «Espérance de vie ajustée sur la qualité : pondération des années dans chaque état de santé», dans ROBINE, J.M., BLANCHET, M., DOWD, J.E., (éds), *Espérance de santé. Analyse et prospective*, Paris, INSERM, pp. 141-146.
- WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A., (1989), «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, 1(2):137-174.
- WILKINS, R., SAUVAGEAU, Y., (1988), «Incapacité», dans MSSS, *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, MSSS pp. 175-192.
- WILKINS, R., SHERMAN, G.J., BEST, P.A.F., (1991), «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986», *Rapports sur la santé*, 3(1):7-31.
- WILSON, S.H., WALKER, G.M., (1993), «Unemployment and health : A review», *Public Health*, 107(3):153-162.
- WOLFSON, M.C., EVANS, J.M., (1990), *Seuils de faible revenu de Statistique Canada. Problèmes et possibilités méthodologiques*, Ottawa, Statistique Canada, p.20 (Document de travail).
- WONG, T., TIERNEY, P., (1991), «Hospitalisations et décès dus à l'abus d'alcool 1979-1988», *Maladies chroniques au Canada*, 12:30-36.
- WOOD, P.H.N., (1990), «Applications of the international classification of diseases», *World Health Statistics Quarterly*, 43:263-268.
- WORKSHOP GROUP (THE), (1989), «Reducing deaths from breast cancer in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, 141(3):199-201.
- WU, A.W., RUBIN, H.R., MATHEWS, W.C., WARE Jr, J.E., BRYSK, L.T., HARDY, W.D., BOZZETTE, S.A., SPECTOR, S.A., RICHMAN, D.D., (1991), «A health status questionnaire using 30 items from the Medical outcome study», *Medical Care*, 29(8):786-798.
- YELLOWLEES, H., THURIAUX, M.C., (1986), «Utilisation des indicateurs relatifs aux stratégies de la santé pour tous: l'expérience de la région européenne de l'OMS», *Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*, (39):320-324.
- YU, Y.C., (1991), «The demography of disability», *Population Bulletin of the United Nations*, 30:61-78.
- YUDKIN, J.S., (1993), «How can we best prolong life? Benefits of coronary risk factor reduction in non-diabetic and diabetic subjects», *British Medical Journal*, 306:1313-1318.
- YUEN, P., MACHIN, D., BALARAJAN, R., (1990), «Inequalities in health : Socioeconomic differences in self-reported morbidity», *Public Health*, 104:65-71.
- ZADOR, P.L., (1991), «Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex», *Journal of Studies on Alcohol*, 52(4):302-310.
- ZLAPOTER, T.J., (1991), «Determinants of motor vehicle deaths in the United States: A cross-sectional analysis», *Accident Analysis Prevention*, 23(5):431-436.
- ZOUAUI, S., (1991), *Analyse descriptive de l'évolution de la pauvreté au Québec et dans les autres régions canadiennes, 1973-1988*, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 45 p.
- ZOUAUI, S., (1991), *L'évolution démographique et économique de la réalité des familles monoparentales au Québec, Rapport au groupe de travail sur la situation des familles monoparentales*, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, pp. 15-16.
- ZOUAUI, S., ROUSSEAU, C., (1991), *Les problèmes d'intégration au marché du travail des familles monoparentales au Québec*, Communication pour le 1er symposium de recherche sur la famille, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, p. 26.

## ANNEXES

- 1. Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation directe**
- 2. Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation indirecte**
- 3. Principaux sièges de cancer**
- 4. Calcul de l'espérance de vie selon la méthode actuarielle**
- 5. Les composantes de la mortalité fœto-infantile**
- 6. Calcul de l'espérance de vie en bonne santé**
- 7. Calcul du taux des années potentielles de vie perdues**



ANNEXE 1 : Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation directe

Exemple : Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes du Québec en 1991 ajusté selon la structure par âge de la population du Canada (sexes réunis) en 1991.

Sources : MSSS, (1994), *Statistiques sur les causes de mortalité au Québec, 1971, 1976, 1980 à 1992*, Québec, MSSS, Service des études et analyses, n.p.  
Statistique Canada, (1992), *Âge, sexe et état matrimonial*, série Le pays. Recensement de 1991, Catalogue 93-310.

Appareil circulatoire Groupe d'âge	QUÉBEC			POPULATION DE RÉFÉRENCE CANADA (sexes réunis) *	
	Décès (A)	Effectifs 1971 (B)	Taux pour 100 000 (C = A/B)	Effectifs 1991 (D)	Décès attendus (C X D)
< de 15 ans	7	920 700	0,8	5 692 555	43
15-24 ans	24	611 000	3,9	3 830 505	150
25-34 ans	52	450 600	11,5	4 866 580	562
35-44 ans	327	369 400	88,5	4 371 375	3 870
45-54 ans	1 138	310 000	367,1	2 966 240	10 889
55-64 ans	2 286	225 200	1 015,1	2 399 625	24 359
65-74 ans	2 968	125 100	2 372,5	1 895 070	44 961
75-84 ans	2 811	49 100	5 725,1	991 565	56 768
85 et plus	1 312	9 800	13 387,1	283 335	37 932
Total	10 925	3 070 900	355,8	27 296 850	179 533

1. Calcul du taux par âge: colonne A divisée par colonne B.
2. Calcul des décès attendus: colonne C multipliée par colonne D.
3. Calcul du taux ajusté: somme des décès attendus divisées par l'effectif total de la population canadienne  
= 179 533 divisé par 27 296 850 X 100 000  
= 657,8 pour 100 000

\* On recommande l'utilisation, comme population de référence, de la structure par âge des hommes et des femmes réunis, afin de permettre la comparaison des taux ajustés entre les sexes.

ANNEXE 2 : Exemple d'utilisation de la méthode de la standardisation indirecte

Exemple : Calcul de l'indice comparatif de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire pour la population de l'Île-du-Prince-Édouard en 1991 à partir des taux par âge observés pour le Canada.

Sources : Statistique Canada, (1993), *Cause de décès 1991*, Catalogue 84-208.  
Statistique Canada, (1992), *Âge, sexe et état matrimonial*, Série Le Pays. Recensement de 1991. Catalogue 93-310.

Groupe d'âge	CANADA			ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	
	Décès 1991 (A)	Effectifs 1991 (B)	Taux pour 100 000 (C = A/B)	Effectifs 1991 (D)	Décès attendus (C X D)
< de 15 ans	98	5 692 555	1,7	29 355	1
15-24 ans	90	3 830 505	2,3	19 245	0
25-34 ans	285	4 866 580	5,9	20 590	1
35-44 ans	962	4 371 375	22,0	19 535	4
45-54 ans	2 666	2 966 240	89,9	13 075	12
55-64 ans	7 224	2 399 625	301,0	10 695	32
65-74 ans	16 832	1 895 070	888,2	9 275	82
75-84 ans	25 889	991 565	2 610,9	5 920	155
85 et plus	21 988	283 335	7 760,4	1 880	146
Total	76 034	27 296 850	278,5	129 750	433

Décès observés par maladies de l'appareil circulatoire, Île-du-Prince-Édouard, 1991 = 484.

1. Calcul de la mortalité-type (taux par âge du Canada): colonne A divisée par colonne B.
2. Calcul des décès attendus: colonne C multipliée par colonne D.
3. Calcul de l'indice comparatif de mortalité: décès observés divisés par la somme des décès attendus.  
= 484 divisé par 433  
= 1,118.

Lorsque l'indice est supérieur à 1, la mortalité de la population à l'étude est supérieure à celle de la population dont est tirée la mortalité-type. Dans cet exemple, la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard en 1991 serait supérieure à celle de la population de l'ensemble du Canada.

ANNEXE 3 : Principaux sièges de cancer

Siège du cancer	Code CIM-9
1. Tous les cancers (moins 173)	140-208 (moins 173) *
2. Lèvre	140
3. Bouche, langue et pharynx	141-149
4. Oesophage	150
5. Estomac	151
6. Côlon et rectum	153-154
7. Pancréas	157
8. Larynx	161
9. Poumon	162
10. Mélanome	172
11. Sein (femme)	174
12. Utérus	179, 182
13. Col de l'utérus	180
14. Ovaire	183
15. Prostate	185
16. Testicule	186
17. Vessie	188
18. Rein	189
19. Cerveau	191
20. Thyroïde	193
21. Lymphome non hodgkinien	200, 202
22. Maladie de Hodgkin	201
23. Myélome multiple	203
24. Leucémie	204-208

\* Peau autre que mélanome.

Source : Band, P.R., et al., (1993) Conseil canadien des registre du cancer, *Développement du registre canadien du cancer : incidence du cancer au Canada et dans les régions canadiennes, 1969 à 1988*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, p. 21-23, 35-39 (Cat. C52-42/1992).

ANNEXE 4 : Calcul de l'espérance de vie selon la méthode actuarielle

Exemple : Table de mortalité de la population féminine du Québec en 1991.

Sources : MSSS, fichier des naissances et des décès, 1991.  
Statistique Canada, recensement de 1991.

Age	Effectifs	Décès	Taux	Quotient	Survivants	Décès de la table	Années vécues	Cumul des années vécues	Espérance de vie
x			M	Q	S	D	L	T	E
0	47135	257	0,005452	0,005424	100000	542	99512	8059729	80,6
1	170790	40	0,000234	0,000936	99458	93	397644	7960217	80,0
5	218560	39	0,000178	0,000892	99364	89	496601	7562573	76,1
10	236730	32	0,000136	0,000679	99276	67	496211	7065972	71,2
15	220285	65	0,000295	0,001474	99209	146	495677	6569761	66,2
20	235110	87	0,000370	0,001848	99062	183	494853	6074084	61,3
25	298295	150	0,000503	0,002511	98879	248	493775	5579231	56,4
30	323890	178	0,000550	0,002744	98631	271	492478	5085456	51,6
35	297705	266	0,000894	0,004458	98360	438	490705	4592979	46,7
40	272655	389	0,001427	0,007108	97922	696	487869	4102274	41,9
45	227880	471	0,002067	0,010281	97226	1000	483629	3614405	37,2
50	179215	578	0,003225	0,015997	96226	1539	477282	3130776	32,5
55	167825	883	0,005261	0,025966	94687	2459	467287	2653494	28,0
60	164330	1417	0,008623	0,042205	92228	3892	451410	2186206	23,7
65	149755	2111	0,014096	0,068082	88336	6014	426643	1734797	19,6
70	116505	2500	0,021458	0,101829	82322	8383	390651	1308153	15,9
75	89555	3255	0,036346	0,166594	73939	12318	338900	917502	12,4
80	58610	3585	0,061167	0,265271	61621	16346	267240	678602	9,4
85	30210	3125	0,103443	0,410941	45275	18605	179861	311362	6,9
90	14245	2889	0,202808	1,000000	26670	26670	131501	131501	4,9

Étape 1 : Calcul des taux de mortalité par âge = M(x)

=  $\frac{\text{Décès pour un groupe d'âge donné}}{\text{Effectif du même groupe d'âge}}$

Exemple : Taux 5-9 ans  $M(5) = \frac{39}{218\ 560} = 0,000178$ .

Étape 2 : Transformation des taux M(x) en quotients Q(x)

$\frac{2a}{2+a} \frac{M(x)}{M(x)}$  où a= amplitude du groupe d'âge  
M(x) = taux de mortalité

Exemple : 5-9 ans Quotients  $Q(5) = \frac{2 \times 5 \times 0,000178}{2 + 5 \times 0,000178} = 0,000892$ .

Cette transformation se fait pour tous les groupes d'âge, sauf pour les moins d'un an, où l'on peut utiliser directement le taux de mortalité infantile qui est en fait un quotient et pour le dernier groupe d'âge où l'on fixe le quotient à 1.

Étape 3 : Calcul des survivants  $S(x)$  et des décès  $D(x, x+a)$  de la table.  
Décès de la table  $D(x, x+a)$  = Survivants à l'âge  $x$  multipliés par le quotient à l'âge  $x$ .  
Survivants de la table  $S(x)$  = Survivants à l'âge  $x-5$  moins décès à l'âge  $x-5$ .

Exemple : 5-9 ans  
Survivants à 5 ans = 99 364  
Quotient 5-9 ans = 0,000892  
Décès de la table à 5-9 ans = 99 364  $\times$  0,000892 = 89  
Survivants à 10 ans = Survivants à 5 ans (99 364) moins décès de la table à 5-9 ans (89) = 99 276.  
Par convention, on établit à 100 000 les survivants de la table à 0 an.

Étape 4 : Calcul des années vécues  $L(x)$  par les individus dans les différents groupes.  
Années vécues  $L(x) = [S(x) + S(x+a)] \times a/2$  où  $S$  = survivants de la table,  $a$  = amplitude du groupe d'âge.

Exemple : 5-9 ans  $L(x) = (99\,364 + 99\,276) \times 2,5 = 496\,601$ .

À 0 an, compte tenu du niveau de la mortalité infantile observé au Canada et au Québec et de la répartition des décès dans la première année de vie,  $L(0)$  est calculé selon la formule suivante:  $0,9 S(1) + 0,1 S(0)$ .

Exemple :  $L(0) = 99\,458 \times 0,9 + 100\,000 \times 0,1 = 99\,512$ .

Pour le dernier groupe d'âge, on divise les survivants par le taux de mortalité observés à cet âge.

Exemple :  $L(90) = \frac{S(90)}{M(90)} = \frac{26\,670}{0,202808} = 131\,501$ .

Étape 5 : Calcul des années vécues cumulées  $T(x)$  = somme des années vécues  $L$  du dernier groupe d'âge jusqu'à l'âge  $x$ .

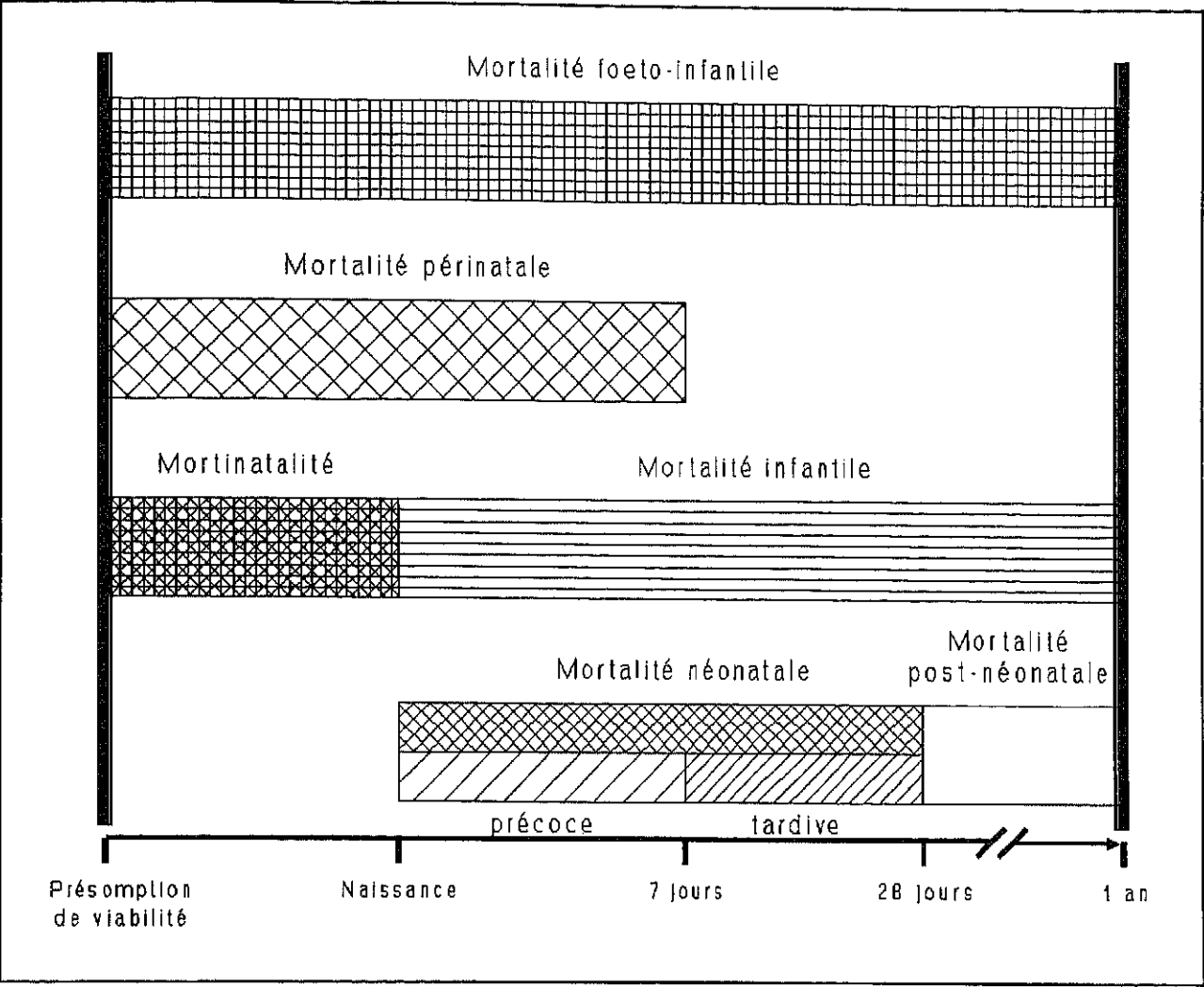
Exemples :  $T(85) = L(90) + L(85) = 131\,501 + 179\,861 = 311\,362$   
 $T(80) = T(85) + L(80) = 311\,362 + 267\,240 = 578\,602$ .

Étape 6 : Calcul de l'espérance de vie  $E(x)$   
 $E(x) = \frac{T(x)}{S(x)}$  où  $T(x)$  = cumul des années vécues à l'âge  $x$   
 $S(x)$  = survivants à l'âge  $x$ .

Exemple :  $E(0) = \frac{8\,059\,729}{100\,000} = 80,6$  ans.

ANNEXE 5 : Les composantes de la mortalité foeto-infantile

Figure A5.1 — Les composantes de la mortalité foeto-infantile



Adapté de PÉRON, Y., STHOHMEGER, C., (1985), *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*, Ottawa, Statistique Canada, p. 197 (Cat. 82-543F) et MONNIER, A., (1985), «Les méthodes d'analyse de la mortalité infantile» dans INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, *Manuel d'analyse de la mortalité*, Paris, INED, pp. 52-55.

Dans le calcul du taux de mortalité foeto-infantile, de mortalité périnatale et de mortinatalité, l'on utilise au dénominateur les naissances totales (naissances vivantes et mortinaissances) tandis que pour les taux de mortalité infantile, de mortalité néonatale (précoce et tardive) et de mortalité post-néonatale, l'on ne retient au dénominateur que les naissances vivantes.

ANNEXE 6 : Calcul de l'espérance de vie en bonne santé

Méthode de Sullivan

Exemple : Espérance de vie en bonne santé, sexe masculin, Canada, 1986

Source : Wilkins, R., (1991), «Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986», Cahiers québécois de démographie, 20(2):367-382.

Âge	Survivants	Années vécues (2)	Prévalence de l'incapacité (%) selon le type					Total
			Aucune	Légère	Modérée	Sévère Niveau 1	Sévère Niveau 2	
			(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
0	100000	1483729	94,28	4,15	1,08	0,29	0,10	100,00
15	98679	981332	95,31	3,23	1,05	0,24	0,08	100,00
25	97483	968597	92,93	4,44	1,88	0,51	0,15	100,00
35	96206	1876532	88,07	6,50	3,68	1,29	0,36	100,00
55	89437	841536	73,68	11,13	9,95	4,03	0,94	100,00
65	77261	663379	60,75	18,48	12,95	5,14	1,93	100,00
75	53384	375212	52,08	15,36	16,04	8,77	5,17	100,00
85	21761	111615	24,70	13,06	20,22	18,43	13,58	100,00

1. Calcul des années vécues selon le type d'incapacité

Pour chaque groupe d'âge, on multiplie les années vécues (2) par la prévalence de l'incapacité selon le type (colonnes 3 à 8).

Âge	Aucune	Légère	Modérée	Sévère Niveau 1	Sévère Niveau 2	Sévère Niveau 3	Total
	(2) x (3)	(2) x (4)	(2) x (5)	(2) x (6)	(2) x (7)	(2) x (8)	
0	1398860	61575	16024	4303	1484	1484	1483729
15	935308	31697	10304	2355	785	883	981332
25	900117	43006	18210	4940	1453	969	968597
35	1652662	121975	69056	24207	6756	1689	1876532
55	620044	93663	83773	33914	7910	2272	841536
65	403003	122592	85908	34098	12803	4975	663379
75	195410	57633	60184	32906	19398	9680	375212
85	27569	14577	22569	20571	15157	11162	111615

2. Cumul des années vécues selon le type d'incapacité

Par la suite, on cumule les produits obtenus des groupes d'âge les plus élevés aux groupes d'âge les plus bas.

Âge	Aucune	Légère	Modérée	Sévère Niveau 1	Sévère Niveau 2	Sévère Niveau 3	Total
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	
0	6132972	546717	365987	157293	65747	33114	7302029
15	4734112	485142	349963	152991	64263	31630	5818300
25	3798805	453445	339659	150635	63478	30747	4836968
35	2898688	410439	321449	145696	62025	29778	3868274
55	1246026	288465	252393	121488	55269	28089	1991742
65	625982	194802	168660	87574	47359	25817	1150206
75	222979	72209	82753	53477	34556	20842	486827
85	27569	14577	22569	20571	15157	11162	111615

3. Calcul de l'espérance de vie selon le type d'incapacité

Finalement, pour chaque groupe d'âge, on divise le cumul des années vécues (colonnes A à F) par les survivants (colonne 1).

Âge	Aucune	Légère	Modérée	Sévère Niveau 1	Sévère Niveau 2	Sévère Niveau 3	Total
	(A)/(1)	(B)/(1)	(C)/(1)	(D)/(1)	(E)/(1)	(F)/(1)	
0	61,33	5,47	3,66	1,57	0,66	0,33	73,02
15	47,97	4,92	3,55	1,55	0,65	0,32	58,96
25	38,97	4,65	3,48	1,55	0,65	0,32	49,62
35	30,13	4,27	3,34	1,51	0,64	0,31	40,21
55	13,93	3,23	2,82	1,36	0,62	0,31	22,27
65	8,10	2,52	2,18	1,13	0,61	0,33	14,89
75	4,18	1,35	1,55	1,00	0,65	0,39	9,12
85	1,27	0,67	1,04	0,95	0,70	0,51	5,13

ANNEXE 7 :     Calcul du taux des années potentielles de vie perdues (APVP)

Exemple :            Taux des APVP par accidents de la route (E810.0-E819.9), hommes, Canada, 1991.

Sources :            STATISTIQUE CANADA, (1993), *Causes des décès, 1991*, catalogue 84-208.

                             STATISTIQUE CANADA, (1992) *Age, sexe, état matrimonial*, Recensement de 1991, Le

                             pays, catalogue 93-310.

Âge	Décès (1)	Âge moyen (2)	75-âge moyen (3)	APVP (1) x (3)
< 1	4	0,5	74,5	298,0
1-4	28	3,0	72,0	2016,0
5-9	52	7,5	67,5	3510,0
10-14	64	12,5	62,5	4000,0
15-19	315	17,5	57,5	18112,5
20-24	410	22,5	52,5	21525,0
25-29	308	27,5	47,5	14630,0
30-34	243	32,5	42,5	10327,5
35-39	171	37,5	37,5	6412,5
40-44	131	42,5	32,5	4257,5
45-49	116	47,5	27,5	3190,0
50-54	85	52,5	22,5	1912,5
55-59	85	57,5	17,5	1487,5
60-64	86	62,5	12,5	1075,0
65-69	64	67,5	7,5	480,0
70-74	70	72,5	2,5	175,0
Total				93234,0

Taux pour 1 000 personnes = total des APVP divisé par la population de moins de 75 ans

= 93 234,0/12 975 615

= 7,2 pour 1 000.

Méthode à suivre :

1.     Calculer l'âge moyen de chacun des groupes d'âge (colonne 2) et faire la soustraction de l'âge limite choisi, 75 ans, de l'âge moyen de chacun des groupes d'âge (colonne 3).
2.     Calculer les années potentielles de vie perdues pour chaque groupe d'âge en multipliant les décès (colonne 1) par les années de vie restantes (colonne 3).
3.     Calculer le taux des années potentielles de vie perdues en divisant la somme des années potentielles de vie perdues selon le groupe d'âge (93 234) par l'effectif de la population correspondant aux âges retenus (12 975 615).

TABLEAU DE BORD

1. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
ENVIRONNEMENT				
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET ÉCOLOGIE				
1 PROPORTION DE LA POPULATION DESSERVIE PAR DES ÉQUIPEMENTS DE COLLECTE SÉLECTIVE	(1993) 37,2	(1988) 19,0	n.d.	n.d.
2 PROPORTION DE LA POPULATION DESSERVIE PAR DES INSTALLATIONS D'ÉPURATION DES EAUX USÉES	(1993) 64,0	(1991) 49,8	(1991) 74,8	(1985) 57,3
3 TAUX DE VÉHICULES AUTOMOBILES	(1991) 0,43	(1986) 0,40	(1991) 0,48	(1986) 0,45
ENVIRONNEMENT SOCIAL				
INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES				
4 RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
Moins de 15 ans	20,0	20,5	20,9	21,3
15-64 ans	68,8	69,5	67,5	68,0
65 ans et plus	11,2	10,0	11,6	10,7
5 TAUX D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION	(1986-91) 5,2	(1981-86) 2,5	(1986-91) 7,3	(1981-86) 5,2
6 TAUX DE FÉCONDITÉ SELON L'ÂGE (p. 1000 femmes)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
15-19	18,1	15,1	27,3	23,5
20-24	83,9	73,6	82,6	84,8
25-29	134,3	116,4	128,4	124,6
30-34	80,6	61,6	88,0	75,6
35-39	23,6	17,4	29,2	22,6
40-44	3,1	2,5	4,0	3,2
45-49	0,1	0,1	0,2	0,1
INDICATEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES				
7 PROPORTION D'ALLOPHONES	(1991) 5,4	(1986) 4,4	(1991) 7,8	(1986) 6,2
8 PROPORTION D'IMMIGRANTS	(1991) 8,7	(1986) 8,2	(1991) 16,1	(1986) 15,6
9 PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES AVEC ENFANT(S) DE MOINS DE 18 ANS	(1991) 17,9	(1986) 17,0	(1991) 16,5	(1986) 15,6
10 PROPORTION DE PERSONNES VIVANT SEULES	(1991) 12,0	(1986) 10,0	(1991) 10,8	(1986) 9,9
11 PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DÉMÉNAGÉ	(1991) 43,6	(1986) 41,0	(1991) 46,7	(1986) 43,7
INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES				
12 PROPORTION DE LA POPULATION AYANT MOINS DE NEUF ANS DE SCOLARITÉ	(1991) 20,1	(1986) 23,9	(1991) 13,9	(1986) 17,3
13 PROPORTION DE NAISSANCES VIVANTES DE MÈRES FAIBLEMENT SCOLARISÉES	(1990) 15,3	(1985) 20,2	n.d.	n.d.
14 PROPORTION DE LA POPULATION INOCCUPÉE	(1991) 42,8	(1986) 45,3	(1991) 39,0	(1986) 40,4
15 TAUX DE CHÔMAGE	(1991) 12,1	(1986) 13,0	(1991) 10,2	(1986) 10,3
16 PROPORTION DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU	(1990) 19,0	(1985) 22,2	(1990) 15,8	(1985) 18,3
17 PROPORTION D'ASSISTÉS SOCIAUX	(1992) 11,0	(1986) 11,8	(1992) 11,3	(1986) 8,4

1. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (suite)				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
COMPOORTEMENTS, HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE				
18 PROPORTION DE FUMEURS RÉGULIERS	(1991) 29	(1985) 35,3	(1991) 26	(1985) 30,1
19 PROPORTION DE LA POPULATION PRENANT 14 CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET PLUS PAR SEMAINE	(1991) 7,0	(1987) 7,6	(1991) 6,0	(1987) n.d.
20 PROPORTION DE LA POPULATION N'AYANT JAMAIS CONSOMMÉ DE DROGUES ILLICITES	(1990) 82	(1987) 80,0 jamais ou moins de 6 fois	(1990) 80	(1987) n.d.
21 PROPORTION DE LA POPULATION OBÈSE	(1991) 22,0 20-64 ans IMC ≥ 27	(1987) 8,7 15 ans et + IMC : (h) ≥ 30, (l) ≥ 28,6	(1991) 23,0 20-64 ans IMC ≥ 27	(1987) n.d.
22 PROPORTION DES OCCUPANTS DE VÉHICULES AUTOMOBILES UTILISANT UN DISPOSITIF DE RETENUE	(1991) 90,8 Conducteur et passagers	(1987) 69,2 Conducteur et passagers	(1991) 86,0 Conducteur	(1987) 74,0 Conducteur
23 PROPORTION DE NAISSANCES DE FAIBLE POIDS	(1991) 5,8	(1986) 6,5	(1991) 5,5	(1986) 5,6
24 TAUX DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE (p. 1 000)	(1991) 39,1	(1986) 29,3	(1989) 44,1	(1986) 41,0
25 PROPORTION DE FEMMES AYANT SUBI UN TEST DE PAP	(1990) 57,0	(1985) 67,7	(1990) 70,0	(1985) 71,0
26 PROPORTION DE FEMMES AYANT SUBI UNE MAMMOGRAPHIE	(1990) 34	(1987) 21,2	(1990) 33	(1987) n.d.
27 PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	(1987) 21,3	n.d.	n.d.	n.d.
28 PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT DES IDÉATIONS SUICIDAIRES SÉRIEUSES	(1987) 3,9	n.d.	n.d.	n.d.
29 PROPORTION DE LA POPULATION INSATISFAITE DE SA VIE SOCIALE	(1987) 10,6	n.d.	n.d.	n.d.
30 TAUX DE CRIMES CONTRE LA PERSONNE (p. 100 000)	(1992)	(1986)	(1992)	(1986)
- Total -	820	550	1122	801
Homicide	2,4	2,4	2,7	2,2
Agression sexuelle	64	46	125	80
Autres agressions	549	334	849	609
Vol qualifié	185	134	121	91
Autres crimes violents	19,6	33,6	24,3	19,0



1. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (suite)				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
ORGANISATIONS DES SOINS				
31 NOMBRE DE LITS ET DE PLACES SELON LES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENT	(1991-92) Lits théoriques	(1988-89) Lits approuvés	(1990) Lits théoriques	(1988-89) Lits approuvés
Soins de courtes durées	3,9	4,2	4,1	4,4
Hébergement	8,4	10,8	n.d.	11,5
32 NOMBRE D'HABITANTS PAR PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ SELON LE TYPE	(1992)	(1986)	(1990)	(1986)
Médecin	503	521	514	556
Dentiste	1886	2033	1851	1926
Optométriste	6744	7697	9862	10248
Pharmacien-proprétaire	5839	5556	n.d.	n.d.
33 DÉPENSES PER CAPITA CONSACRÉES AU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (\$ courants) -Total-	(1991-92) 2002,2	(1987) 1769,9	(1991) 2446,1	(1987) 1869,3
Soins de santé personnels	n.d.	1559,2	n.d.	1643,1
Services en établissements et connexes	n.d.	1010,7	n.d.	957,2
Services professionnels	n.d.	322,2	n.d.	426,4
Médicaments et appareils	n.d.	226,3	n.d.	259,5
Autres dépenses	n.d.	210,7	n.d.	226,1
34 DURÉE MOYENNE D'HOSPITALISATION SELON LA CAUSE (jours)	(1990-91)	(1987-88)	(1990-91)	(1987-88)
Masculin Tumeurs	17,4	18,8	14,8	16,1
Troubles mentaux	49,7	43,0	29,4	28,4
Système nerveux	20,4	16,0	21,2	18,7
Appareil circulatoire	18,8	19,4	15,3	16,9
Appareil respiratoire	11,0	8,9	7,9	8,4
Appareil digestif	7,5	8,3	6,6	7,1
Organes génito-urinaires	8,4	8,7	6,9	7,5
Système ostéo-musculaire	11,0	9,9	8,9	9,3
Traumatismes	11,9	11,2	8,9	9,0
Féminin Tumeurs	15,9	16,5	13,4	14,4
Troubles mentaux	54,1	45,1	36,7	34,5
Système nerveux	19,9	16,0	22,0	19,0
Appareil circulatoire	25,9	26,4	22,1	25,0
Appareil respiratoire	11,8	10,2	8,3	8,4
Appareil digestif	9,3	10,3	7,7	8,6
Organes génito-urinaires	6,5	6,7	6,0	6,2
Système ostéo-musculaire	15,3	15,0	13,4	14,3
Traumatismes	18,7	19,4	12,8	13,5
35 TAUX D'INCIDENCE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE VISÉES PAR LA VACCINATION (p. 100 000)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
Coqueluche	9,3	3,20	10,10	9,20
Diphtérie	0,00	0,00	0,01	0,02
Haemophilus influenzae B	2,30	0,50	1,40	2,10
Oreillon	0,90	0,00	1,50	2,30
Poliomyélite	0,00	0,00	0,00	0,00
Rougeole	4,20	1,20	22,90	58,40
Rubéole	0,80	1,70	2,60	9,70
Tétanos	0,01	0,00	0,01	0,02

2. ÉTAT DE SANTÉ				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
ÉTAT DE SANTÉ SUBJECTIF				
36 PROPORTION DE LA POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ	(1990) 16,0	(1985) 13,5	(1990) 13,0	(1985) 12,3
37 PROPORTION DE LA POPULATION AYANT AU MOINS UN PROBLÈME DE SANTÉ	(1987) 54,5	(1978-79) 50,8	(1987) n.d.	(1978-79) 54,4
38 PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ	(1986)	(1978-79)	(1987)	(1978-79)
Arthrite et rhumatisme	10,6	n.d.	n.d.	10,6
Troubles mentaux	8,8			4,3
Maux de tête	8,3			4,8
Allergies et affections cutanées	7,7			n.d.
Maux de dos	7,2			n.d.
Hypertension	6,3			6,7
Troubles de l'audition	1,3			4,5
ÉTAT DE SANTÉ OBJECTIVE				
MORBIDITÉ EXTRA-HOSPITALIÈRE				
39 TAUX D'INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES ET INDEMNISÉES (p. 100 travailleurs)	(1991) 5,9	(1986) 8,0	(1991) 4,0	(1986) 5,1
40 TAUX D'INTOXICATION (p. 100 000)	(1992) 559,2	(1987) 401,6	(1992) n.d.	(1987) 300,3
41 TAUX D'INCIDENCE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) (p. 100 000) -certaines causes-	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
Infections gonococciques	20,0	88,0	46,0	138,0
Infections à méningocoques	2,4	0,9	1,6	1,0
Hépatite A	9,9	1,3	11,2	5,6
Hépatite B	13,6	11,6	9,9	9,0
Sida	4,1	2,0	3,8	1,7
Syphilis symptomatique récent	0,6	2,5	1,4	2,3
Syphilis autres	2,2	8,6	3,9	6,3
Tuberculose	5,8	6,2	7,6	8,0
MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE				
42 TAUX D'HOSPITALISATION SELON LA CAUSE (p. 100 000)	(1990-91)	(1987-88)	(1990-91)	(1987-88)
Masculin Tumeurs	854	827	897	907
Troubles mentaux	538	533	558	571
Système nerveux	535	564	514	625
Appareil circulatoire	1669	1681	1851	1914
Appareil respiratoire	1104	1202	1476	1649
Appareil digestif	1402	1436	1586	1682
Organes génito-urinaire	589	613	760	833
Système ostéo-musculaire	471	519	645	707
Traumatisme	861	944	1252	1393
Féminin Tumeurs	975	876	1014	1052
Troubles mentaux	574	570	649	679
Système nerveux	662	679	624	740
Appareil circulatoire	1237	1237	1415	1472
Appareil respiratoire	851	898	1217	1320
Appareil digestif	1207	1270	1500	1588
Organes génito-urinaire	1164	1347	1255	1477
Système ostéo-musculaire	511	530	712	769
Traumatisme	679	684	981	1030

2. ÉTAT DE SANTÉ (suite)				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
ÉTAT DE SANTÉ OBJECTIF (suite)				
MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE (suite)				
43 TAUX D'INCIDENCE DU CANCER (p. 100 000)	(1989)	(1986)	(1989)	(1986)
Masculin Total	409,4	401,0	407,4	388,2
Poumon	103,5	101,5	85,3	84,1
Côlon et rectum	53,4	53,5	55,7	54,6
Prostate	65,1	61,5	78,2	68,7
Féminin Total	353,1	342,4	362,3	341,9
Poumon	37,3	31,5	38,1	33,2
Sein	100,3	90,6	103,9	90,9
Côlon et rectum	50,7	53,8	50,7	51,2
MORTALITÉ				
44 ESPÉRANCE DE VIE	(1988-90)	(1985-87)	(1988-90)	(1985-87)
Masculin	73,2	72,0	73,7	73,0
Féminin	80,5	79,4	80,6	79,7
45 TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (p. 1000 naissances vivantes)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
	5,9	7,1	6,4	7,9
46 TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE (p. 1000 naissances)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
	6,7	8,0	6,8	8,4
47 TAUX DE MORTALITÉ SELON LA CAUSE (p. 100 000)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
toutes causes-	717,6	717,8	724,6	727,9
Appareils circulatoire	269,5	300,7	281,7	313,2
Cardiopathies ischémiques	159,8	174,2	163,0	187,5
Maladies vasculaires cérébrales	45,9	50,5	52,6	55,4
Tumeurs	218,6	198,7	202,9	189,7
Cancer du poumon	62,5	53,3	52,8	46,8
Cancer du sein	36,1	33,1	34,0	33,8
Appareils respiratoire	58,6	55,2	62,3	59,0
Traumatismes	49,7	55,9	49,0	54,3
Accidents de la route	13,8	14,9	12,8	15,5
Suicide	16,3	17,6	13,3	14,5
48 TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE (p. 100 000)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
	16,3	17,6	13,3	14,5
49 ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ	(1987)	(1978)	(1986)	(1978)
Masculin	64,0	60,4	61,3	59,2
Féminin	68,7	63,1	64,9	62,8
50 TAUX DES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES (p. 1000 personnes de 0-74 ans)	(1991)	(1986)	(1991)	(1986)
Masculin	89,6	96,2	83,3	91,2
Féminin	46,5	49,3	45,7	49,7
51 TAUX DE VICTIMES D'ACCIDENTS DE VÉHICULES ROUTIERS (p. 100 000)	(1991)	(1986)	(1992)	(1986)
Taux de mortalité	13,7	16,1	12,7	15,1
Taux de blessés	718,3	892,4	908,5	1045,2
Taux de blessés graves	101,7	108,8	n.d.	n.d.
Taux de blessés légers	616,6	783,6	n.d.	n.d.

3. CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ				
INDICATEURS	QUÉBEC		CANADA	
	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE	VALEUR RÉCENTE	COMPARAISON TEMPORELLE
INCAPACITÉ				
52 DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION PAR LÉSION PROFESSIONNELLE (jours)	(1991) 47,8	(1986) 39,9	n.d.	n.d.
53 PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UNE INCAPACITÉ À LONG TERME	(1991) 12,5	(1986) 11,2	(1991) 15,5	(1986) 13,2
54 PROPORTION D'ENFANTS HANDICAPÉS	(1990) 1,6	(1986) 1,0	n.d.	n.d.
UTILISATION DES SERVICES				
55 TAUX DE CONSULTATIONS MÉDICALES (p. 100 bénéficiaires)	(1992) 78,5	(1985) 77,9	n.d.	n.d.
56 TAUX DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION SELON LA CAUSE (p. 100 000)	(1990-91)	(1987-88)	(1990-91)	(1987-88)
Masculin Tumeurs	14820	15556	13246	14594
Troubles mentaux	26743	22884	16408	16214
Système nerveux	10911	9043	10891	11672
Appareil circulatoire	31423	32595	28342	32322
Appareil respiratoire	12128	10643	11647	13821
Appareil digestif	10474	11852	10393	11948
Organes génito-urinaires	4948	5338	5228	6270
Système ostéo-musculaire	5198	5145	5731	6565
Traumatismes	10273	10583	11196	12552
Féminin Tumeurs	15493	16105	13569	15132
Troubles mentaux	31051	25700	23812	23396
Système nerveux	13210	10845	13761	14068
Appareil circulatoire	32005	32639	31306	36763
Appareil respiratoire	10054	9081	10136	11052
Appareil digestif	11215	13101	11513	13701
Organes génito-urinaires	7581	9073	7503	9197
Système ostéo-musculaire	7844	7934	9542	10981
Traumatismes	12674	13305	12583	13869
57 TAUX DE CÉSARIENNE (p. 100 accouchements)	(1991-92) 17,4	(1988-89) 19,0	(1991-92) n.d.	(1988-89) 19,6
58 TAUX DE PONTAGES CORONARIENS (p. 100 000)	(1986-87) 49,3	(1981-82) 31,2	(1986-87) 43,2	(1981-82) 31,1
CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS				
59 PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSOMMÉ TROIS MÉDICAMENTS ET PLUS AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS	(1987) 6,2	(1978-79) n.d.	(1987) n.d.	(1978-79) 6,6
60 NOMBRE ANNUEL DE JOURS D'ORDONNANCES PAR PERSONNE DE 65 ANS ET PLUS	(1992) 737,8	(1991) 724,8	n.d.	n.d.

INDEX

A

- Abstinents (92)
- Accidents (156)
  - de la route (156)
  - de véhicules routiers (156)
- Accouchement (100, 170)
- Accroissement de la population (62)
- Activité
  - limitation (162)
  - restriction (162)
- Admissions/sorties (138)
- Adolescence, grossesses (100)
- Age médian (60)
- Aide sociale (86)
- Alcool (90)
- Allophones (66)
- Anesthésie (170)
- Anglais (66)
- Années potentielles de vie perdues (154)
- Aortocoronarien (172)
- Assistés sociaux (86)
- Automobiles
  - ceinture de sécurité (96)
  - dispositif de retenue (96)
  - taux de véhicules automobiles (58)
  - parc (58)
- Avortements, adolescence (100)

B

- Buveurs d'alcool (90)

C

- Cancers (140)
  - col de l'utérus (102)
  - sein (104)
- Ceinture de sécurité (96)
- Césarienne (170)
- Chômage (82)
- Citoyen canadien (68)
- Collecte sélective (54)
- Composition de la population (60)
- Confident (110)
- Consommation
  - d'alcool (90)
  - de cigarettes (88)
  - de drogue (92)

- de services médicaux (166)
- Consultations médicales (166)
- Contact médecin - patient (166)
- Coronarien (172)
- Crimes contre la personne (112)
- Croissance, pourcentage de (62)

D

- Décès
  - infantile (144)
  - néonatal précoce (144)
  - néonatal tardif (144)
  - par suicide (150)
  - périnatal (146)
  - post-néonatal (144)
  - prématuré (154)
  - selon la cause (148)
- Déménagement (74)
- Dépendance
  - rapport de dépendance (60)
  - taux de dépendance (86)
- Dépenses per capita (118)
- Dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus (102)
- Détresse psychologique (106)
- Dispensateurs de services sanitaires, (116)
- Dispositif de retenue (96)
- Distribution de la population (60)
- Drogue (92)
- Durée moyenne d'hospitalisation (120)

E

- Eaux usées (56)
- Emploi (82)
- Enfants
  - handicapés (164)
  - familles monoparentales (70)
  - mortalité (144, 146)
- Épisiotomie (170)
- Épuration des eaux usées (56)
- Équipements de collecte sélective (54)
- Espérance de vie (142)
  - en bonne santé (152)
  - en santé (152)
  - sans incapacité (152)
- Établissements (114)

F

Faible

- niveau de scolarité (76)
- poids (98)
- revenu (84)

Famille

- monoparentales (70)
- parent unique (70)

Fécondité (64)

Faible revenu (84)

Femmes

- col de l'utérus (102)
- dépistage cytologique du cancer (102)
- mammographie (104)
- prélèvement vaginal (102)
- test de pap (102)
- test de Papanicolaou (102)

Forceps (170)

Français (66)

Fumeurs (88)

- habituels (88)
- réguliers (88)

G

Grossesse, adolescence (100)

H

Handicapés (164)

Hébergement, places (114)

Hospitalisations

- durée moyenne (120)
- journées, taux de (168)
- selon la cause (138)

I

Idées suicidaires (108)

Immigrants (68)

Incapacité

- espérance de vie sans incapacité (152)
- incapacité à long terme (162)
- prévalence de l'incapacité (162)

Indice synthétique de fécondité (64)

Inoccupation (80)

Insatisfaction de sa vie sociale (110)

Insuffisance pondérale (98)

- de revenu (84)

Interventions obstétricales (170)

Intoxication (134)

J

Jeunes enfants, familles monoparentales (70)

Journées

- d'hospitalisations, taux de (168)
- d'indemnisation par lésions professionnelles (160)
- durée moyenne d'hospitalisation (120)

L

Langue parlée à la maison (66)

Lésions professionnelles

- durée moyenne (160)
- fréquence relative (132)

Limitations des activités (162)

Lits et places en établissement (114)

M

Maladies à déclaration obligatoire (MADO) (122,136)

Mammographie (104)

Médecins (166)

Médicaments (174, 176)

Mères faiblement scolarisées (78)

Mobilité de la population résidentielle (74)

Monoparentalité (70)

Morbidité hospitalière (138)

Mortalité

- infantile (144)
- néonatale précoce (144)
- néonatale tardive (144)
- par suicide (150)
- périnatale (146)
- post-néonatale (144)
- prématurée (154)
- selon la cause (148)

Motorisation (58)

Municipalités (54)

N

Naissances

- adolescentes (100)
- faible poids (98)
- fécondité (64)
- scolarité (78)
- selon l'âge de la mère (64)

Natalité, taux brut (64)

O

Obésité (94)

Ordonnances (174, 176)

P

Papanicolaou, test de (102)

Pap, test de (102)

Parc automobile (58)

Parent unique (70)

Participation, services médicaux (166)

Pauvreté (84)

Perception, santé (126)

Personnes

- âgées (60, 176)
- obèses (94)
- seules (72)

Petits poids (98)

Poids

- naissances de faible poids (98)
- obésité (94)

Pontages (172)

- aortocoronariens (172)
- coronariens (172)

Population

- répartition selon l'âge et le sexe (60)
- variation (62)
- ayant déménagé (74)
- vivant seule (72)
- inoccupée (80)
- emploi (80, 82)

Prélèvement vaginal (102)

Problèmes de santé (128, 130)

Professionnels de la santé, habitants par (116)

Q

Quotient de mortalité infantile (144)

R

Radiations (138)

Radiographie des seins (104)

Rapport de masculinité (60)

Restriction des activités (162)

Revenu

- assistés sociaux (86)
- sécurité du revenu (86)
- seuil de faible revenu (84)

S

Santé

- au moins un problème de santé (128)
- espérance de vie en bonne santé (152)

- perception (126)

- principaux problèmes (130)

Scolarité

- faible (76)
- mère (78)
- population (76)

Sécurité du revenu (86)

Séjour moyen (120)

Services médicaux (166)

Seuil de faible revenu (84)

Sous-scolarisation (76, 78)

Soutien social (110)

Structure par âge de la population (60)

Structure d'activités, dépenses per capita (118)

Suicide

- idées suicidaires (108)
- mortalité (150)

T

Tabac (88)

Test de pap (102)

Test de Papanicolaou (102)

Traitement des eaux usées (56)

Tumeurs malignes (140)

Traumatismes routiers (156)

Travail

- durée moyenne d'indemnisation par lésion professionnelle (160)
- fréquence relative des lésions professionnelles (132)

U

Unités de soins, lits et places (114)

V

Vaccination, MADO visées par (122)

Variation, taux de (62)

Véhicules automobiles

- ceinture de sécurité (96)
- dispositif de retenue (96)
- taux de véhicules automobiles (58)
- victimes d'accidents (156)

Ventouses (170)

Victimes d'accidents de véhicules routiers (156)

Vie

- années potentielles de vie perdues (154)
- espérance de vie (142)

## Index

E-559

## Indicateurs sociosanitaires, définitions et interprétation

M 9986  
ex.2

